



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



CAMPAÑA DE VACUNACIÓN FRENTE A HEPATITIS A EN INMIGRANTES DE SEGUNDA GENERACIÓN DE ORIGEN MARROQUÍ

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

Versión: mayo 2022

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	4
2.- CARACTERÍSTICAS DE LA HEPATITIS A	6
3.- OBJETIVOS	6
4.- PREVENCIÓN DE LA HEPATITIS A EN INMIGRANTES DE SEGUNDA GENERACIÓN DE ORIGEN MARROQUÍ.....	7
5.- PREVISIÓN DE NECESIDADES	8
6.- POBLACIÓN DIANA	8
7.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN	8
8.- CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA FRENTE A LA HEPATITIS A	9
9.- REGISTRO DE DOSIS	11
10.- INDICADORES DE EVALUACIÓN	11

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 2009-13 se registraron 27 brotes con 67 casos en nuestra Comunidad, principalmente asociados a niños de procedencia inmigrante que viajan al país de origen de sus padres (VFR: *Visiting Friends and Relatives* en terminología anglosajona).

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 2010-2014 ha sido de más de 3.600 dosis utilizadas en control de brotes a lo que habría que sumar el coste de la inmunoglobulina y de los recursos humanos requerido en cada uno de los brotes, lo que supondría un coste, sólo en su control, de más de 16.000 euros anuales. A esta cantidad habría que añadirle el derivado del tratamiento de la enfermedad tanto en Atención Primaria como Hospitalaria, así como los costes indirectos derivados del padecimiento de la enfermedad.

Los viajeros VFR, 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.

La Región de Murcia lanzó el programa de vacunación en menores de 10 años de manera oportunista previo al viaje durante el año 2010. Sin embargo,

la posterior revisión de la epidemiología en nuestra Región, así como la particularidad de la población inmigrante de origen marroquí motivó la necesidad de ampliar la población diana de nuestra campaña en 2014, incluyendo de forma sistemática a toda la población infantil de origen marroquí, para conseguir el objetivo de controlar la incidencia de Hepatitis A en nuestra Comunidad Autónoma.

Entre los datos que justifican esta decisión se encuentran:

- La epidemiología de la enfermedad en nuestra región. En el periodo 2011-2013 se ha observado una profunda diferencia entre la incidencia de hepatitis A en menores de 15 años en función de la procedencia de los padres (**302/100.000 habitantes en niños de procedencia marroquí vs. 1/100.000 habitantes en niños de origen autóctono**). Entre los 65 casos registrados durante el periodo, 56 lo fueron en niños de origen marroquí, 6 en niños de países procedentes de otros países de alta/media endemia y únicamente 3 en niños de origen autóctono.
- La evaluación de la campaña de vacunación en inmigrante viajero realizada entre 2010 y 2013, proporciona cifras de cobertura en niños de origen marroquí de un 8%, muy por debajo de las coberturas necesarias para el control de la enfermedad.
- Los datos epidemiológicos y de cobertura de vacunación se pueden explicar por las características propias de los viajes de los inmigrantes de origen marroquí residentes en España. Diferentes encuestas dan como resultado que el 85% de ellos viajaron al menos una vez durante el último año a su país de origen, cifra que sube hasta casi el 100% si ampliamos este periodo a los 3 años anteriores. Esta alta frecuencia de viajes a su país de origen así como el hecho de la presencia de viajeros de último minuto que no consultan de forma previa al viaje justifica la inclusión de todos los niños con padres de origen marroquí como niños viajeros.

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 inmigrantes de segunda generación de origen marroquí.
- b. Específico:**
 - Alcanzar una cobertura del 90% frente a hepatitis A en niñas y niños con madre y/o padre de origen marroquí.
 - Alcanzar al menos un 90% de las dosis distribuidas sean declaradas como administradas.

4.- PREVENCIÓN DE LA HEPATITIS A EN INMIGRANTES DE SEGUNDA GENERACIÓN DE ORIGEN MARROQUÍ

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 permite utilizar como pauta de vacunación en población menor de 19 años **una única dosis** con las suficientes garantías de protección.

