

Hepatitis A

Fecha de la última revisión: **29/06/2014**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se transmite?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cuál es su evolución natural?](#)
5. [¿Cómo se trata?](#)
6. [¿Cómo se previene?](#)
7. [Algoritmo de manejo](#)
8. [Bibliografía](#)
9. [Más en la red](#)
10. [Autoras](#)

¿De qué hablamos?

La hepatitis A es una infección aguda del hígado causada por el virus de la hepatitis A (VHA) de la familia de los picornavirus. El hombre es el único reservorio conocido y la gravedad de los síntomas depende de forma muy directa de la edad.

Afecta principalmente a la población de países en desarrollo donde la ausencia de condiciones sanitarias e higiénicas adecuadas favorece su diseminación, sobre todo en la población infantil, aunque en éstos suele cursar asintomática. En países más desarrollados es menos frecuente, en general afecta a población adulta que contrae la enfermedad en los viajes a regiones con alta prevalencia o por conductas de riesgo y sin embargo la gravedad de las manifestaciones clínicas suele ser mayor (Mohd Hanafiah K, 2011; Jacobsen KH, 2010; Gujral H, 2009; Pintó RM, 2012).

La infección puede ocurrir de forma esporádica (hasta en el 40% de los casos en EE.UU.) o en brotes epidémicos y es la causa más frecuente de hepatitis viral aguda (Pintó RM, 2012). La mejora de las condiciones higiénico-sanitarias ha permitido un descenso de su prevalencia en países como España (tasa anual del 2,27%), sin embargo se detectan brotes epidémicos en poblaciones marginales (Bernaola Iturbe E, 2009).

¿Cómo se transmite?

La principal vía de propagación del VHA es la fecal oral, a través de alimentos o de agua contaminada con materia fecal y por el contacto personal de convivientes infectados o de niños en guarderías. Con menor frecuencia se transmite por contacto sexual (anal-oral) y en ocasiones por vía parenteral en usuarios de drogas. Por el momento no ha podido demostrarse la transmisión materno fetal. Hasta en un 55% de los casos no se llega a identificar la causa de contagio (Matheny SC, 2012; Jeong SH, 2010).

El pico de infectividad aparece desde dos semanas antes y hasta una después del inicio de los síntomas. En algunos casos la enfermedad puede recurrir y volver a ser transmisible durante este tiempo (Matheny SC, 2012).

Tienen mayor riesgo de contraer la infección:

- Contactos de familiares o parejas sexuales infectadas.
- Personas que conviven con niños adoptados de países de prevalencia moderada o alta de infección.
- Usuarios de drogas inyectadas.
- Viajeros a países de prevalencia intermedia o alta.
- Personas (en especial niños) que viven en zonas de alta endemia o con deficientes condiciones higiénico-sanitarias.
- Personal sanitario o de laboratorio en contacto con el virus.
- Pacientes con enfermedades crónicas hepáticas o con déficits de factores de la coagulación.

Aunque no ha podido demostrarse una mayor prevalencia de los anticuerpos contra la infección en varones homosexuales frente a otras poblaciones, sí se han descrito más brotes epidémicos y algunas sociedades recomiendan ofrecerles la vacunación.

Los pacientes con VIH, aunque no tienen mayor riesgo de contraer la infección, pueden contagiar hasta los 90 días (Matheny SC, 2012; ACIP, 2006; ACIP, 2007; UKNG, 2008).

¿Cómo se diagnostica?

En niños menores de 6 años y aproximadamente en el 20-30% de los adultos la infección suele cursar asintomática, sin embargo los síntomas se agravan con la edad y con la presencia de enfermedades crónicas hepáticas (Jeong SH, 2010). Las manifestaciones clínicas son indistinguibles de hepatitis víricas por otras causas y es importante en la anamnesis investigar las posibles causas de contagio (Matheny SC, 2012; ACIP, 2007).

El periodo de incubación está en torno a los 28 días (con una media de 15-50 días). En los pacientes que presentan una clínica típica, los síntomas suelen aparecer en dos fases: la prodrómica que puede durar unos diez días y se caracteriza por la presencia de astenia, mialgias, malestar y dolor en hipocondrio derecho; seguida de la fase icterica con anorexia, náuseas, prurito, coluria, acolia, astenia y ausencia de fiebre. La ictericia se manifiesta con niveles de bilirrubina entre 2 a 4 mg/dl. La duración de esta segunda fase es más variable (entre 3 y más de 12 semanas cuando hay ictericia grave y prurito). En los niños son más frecuentes la diarrea y los vómitos. Los hallazgos más habituales en la exploración física son la ictericia y la hepatomegalia; con menor frecuencia esplenomegalia, adenopatías cervicales, rash o artritis (Matheny SC, 2012; Jeong SH, 2010; Gujral H, 2009; UKNG, 2008).

