



Campaña de Vacunación frente a Hepatitis A en Inmigrante Viajero menor de 10 años de edad

Autores: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud Pública. Servicio Murciano de Salud.

Versión: Diciembre 2011.



Campaña de Vacunación frente a Hepatitis A en Inmigrante Viajero menor de 10 años de edad

• Introducción	5
• Características de la Hepatitis A:	5
• Objetivos	6
• Población diana	6
• Captación de la población	6
• Registro de dosis	7
• Indicadores de evaluación	7
• Prevención de la Hepatitis A	7
• Características de la vacuna frente a la Hepatitis A	7



Campaña de Vacunación frente a Hepatitis A en Inmigrante Viajero menor de 10 años de edad

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 permitió que la enfermedad se presentara en general de forma esporádica con aparición de brotes aislados de diferente etiología.

En la Región de Murcia al igual que en España, la incidencia en los últimos 5 años se ha mantenido en cifras en torno a 5 casos /100.000 habitantes. En el periodo 2006-08 se han registrado 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. Este perfil sin embargo no se ha registrado en la Región de Murcia.

Los brotes infantiles registrados en la Región tienen como consecuencia un alto coste en recursos humanos y materiales. El gasto en vacunas durante los últimos 5 años ha sido 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 por tener menor percepción del riesgo y por ser usuarios frecuentes de viajes de *último minuto* y además 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. 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 niños 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 feco-oral. El virus es excretado en heces en concentraciones máximas una a dos 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:

a. Articular mecanismos de coordinación entre Centros de Salud y Centros de Vacunación Internacional dependientes de Sanidad Exterior.

b. Alcanzar una cobertura del 50% entre niños viajeros teniendo en cuenta denominadores proporcionados por Sanidad Exterior.

c. Alcanzar al menos un 90% de las dosis distribuidas sean declaradas como administradas

4. Población diana:

La población diana serían niños de hasta 10 años de edad que cumplan las siguientes características:

- Nacidos en España
- 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), África Subsahariana (Mali, Senegal, Guinea Ecuatorial,...) e Iberoamérica (Ecuador, Bolivia, Perú, Brasil, México, etc.)

5. Captación de la población:

- Captación oportunista en los Centros de Salud de la población diana que acuda por cualquier otro motivo
- Elaboración de material:
 - Elaboración de un protocolo guía de la campaña.
 - Impresión de carteles y trípticos informativos
- Divulgación de la campaña:
 - Distribución del material y reuniones con:
 - Direcciones de Área y Gerencias de Atención Primaria para su reparto a todos los Equipos de la región.

- ONG's que han colaborado en la puesta en marcha de la campaña para su reparto en todos los puntos donde prestan atención a población inmigrante.

6. Registro de dosis:

La notificación al registro de vacunas se hará a través de OMI-AP. La dosis se registrará en el Carné de Vacunas infantil. El código de registro en OMI-AP de la vacuna Havrix® 720 es 21-1, 21-2 (segunda dosis) y el fabricante GSK; el de la vacuna Epaxal® es 38-1, 38-2 (segunda dosis) y el fabricante BER.

7. 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 E.A.P. y puestos de vacunación acreditados por el Programa Regional de Vacunaciones.

8. 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. La pauta de vacunación frente a la hepatitis A es de dos dosis (0 y 6 meses). En caso de disponer de tiempo antes del viaje se administrará la segunda dosis a los 6 meses de la primera, de no ser así, se administrará la segunda dosis a la vuelta del viaje siempre que hayan transcurrido 6 meses desde la primera. La administración de una única dosis es suficiente para proteger durante el viaje pero se debe intentar completar pauta a la vuelta del mismo.

La estrategia que vamos a aplicar es la de vacunar **al menos con una dosis de hepatitis A** a la población diana, completando la vacunación 6 meses después (generalmente, a la vuelta del viaje o en viajes posteriores a sus países de origen). No es necesario en ningún caso más de 2 dosis de vacuna.

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.

9. Características de la Vacuna frente a la Hepatitis A

La vacuna frente a la Hepatitis A es una vacuna segura y muy eficaz; sin embargo, como todas las vacunas tiene una serie de posibles efectos secundarios, así como contraindicaciones (ocasiones en que no se puede aplicar) y de precauciones (ocasiones en las que se puede aplicar pero teniendo un cuidado especial).

- a. **Composición, presentación y conservación:** durante la presente campaña de vacunación vamos a disponer de dos marcas comerciales de la vacuna frente a la Hepatitis A: Havrix® 720 de GSK y Epaxal de Crucell.

	Havrix® 720	Epaxal
Composición	<ul style="list-style-type: none"> • Virus inactivado Hepatitis A adsorbido en hidróxido de aluminio (≥ 720 Unidades ELISA/dosis). • Hidróxido de aluminio (0,5 mg/ml) • 2-fenoxietanol (5 mg/ml) • Fosfato disódico y monopotásico • Polisorbato 20 • Cloruro sódico y potásico • Residuos de sulfato de neomicina (<10 ng/dosis) 	<ul style="list-style-type: none"> • Virus inactivado Hepatitis A adsorbido en virosomas como sistema adyuvante (≥ 24 UI). • Hemaglutinina (10 microgramos) • Fosfolípidos lecitina (80 microgramos) y cefalina (20 microgramos). • Cloruro sódico • Trazas de polimixina B
Edad administración	<ul style="list-style-type: none"> • De 1 a 18 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niños a partir de 1 año y adultos.
Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Suspensión para administración intramuscular en jeringa precargada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspensión para inyectar en jeringa precargada.
Conservación	<ul style="list-style-type: none"> • +2°C/ +8°C • Preservar de la luz • No congelar 	<ul style="list-style-type: none"> • +2°C/ +8°C • Preservar de la luz • No congelar

- b. **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 93% de los vacunados, 15 días después de la vacunación con una dosis única de HAVRIX 720, y en el 99% de los vacunados, 1 mes después de la administración. La respuesta observada para Epaxal en una muestra que incluía adultos y niños fue del 80 al 97% a los 15 días y del 92 al 100% a las 4 semanas, no observándose diferencias significativas entre las dos vacunas.

- c. **Vía de administración de la vacuna:** la vacuna se debe administrar por vía intramuscular.

d. 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 hinchazón, producidos con una frecuencia aproximada del 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.

e. Contraindicaciones y precauciones:

Como ocurre con otras vacunas, se debe posponer la administración de Havrix y Epaxal 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 Havrix o Epaxal 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.

En el caso de **Epaxal** está igualmente **contraindicada** en caso de **hipersensibilidad a las proteínas del huevo y el pollo**.