

HEPATITIS A

[Escribe Dr. Daniel Benaderette](#)

Actualizado julio 2003

La hepatitis A es una enfermedad infecciosa de alto grado de contagiosidad.

El agente etiológico es un virus de la familia picornavirus-“virus pequeño que contiene RNA” -ácido ribonucleico-, (a diferencia del virus de la hepatitis B que contiene DNA(ácido desoxiribonucleico).

ALGUNAS CARACTERISTICAS DEL VIRUS DE LA HEPATITIS A

- Identificado en 1973 al examinar muestras de materia fecal bajo microscopía electrónica.
- Estabilidad en medio ácido. Con pH inferior a 3 mantiene poder infectivo durante más de 4 horas.
- Inactivado a temperaturas superiores a 60-70°C.
- Resiste a la desecación por 1 mes.
- No se inactiva por congelación.
- Mantiene poder infectivo en medio líquido hasta 1 año.

EPIDEMIOLOGIA

1. TRANSMISION FECAL-ORAL

- Contacto persona-persona, a través de manos contaminadas.
- Ingesta de agua y/o alimentos contaminados.

2. POBLACION SUSCEPTIBLE

- Clases sociales humildes, con deficientes condiciones sanitarias y hacinamiento.
- Población de instituciones cerradas: cuarteles, cárceles, orfanatos.
Niños de jardines maternales, en particular menores de 2 años que no controlan esfínteres.
Personal susceptible que trabaja en dichas instituciones.
Homosexuales masculinos.
- Drogadictos por vía endovenosa.

3. CONTAGIOSIDAD

Desde 1-2 semanas anteriores al comienzo de los síntomas clínicos y las 2 semanas siguientes al inicio de los mismos.

En los niños, especialmente en menores de 6 años, hay una mayor frecuencia de formas asintomáticas o inaparentes, de modo que cualquier medida basada en aislamiento destinada a disminuir la diseminación de la enfermedad ,es poco eficaz.

ALGUNOS ASPECTOS CLINICOS

- Período de incubación: 15-50 días
- Curso habitualmente benigno.
- No evoluciona a la cronicidad.
- En menores de 6 años , predominio de formas anictéricas.
- Existen formas prolongadas, en especial las que cursan con colestasis.
- Hepatitis fulminante: alrededor de 1% de los casos notificados. La hepatitis fulminante tiene alta mortalidad: 55-75%. Es la primera causa de transplante hepático.

Mayor incidencia en menores de 5 años y mayores de 30 años.

-La hepatitis A deja inmunidad duradera.

CONFIRMACION DIAGNOSTICA

-IgMHAV: marcador de infección aguda. Puede permanecer positivo durante 3 meses. Excepcionalmente durante 1 año.

IgGHAV: marcador de inmunidad, ya por resolución de la infección natural o como resultado de la aplicación de la vacuna antihepatitis A.

Su determinación sirve para establecer la seroprevalencia de la enfermedad en la población, es decir cuántos han estado expuestos a la infección y cuántos son los susceptibles.

En nuestro país, la seroprevalencia de IgGHAV varía enormemente según el área geográfica y aún dentro de una misma área.

En la Ciudad de Buenos Aires hay zonas con menos del 10% y zonas con más de 30%. De igual modo, hay regiones del país con 30% y otras con 80%. Estas amplias variaciones dependen de la precocidad del contacto y del nivel de las condiciones sanitarias.

Cuando estas son deficientes el contacto se produce precozmente y los niños adquieren rápidamente la infección.

En determinadas situaciones la determinación de IgGHAV se emplea como test prevacunación.

PREVENCION Y CONTROL

Considerando que la hepatitis A es una enfermedad que carece de tratamiento específico, que tiene una evolución habitualmente benigna, pero que puede evolucionar a formas con insuficiencia hepática fulminante, las medidas preventivas y de control se convierten en trascendentes.

1. Generales

* Disponibilidad de agua potable.

* Eliminación adecuada de excretas e higiene de sanitarios con hipoclorito de sodio 200 ppm. (ver Desinfectantes de uso hospitalario)

* Higiene rigurosa para evitar la contaminación en el procesamiento de alimentos, en especial lavado de manos.

2. Específicas

a. Inmunidad activa: VACUNA ANTIHEPATITIS A

b. Inmunidad pasiva: USO DE GAMMAGLOBULINA

Vacuna antihepatitis A

-Aún no incorporada al calendario oficial

-Vacuna inactivada

-Se aplica por vía intramuscular en deltoides.

-No debe ser congelada.

Cepas: HM175 (HAVRIXNR) 720 UE entre 1-17 años.

1440 UE para mayores de 18 años.

Dosis: 0-6 a 12 meses.

CR326F(VAQTANR) 25 U entre 2-17 años Dosis:0-6 a 18 meses

50 U para mayores de 17 años. Dosis:0-6meses

GBM (AVAXIMNR) 160 U mayores de 1 año. Dosis:0-6 meses.