En pacientes con clínica sugestiva, se recomienda realizar una bioquímica de perfil hepático, un hemograma completo y una coagulación con el tiempo de

protrombina (TP). Las transaminasas con frecuencia alcanzan niveles superiores a 1.000 IU/dl con la alanino aminotransferasa (ALT) típicamente superior a la aspartato aminotransferasa (AST). La elevación de la bilirrubina puede llegar a los 10 mg/dl y suele ser posterior a la elevación de transaminasas. Un TP superior a 5 sugiere evolución a una descompensación hepática (UKNG, 2008; Matheny SC, 2012). El diagnóstico de la infección aguda por el VHA se confirma con la detección en suero del anticuerpo anti-VHA IgM. Su determinación estará indicada ante cualquier paciente con clínica o analítica compatible con hepatitis o en los contactos de pacientes con infección diagnosticada (Matheny SC, 2012). Su presencia en adultos sin clínica puede ser por un aclaramiento tardío del anticuerpo después de haber pasado la enfermedad, a un falso positivo o a una infección asintomática (Gluud LL, 2009; Gujral H, 2009; BC, 2012). En algunos pacientes infectados a veces permanece en suero más de 6 meses (Gujral H, 2009; UKNG, 2008).

Es importante realizar diagnóstico diferencial con hepatitis causadas por infecciones bacterianas, parásitos, fármacos, tóxicos o autoinmunes (Matheny SC, 2012).

¿Cuál es su evolución natural?

La hepatitis A es una infección autolimitada que deja inmunidad permanente, su recuperación suele ser espontánea y no evoluciona a hepatitis crónica. Cerca del 15% de los pacientes pueden presentar una recaída a los 6 meses tras la resolución de la infección aguda (Matheny SC, 2012; Gluud LL, 2009). La mortalidad de la hepatitis A alcanza el 2% en pacientes mayores de 60 años y la hepatitis fulminante el 0.015 al 0.5% de todos los infectados, es más frecuente en ancianos y en los que padecen enfermedad hepática subyacente, sobre todo en los que tienen infección crónica por el virus de la hepatitis C o B y si existe coinfección de varios genotipos de VHA al mismo tiempo. De forma más rara se han descrito complicaciones como artritis, vasculitis, trombocitopenia, pancreatitis aguda, anemia aplásica, pericarditis o fallo renal hasta en el 4.7% en algunas series (Jayakumar S, 2013; Matheny SC, 2012; Jeong SH, 2010).

Cerca del 15% de los pacientes pueden requerir hospitalización. La infección en el embarazo no suele ser teratogénica pero confiere mayor riesgo de aborto o de parto prematuro así como aumento del riesgo de complicaciones en la madre (Jeong SH, 2010).

¿Cómo se trata?

No existe por el momento un tratamiento específico para la hepatitis A. La mayoría de los pacientes pueden manejarse en el domicilio con reposo, hidratación y nutrición adecuada, así como seguimiento analítico hasta que se normalicen los niveles de transaminasas. Es importante mantener la abstinencia en el consumo de alcohol y no tomar fármacos sin prescripción médica. Aunque no es necesario permanecer encamado, no se debe retomar la actividad laboral ni volver al colegio hasta que la fiebre y la ictericia se hayan resuelto. El ejercicio físico deberá reanudarse cuando el paciente se encuentre en condiciones para ello. Estará indicado el ingreso hospitalario si hay riesgo de deshidratación por vómitos o si se sospecha insuficiencia hepática. Ante un empeoramiento a hepatitis fulminante se debe considerar la derivación a un centro donde pueda realizarse trasplante hepático. No se recomienda suspender la lactancia si la madre padece la infección y se deberá administrar la IG al lactante (Matheny SC, 2012; Jeong SH, 2010; Gujral H, 2009; UKNG, 2008).

¿Cómo se previene?

Recomendaciones generales:

La mejora en las condiciones higiénico-sanitarias incluido el adecuado tratamiento de las aguas, cocción de los alimentos y lavado de las manos, constituyen medidas eficaces para prevenir la infección por el VHA (Lavanchy D, 2012; Matheny SC, 2012).

Se recomienda evitar la manipulación de alimentos y mantener relaciones sexuales sin protección durante el periodo de infecciosidad (UKNG, 2008).

Vacuna e inmunoglobulina (IG):

Algunos autores han observado la eficacia de la IG para evitar la infección tanto en prevención primaria como en secundaria. Sin embargo, éstos resultados deben interpretarse con precaución tanto por el escaso número de estudios incluidos como por los sesgos que presentan (Gluud LL, 2009; Liu JP, 2009).

