



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



CAMPAÑA DE VACUNACIÓN FRENTE A HEPATITIS A EN INMIGRANTE VIAJERO MENOR DE 10 AÑOS DE EDAD

Autores: Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Servicio Murciano de Salud.

Versión: junio 2025

Los cambios realizados en esta última actualización vienen marcados en color azul para una más fácil lectura.



ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	4
2.- CARACTERÍSTICAS DE LA HEPATITIS A	5
3.- OBJETIVOS	5
4.- PREVENCIÓN DE LA HEPATITIS A	6
5.- POBLACIÓN DIANA	7
6.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN	7
7.- CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA FRENTE A LA HEPATITIS A	8
8.- REGISTRO DE DOSIS	10
9.- INDICADORES DE EVALUACIÓN	10

1.- INTRODUCCIÓN

La hepatitis A es una infección de alta endemia en los países en vías de desarrollo. España fue un país endémico de hepatitis A hasta los años 60, momento en que el desarrollo generalizado y el acceso al agua potable permitieron que la enfermedad se presentara, en general, de forma esporádica con aparición de brotes aislados de diferente etiología.

En la Región de Murcia durante los años 2006-2010 fue de aproximadamente 3-4 casos /100.000 habitantes, con posterioridad, durante los años 2016-2018 se presentó una epidemia entre hombres que tienen sexo con hombres, volviendo posteriormente a la incidencia basal. En el periodo 2006-2008 se registraron 18 brotes con 50 casos en nuestra comunidad, de los cuales el 66 % se han asociado a población inmigrante. Un segundo perfil de pacientes registrado en España es el de paciente varón joven con prácticas homosexuales.

Los brotes infantiles registrados en la Región tienen como consecuencia un alto coste en recursos humanos y materiales. El gasto en vacunas durante los años 2006-2010 fue de más de 1.000 dosis de vacuna utilizadas en control de brotes a lo que habría que sumar el coste de la inmunoglobulina y el gran consumo de recursos humanos requerido en cada uno de los brotes.

Los viajeros que internacionalmente se denominan VFR (*Visiting Friends and Relatives*) es decir, aquellos que vuelven a su país de origen o al país de origen de sus padres suelen adoptar menos medidas preventivas. Esto es debido a una menor percepción del riesgo, por ser usuarios frecuentes de viajes de *último minuto* y, además, porque suelen tener mayor riesgo por permanecer en ambientes poco salubres, por estar en contacto próximo con nativos y por disfrutar de viajes de larga duración.

Todos estos factores nos han llevado a actuar en la población que se ha demostrado más susceptible en la Región de Murcia, esto es, los niños menores de 10 años nacidos en España hijos de inmigrantes que viajan al país de origen de sus padres (VFR).



2.- CARACTERÍSTICAS DE LA HEPATITIS A

La hepatitis A es una enfermedad producida por el virus de la hepatitis A (VHA). Se caracteriza por un comienzo insidioso con astenia, fiebre, náuseas, molestias abdominales, seguido por la aparición de ictericia, acolia, coluria y elevación de transaminasas. Suele ser asintomática en menores de 6 años de edad.

Habitualmente es una enfermedad autolimitada, siendo la edad un factor de riesgo para complicaciones. Existe mayor riesgo de complicaciones y de hepatitis fulminante en pacientes con hepatopatía subyacente o de edad avanzada. La letalidad alcanza el 1,8 % en mayores de 50 años de edad, siendo en conjunto de un 0,3-0,6 %.

El periodo de incubación es de 15 a 50 días (media de 28 días) y el periodo de mayor infectividad es desde las 2 semanas anteriores a la aparición de ictericia hasta una semana después.

El contagio entre personas se produce por la vía fecal-oral. El virus es excretado en heces en concentraciones máximas 1-2 semanas antes de la aparición de los síntomas y los niños pueden ser excretores durante meses.

En brotes con fuente común el contagio se debe a ingesta de agua contaminada, alimentos contaminados como mariscos (ingeridos crudos o mal cocinados) y frutas/hortalizas, por aguas residuales ó por manipuladores infectados.