La vacunación se realizará de forma sistemática con **una única dosis** a los niños de origen marroquí al cumplir los 12 meses de edad. La vacuna frente a hepatitis A se puede coadministrar con la vacuna TV y Meningococo C/ACWY (según el Calendario Vacunal infantil vigente en la Región de Murcia en 2022, los nacidos a partir del 1 de marzo de 2021 recibirán a los 12 meses la vacuna frente a Meningococo ACWY, mientras que los nacidos con anterioridad recibirán a los 12 meses la vacuna frente a Meningococo C).

En el caso que un niño o niña no fuese vacunado a los 12 meses de edad, se podrán vacunar con la primera dosis de vacuna frente a la varicela a los 15 meses, así como en cualquier otra visita posterior (hasta los 10 años de vida) en la que se compruebe que no se ha vacunado (vacunas de los 4 y 6 años, por ejemplo).

Sólo en los siguientes grupos se recomienda administrar dos dosis de vacuna con un intervalo mínimo de 6 meses (0, 6 meses):

- Personas con 19 años o más.
- Personas entre 1 y 19 años que pertenezcan a uno de los siguientes grupos:
 - Infechadas por VIH o que presenten cualquier situación de inmunodepresión.

- Hepatopatías crónicas, incluida la hepatitis B y la hepatitis C.
- Hemofílicos.
- Personas programadas para trasplantes.
- 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.- PREVISIÓN DE NECESIDADES

Teniendo en cuenta las coberturas de vacunación obtenidas durante el segundo año de vida, así como la cohorte anual de nacimientos con padres de origen marroquí, ciframos las necesidades en 1.800 dosis/año.

Esto supone un coste anual de 20.070 euros, lo que justifica la intervención desde un punto de vista económico puesto que se estima un ahorro anual de más de 16.000 euros, solo en las intervenciones derivadas del control de brotes, a lo que habría que sumar los costes sanitarios del tratamiento de la enfermedad y los costes sociosanitarios asociados, lo que sin duda supondrá un ahorro sustancialmente mayor.

6.- POBLACIÓN DIANA

La población diana serían inmigrantes de segunda generación de origen marroquí (niñas y niños nacidos en España con padre y/o madre de origen marroquí). También se podrán vacunar aquellos niños que hayan nacido en Marruecos pero que hayan migrado a España durante sus primeros meses/años de vida.

7.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN

La captación se realizará de reglada en la revisión de los 12 meses. Sin embargo, en aquellos niños y niñas en los que no se hubiese realizado, se hará

de manera oportunista en los Centros de Salud de la población diana que acuda por cualquier otro motivo o vacunación rutinaria (15 meses, 4 o 6 años).

Para reforzar la captación de la población diana de la campaña se ha elaborado un protocolo de la campaña.

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.

El programa descrito es una actuación complementaria a las ya realizadas en la Región de Murcia para el control de la hepatitis A, complementándolas y no sustituyéndolas:

1. Campaña de vacunación frente a hepatitis A en inmigrante menor de 10 años de edad.
2. Vacunación en grupos de riesgo.
3. Protocolo de actuación frente a la hepatitis A.
4. Protocolo de atención al niño inmigrante. Vacunación en niños inmigrantes, padres adoptantes y convivientes de países de alta endemia de hepatitis A. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/267223-PANI.pdf>.

8.- 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 18 años.

La vacuna debe administrarse por vía intramuscular.

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.

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 Havrix® 720 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® a personas con hipersensibilidad conocida a cualquier componente de la vacuna, ni a quienes hayan presentado signos de hipersensibilidad tras una administración anterior de Havrix®.

9.- REGISTRO DE DOSIS

La notificación al registro de vacunas se hará a través de OMI-AP. La dosis se registrará asimismo en el Carné 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 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.

10.- INDICADORES DE EVALUACIÓN

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

- Coberturas de vacunación frente a hepatitis A en niñas y niños de origen marroquí, comparándolas con las coberturas de vacunación de las vacunas de calendario.

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