En prevención primaria la vacuna confiere una inmunización prolongada en personas inmunocompetentes (Ott JJ, 2012; Irving GJ, 2012) y en la actualidad se prefiere recomendar su administración frente a la IG (Jeong SH, 2010). Si se requiere de una protección inmediata, ésta puede alcanzarse hasta en el 90% con la IG durante un tiempo variable dependiendo de la dosis administrada, nunca superior a 6 meses (Gluud LL, 2009). En general, se recomienda restringir el uso de la IG en prevención secundaria a los niños menores de un año y a pacientes en los que la infección puede tener más riesgo de complicaciones (inmunodeprimidos, ancianos, enfermos diagnosticados de otras hepatitis víricas) o en alérgicos a la vacuna (UKNG, 2008; ACIP, 2007).

En los países de alta prevalencia, prácticamente la totalidad de la población ha estado expuesta al VHA antes de los 10 años y los programas de vacunación sistemática no son tan útiles como en poblaciones de prevalencia media-alta donde aumenta la trasmisión por el contacto personal y en adultos (Lavanchy D, 2012). La puesta en marcha de programas piloto de vacunación en poblaciones preadolescentes en algunas provincias, redujo la incidencia de infección por el VHA (del 5.44 por 100.000 personas/año al 3.02 en el periodo post vacunación) en la población vacunada y en la no vacunada (Domínguez A, 2008). Por el momento no existen programas de vacunación universal a la población infantil en nuestro país (Torner N, 2010).

Prevención primaria:

Se recomienda administrar la **vacuna** para la prevención de la hepatitis A en determinadas poblaciones con riesgo de contraer la infección (Lavanchy D, 2012). La Asociación Española de Pediatría recomienda vacunar a niños con factores de riesgo personales y ambientales y a los que viajen a países con alta prevalencia de la enfermedad. Además, de forma sistemática en los niños de 12 a 24 meses que vivan en zonas en las que se han declarado brotes epidémicos frecuentes, altas tasas de enfermedad o en poblaciones marginales con mayor riesgo de trasmitirla (Bernaola Iturbe E, 2009). Otras sociedades científicas recomiendan la vacunación tanto a las personas que van a convivir como a los contactos más cercanos, incluidos cuidadores, de niños adoptados de países con prevalencia intermedia-alta de la enfermedad (AAP, 2011).

Algunos autores señalan el posible beneficio que podría obtenerse de la vacunación sistemática en la población infantil de zonas con prevalencia baja e intermedia del VHA como Asia, América latina, Europa del Este y Oriente Medio para evitar los costes elevados que supone la infección en estas áreas en las que es más frecuente en población que desarrolla síntomas más graves (Jacobsen KH, 2010). Otros también consideran el beneficio de la vacunación en mujeres embarazadas en poblaciones de de riesgo de contraer la enfermedad en edad adulta (Jeong SH, 2010).

En pacientes VIH positivos, se recomienda administrar la vacuna cuanto antes. Si los niveles de CD4 están por debajo de 300 células/mm³ ó hay síntomas de la infección por VIH, es preferible retrasar la vacunación hasta que el tratamiento antirretroviral permita optimizar la respuesta inmunológica (New York State Department of Health, 2007).

Prevención secundaria (ACIP, 2007):

Debe administrarse lo antes posible una dosis única de IG (0.02 mL/kg) intramuscular o de la vacuna contra la hepatitis A a toda persona que ha estado en contacto con infectados por el VHA y que no haya recibido previamente la vacuna incluidos familiares, parejas sexuales o personas que hayan compartido drogas ilegales (ver indicaciones en apartado previo “vacuna e IG”).

No se recomienda administrar la profilaxis post exposición de manera generalizada cuando ocurre un caso de infección en una escuela, ni en el lugar de trabajo, si la fuente de infección es externa. Tampoco está indicada en el personal que atiende a pacientes ingresados por hepatitis A, en estos casos se recomienda extremar las condiciones higiénicas. Solo se debe administrar profilaxis post exposición si el contagio ha surgido de una transmisión interna (entre los estudiantes del colegio, pacientes o personal del hospitalario).