RG-SB (VIROHEP-ANR). 500 U RIA. Dosis 0-6 a 12 meses. Es una vacuna virosómica.

Se consideran protectores niveles de anticuerpos superiores a 20mU/ml.

El 54-65% de los adultos tiene anticuerpos a los 15 días de la aplicación y a los 30 días , entre el 95-100%. Entre 97-100% de los niños de 2-18 años tienen Ac protectores luego de la primera dosis y 100% luego de la segunda.

Duración de la inmunidad: más de 10 años, probablemente más de 20 años.

La respuesta inmune disminuye en:

- Presencia de anticuerpos maternos.
- Administración conjunta de gammaglobulina.
- Existencia de enfermedad hepática crónica.
- Infección por HIV.
- Edad superior a 40 años.

Prioridad para niños que vayan a ingresar a jardines maternos, que concurren a campamentos o viajen a zonas de alta endemicidad.

- No es necesario efectuar IgGHAV prevacunal en menores de 6 años.
- Puede darse junto con otras vacunas.

Gammaglobulina, Manejo de contactos.

La gammaglobulina debe indicarse lo antes posible, dentro de las 2 semanas de ocurrido el contacto con el caso índice. Está indicada en las siguientes situaciones

- Contactos familiares susceptibles.
- Personal y niños del mismo sector del jardín considerados susceptibles.
- Contacto estrecho en la escuela considerado susceptible.

Ante ocurrencia de brote: administrar gammaglobulina a todo el personal que no está vacunado y a los niños que asisten al jardín si hay casos de hepatitis A en niños y empleados o hay dos o más familiares de niños que asisten al jardín, enfermos de hepatitis..

Si los niños de la sala no usan pañales deben recibir sólo los contactos estrechos del caso índice y si se trata de niños que usan pañales, administrar además a los familiares de los niños que asisten a dicha sala..

En los niños mayores de 1 año es recomendable administrar además la primera dosis de vacuna antihepatitis A-en sitio distinto al de la gammaglobulina- y luego completar el esquema según pautas mencionadas arriba..

-En la escuela, no está justificado su empleo dado el bajo riesgo, salvo al contacto más estrecho o en el caso de niños alojados en instituciones.

La duración de la protección por la gammaglobulina a 0.02 ml/kg es de 2-4 meses, aunque con dosis de 0-06 ml/kg, puede extenderse a 6 meses

BIBLIOGRAFIA

- Libro Azul de Infectología Pediátrica de la Sociedad Argentina de Pediatría. Segunda edición. 339-348. 2001.
- Comité de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Arg Ped 93(2)140-144, 1995.
- Comité de Expertos de la Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Arg Ped 100(1)88.91,2002

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- Balestrieri W, Chang M, Ciocca M, Schwarz K, Porta G, Vegnente A, Mieli Vergani G. Acute and Chronic Hepatitis: Working Group Report of the First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterol Nutr 35: S62-S73. Agosto 2002.
- Kemmer N, Miskovsky E. Hepatitis A. Infectious Disease Clinics of North America. 14(3) 605-615. Septiembre 2000.
- Delgado M, Jara P. Insuficiencia hepática aguda. En "RUZA F. Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos". 732-739. Segunda edición. Ediciones Norma-Madrid. 1994.
- Whittington P. Fulminant hepatic failure in children. En "Suchy F. Liver diseases in children". 180-206. Primera edición. Ed. Mosby. 1994.
- Fulminant and severe acute liver failure. En "Mowat A. Liver diseases in childhood". 3rd edition. 161-166. Ed Butterworth-Heinemann. 1994.

- Cervio G, Dip M, Blanco G, Rojas L Ayarzábal V, Cuarterolo M, Ciocca M, Invertarza O. Transplante hepático en la falla hepática fulminante por virus A en pediatría. Rev. Medicina Infantil 7(3), 185-188, Septiembre 2000.
- Dubray D, Cullufi P, Devíctor D, Fabre M, Bernard O. Liver failure in children with hepatitis A. Hepatology 26 (4) 1018-1022, 1997.
- Bhaduri B, Mieli Vergani G. Fulminant hepatic failure : Pediatric aspects. Seminars in liver disease. 16(4) 349-355. 1996.
- López E, Xifró M, Torrado L, De Rosa M, Gómez R, Dumas R, Wood S, Contrini M. Safety and immunogenicity of pediatric formulation of inactivated hepatitis A vaccine in argentinean children. Ped Inf Dis J. 20 (1) 48-52, 2001.
- Malay S, Tizer K, Lutwick L. Current update of pediatric hepatitis vaccine use. Pediatrics Clinics of North America. 395-406. Abril 2000.
- Rosenthal P. Hepatitis A vaccine: current indications. Journal of Pediatric Gastroenterol Nutr, 27: 111-113, 1998.