3.- OBJETIVOS

- a) General:** Disminuir el número de brotes de hepatitis A relacionados con viajeros inmigrantes.

b) Específico:

- Articular mecanismos de coordinación entre Centros de Salud y Centros de Vacunación Internacional dependientes de Sanidad Exterior.
- Alcanzar una cobertura del 50 % entre niños viajeros teniendo en cuenta denominadores proporcionados por Sanidad Exterior.
- Alcanzar al menos un 90 % de las dosis distribuidas sean declaradas como administradas.

4.- PREVENCIÓN DE LA HEPATITIS A

La forma más eficaz y eficiente de prevención de la enfermedad se realiza mediante la vacunación. La vacuna se recomienda en personas susceptibles de al menos 12 meses de edad. Aunque la pauta descrita en ficha técnica es de 2 dosis, diferentes experiencias (especialmente el programa de vacunación rutinario frente a la hepatitis A llevado a cabo en Argentina desde el año 2005), así como el posicionamiento de la Organización Mundial de la Salud, permiten utilizar como pauta de vacunación en población menor de 19 años **una única dosis** con las suficientes garantías de protección.

Por ello la estrategia que vamos a aplicar es la de vacunar con **una única dosis de hepatitis A a la población diana**. Sólo en los siguientes grupos de riesgo¹ se recomienda administrar dos dosis de vacuna con un intervalo mínimo de 6 meses (0 y 6 meses):

- Personas con 19 años o más.
- Personas entre 1 y 19 años que pertenezcan a uno de los siguientes grupos:
 - Infeccionadas por VIH o que presenten cualquier situación de inmunodepresión.
 - Hepatopatías crónicas, incluida la hepatitis B y la hepatitis C.
 - Hemofílicos.
 - Personas en lista de espera para trasplantes.

¹Protocolo de vacunación frente a hepatitis A en grupos de riesgo. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/web/vacunacion/-/vacunacion-hepatitis-a>



- En casos de profilaxis postexposición.

El periodo recomendado de vacunación es al menos 15 días antes del viaje, aunque en determinadas ocasiones se puede administrar incluso el día antes del inicio del viaje.

5.- POBLACIÓN DIANA

La población diana son niñas y niños de hasta 10 años de edad que cumplan las siguientes características:

- Nacidos en España o que migran a España durante sus primeros años de vida.
- Hijos de inmigrantes procedentes de países de alta endemicidad (ver a continuación).
- Que se desplazan a zonas de alta endemicidad de hepatitis A, como son el Norte de África (Marruecos, Argelia, Libia, Egipto), Próximo Oriente (Turquía), Asia, África Subsahariana (Mali, Senegal, Guinea Ecuatorial...) e Iberoamérica (Ecuador, Bolivia, Perú, Brasil, México, etc.).

6.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN

La captación se realizará de manera oportunista en los Centros de Salud de la población diana que acuda por cualquier otro motivo.

Para reforzar la captación de la población diana de la campaña se ha elaborado el siguiente material:

- Elaboración de un protocolo de la campaña.
- Impresión de carteles y trípticos informativos.

Al inicio de la campaña de vacunación, para aumentar la divulgación de la misma, se distribuyó el material y se realizaron reuniones con las Direcciones de Área y Gerencias de Atención Primaria, para reparto a todos los EAP de la

Región. Inicialmente también se le dio difusión entre las ONG que han colaborado en la puesta en marcha de la campaña, para reparto del material en todos los puntos donde se presta atención a población inmigrante.

Se dispone de toda la información referente a la campaña en www.murciasalud.es/hepatitisA.

7.- CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA FRENTE A LA HEPATITIS A

La vacuna frente a la hepatitis A es una vacuna segura y muy eficaz.

Composición, presentación y conservación:

Durante la presente campaña de vacunación vamos a disponer de la vacuna Havrix® 720 de GlaxoSmithKline. Esta vacuna se trata una suspensión estéril que contiene el VHA (cepa HM 175) inactivado con formaldehído y adsorbido en hidróxido de aluminio. La relación de excipientes que contiene es: Hidróxido de aluminio (0,5 mg de ion aluminio/ml), aminoácidos para inyección, fosfato disódico, fosfato monopotásico, polisorbato 20, cloruro potásico, cloruro sódico, residuos de sulfato de neomicina (menos de 10 ng/dosis) y agua para preparaciones inyectables. La presentación Havrix® infantil (720) puede administrarse hasta los 15 años, inclusive².