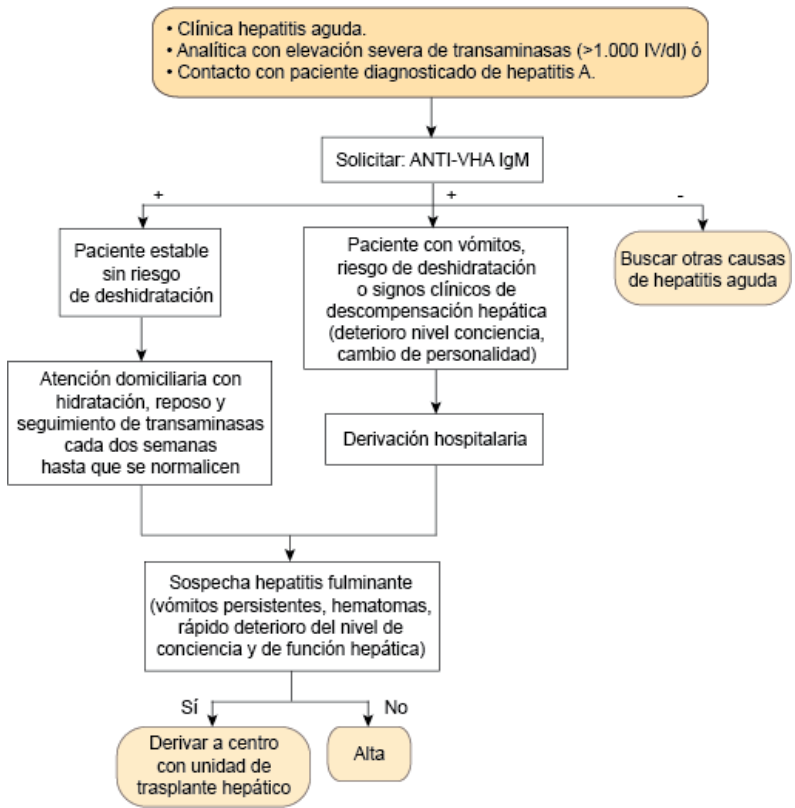
Profilaxis antes de viajar al extranjero (ACIP, 2007):

Se recomienda administrar una primera dosis de la vacuna contra la hepatitis A antes de las dos semanas del viaje, a todas las personas que vayan a viajar a un país extranjero con una prevalencia alta o intermedia de infección.

En mayores de 40 años, personas inmunodeficientes, con enfermedades crónicas hepáticas u otras enfermedades crónicas subyacentes, deberá completarse con una dosis de IG.

En los que esté contraindicada la vacuna o en niños menores del año, recibirán una dosis única de IG a la dosis adecuada en función del periodo de estancia en el país extranjero (0.02 mL/Kg si es menor de dos meses y 0.06 mL/Kg si es mayor). Se recomienda repetir la dosis si se prevé una estancia de más de 5 meses.

Algoritmo de manejo



Algoritmo de manejo de Hepatitis A

Bibliografía

- Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: Prevention of hepatitis A after exposure to hepatitis A virus and in international travelers. Updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2007;56(41):1080-4. PubMed [PMID: 17947967](#). [Texto completo](#)
- Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), Fiore AE, Wasley A, Bell BP. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2006;55(RR-7):1-23. PubMed [PMID: 16708058](#). [Texto completo](#)
- American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Recommendations for administering hepatitis A vaccine to contacts of international adoptees. Pediatrics. 2011;128(4):803-4. PubMed [PMID: 21949136](#). [Texto completo](#)
- Bernaola Iturbe E, Giménez Sánchez F, Baca Cots M, De Juan Martín F, Díez Domingo J, Garcés Sánchez M, et al.; Asociación Española de Pediatría. Calendario vacunal de la Asociación Española de Pediatría: Recomendaciones 2009. An Pediatr (Barc). 2009;70(1):72-82. PubMed [PMID: 19174124](#)
- British Columbia Ministry of Health. BC Guidelines & Protocols [Internet]. Viral Hepatitis Testing; 2012 [acceso 30/06/2014]. Disponible en: http://www.bcguidelines.ca/guideline_vihp.html
- Clinical Effectiveness Group. British Association of Sexual Health and HIV. United Kingdom National Guideline on the Management of the Viral Hepatitides A, B & C 2008. [Texto completo](#)
- Domínguez A, Oviedo M, Carmona G, Jansá JM, Borrás E, Salleras L, et al. Epidemiology of hepatitis A before and after the introduction of a universal vaccination programme in Catalonia, Spain. J Viral Hepat. 2008;15 Suppl 2:51-6. PubMed [PMID: 18837835](#)
- Gluud LL, Gluud C. Meta-analyses on viral hepatitis. Infect Dis Clin North Am. 2009;23(2):315-30. PubMed [PMID: 19393912](#)
- Gujral H, Collantes RS. Understanding viral hepatitis: a guide for primary care. Nurse Pract. 2009;34(12):23-31; quiz 31-2. PubMed [PMID: 19952584](#)
- Irving GJ, Holden J, Yang R, Pope D. Hepatitis A immunisation in persons not previously exposed to hepatitis A. Cochrane Database Syst Rev. 2012;7:CD009051. PubMed [PMID: 22786522](#). [Texto completo](#)
- Jacobsen KH, Wiersma ST. Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. Vaccine. 2010;28(41):6653-7. PubMed [PMID: 20723630](#)
- Jayakumar S, Chowdhury R, Ye C, Karvellas CJ. Fulminant viral hepatitis. Crit Care Clin. 2013;29(3):677-97. PubMed [PMID: 23830658](#)

- ## Más en la red

- ## Autoras

- Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo, España

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