También podrían encontrarse disponibles la vacuna Vaqta® 25³, que puede administrarse para niños/as de 1 a 17 años de edad, inclusive, de MSD. Esta vacuna se trata una suspensión estéril que contiene el VHA (cepa CR 326F) inactivado y adsorbido en hidroxifosfato de aluminio. La relación de excipientes que contiene es: hidroxifosfato de aluminio (0,225 mg de ion aluminio/ml la presentación de 25 UI/ml), borato de sodio, cloruro de sodio y agua para preparaciones inyectables.

La vacuna debe administrarse por vía intramuscular.

² Ficha técnica Havrix® 720. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/61396/FichaTecnica_61396.html

³ Ficha técnica de Vaqta® 25. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/61603/FichaTecnica_61603.html#1



La conservación debe realizarse en frigorífico entre 2-8°C en el embalaje original protegido de la luz.

Inmunidad, eficacia y efectividad:

En los estudios clínicos realizados en individuos de 1-18 años de edad, se detectaron anticuerpos humorales específicos frente al VHA en más del 86,3% de los vacunados 15 días después de la vacunación con una dosis única de Havrix® 720, y en el 100% de los vacunados 1 mes después de la administración. Los estudios clínicos mostraron que la tasa de seroconversión en niños de aproximadamente 12 meses de edad fue del 96 % en las 6 semanas posteriores a la dosis primaria recomendada de Vaqta® 25 y que la tasa de seroconversión fue del 97 % en niños (≥ 2 años de edad) y adolescentes en las 4 semanas posteriores a la dosis primaria recomendada.

Efectos adversos:

Aunque la vacuna es bien tolerada, se pueden dar efectos adversos que son, en general, autolimitados y de corta duración entre los que se encuentran los siguientes: dolor en el lugar de la inyección (menos del 0,5 % informado como intenso), ligero enrojecimiento e inflamación. Los efectos adversos locales se producen en aproximadamente el 4 % de todas las vacunaciones. Los acontecimientos adversos sistémicos comunicados por los vacunados fueron esencialmente leves, la mayoría no duraron más de 24 horas e incluyeron cefalea, malestar, vómitos, fiebre, náuseas y pérdida de apetito. Estos acontecimientos se comunicaron con una frecuencia que variaba entre el 0,8 % y el 12,8 % de las vacunaciones. Todos ellos remitieron espontáneamente.

Contraindicaciones y precauciones:

Como ocurre con otras vacunas, se debe posponer la administración de en personas con una enfermedad febril grave y aguda. Sin embargo, la presencia de una infección leve no es una contraindicación para la vacunación. No se debe administrar a personas con hipersensibilidad conocida a cualquier componente de la vacuna, ni a quienes hayan presentado signos de hipersensibilidad tras una administración anterior de la vacuna.

8.- REGISTRO DE DOSIS

La notificación al registro de vacunas se hará a través de OMI-AP. La dosis se registrará asimismo en el carnet de vacunas infantil. El código de registro en OM-API de la vacuna Havrix® 720 es 21-1 y el fabricante GSK, anotando en la casilla correspondiente el número de lote. En caso de que la vacuna administrada sea Vaqta® 25, el código seguirá siendo 21-1, pero el fabricante será MSD.

En caso de registro directamente en el Registro Regional de Vacunaciones en la aplicación VACUSAN, el código de registro de Havrix® 720 será GHAV, indicando número de orden 1 y el lote correspondiente a la vacuna administrada. Para Vaqta® 25 el código de registro será MVHA.

9.- INDICADORES DE EVALUACIÓN

Los indicadores que se utilizan para realizar la evaluación son los siguientes:

- N° de dosis administradas por municipios y zona de salud.
- N° de vacunas notificadas como administradas por EAP y puestos de vacunación acreditados por el Programa Regional de Vacunaciones.