

1

HEPATITIS AGUDA

R Esteban

TRATAMIENTO GENERAL

La mayoría de los pacientes con hepatitis vírica aguda no precisan ingreso hospitalario y pueden permanecer en el domicilio. En la fase aguda de la enfermedad se recomienda reposo aunque no es imprescindible para la recuperación clínica. La dieta puede ser libre y variada. En las primeras semanas suele existir una pérdida del apetito y de peso pero al mejorar la sintomatología clínica, los pacientes recuperan o incluso ganan peso. Se recomienda evitar los fármacos que se metabolizan a nivel hepático, especialmente los sedantes y los antieméticos, ya que pueden provocar alteraciones en el nivel de conciencia y dificultar el diagnóstico de hepatitis fulminante.

El aislamiento del enfermo en su domicilio o en el hospital no es necesario. En los casos de hepatitis aguda de contagio fecal-oral, hepatitis A y E, no se recomienda utilizar medidas estrictas de aislamiento entérico. En la fase sintomática de la enfermedad, la mayoría de los pacientes no excretan virus o lo hacen en pequeñas cantidades, en las heces, por lo que se recomiendan las medidas generales de higiene. En las hepatitis agudas de transmisión parenteral, hepatitis B, C y D, se recomienda evitar el contacto directo con sangre o secreciones utilizando guantes y las medidas higiénicas habituales.

En los casos de hepatitis grave se recomienda el ingreso hospitalario. Los criterios de ingreso hospitalario son la intolerancia a la ingesta hídrica por vómitos de repetición, la presentación de un trastorno importante de la coagulación y la alteración del nivel de conciencia. En los casos de sospecha de hepatitis fulminante se recomienda el ingreso en un centro que disponga de una unidad de trasplante hepático.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

Hepatitis A y E. No existe ningún tratamiento específico para las hepatitis agudas A y E. La evolución a la cronicidad en ambos casos es nula y no se ha demostrado la eficacia de los tratamientos antivirales en el acortamiento de la enfermedad. En la hepatitis aguda B grave, con ictericia importante, el tratamiento con lamivudina (100 mg. día) podría disminuir la mortalidad. Además, en los pacientes con hepatitis aguda grave candidatos

a trasplante hepático, el tratamiento previo al trasplante con lamivudina evita ó disminuye de forma considerable el riesgo de reinfección y por consiguiente la morbilidad y mortalidad postrasplante.

En la hepatitis aguda C el riesgo de evolución a la cronicidad es elevado, aproximadamente del 70%, por lo que es útil disponer de un tratamiento específico que evite la progresión de la enfermedad a la cronicidad. El interferón se ha mostrado eficaz administrado durante 3 a 6 meses. El tratamiento con 3 ó 6 millones de unidades de interferón diario o tres veces por semana es capaz de disminuir la tasa de evolución a la cronicidad. Sin embargo no esta todavía bien definida la pauta terapéutica idónea ni el mejor momento de inicio del tratamiento.

En el momento actual, la recomendación es iniciar el tratamiento a los 6 meses del inicio del episodio agudo, para evitar tratar el 20% de los casos que evolucionarán espontáneamente a la curación. Una de las pautas más recomendada consiste en 3 millones de unidades de interferón, 3 veces por semana durante 6 meses. La experiencia con tratamiento combinado (interferón y ribavirina) es muy escasa pero parece lógico que los resultados sean mejores que con la monoterapia con interferón, ya que se evitarían las recaídas, al igual que ocurre en los pacientes con hepatitis crónica C no tratados previamente.

PROFILAXIS

Durante años, la profilaxis de las hepatitis se basaba en la administración de inmunoglobulina inespecífica para la hepatitis A y de inmunoglobulina hiperinmune (con títulos altos de antiHBs) para la hepatitis B. Estas gammaglobulinas evitan o atenúan la infección viral produciendo infecciones asintomáticas. En los últimos años, la disponibilidad de vacunas específicas frente al VHA y el VHB ha modificado la pauta de prevención.

Hepatitis A. La inmunización pasiva con anticuerpos (gammaglobulina) produce una rápida inmunidad frente a la infección pero de duración transitoria (1-2 meses). Se recomienda a los contactos íntimos de pacientes con hepatitis A, una dosis de gammaglobulina 0.02 mL/Kg de peso lo más precozmente posible. Suele ser eficaz hasta dos semanas después de la exposición.

La vacuna antihepatitis A estimula la producción de anticuerpos y por lo tanto produce una protección más duradera. Las vacunas disponibles son vacunas inactivadas con formol obtenidas a partir de cepas de VHA atenuadas en cultivos de tejidos. La protección tras dos dosis de vacuna, separadas por un mes de intervalo, es superior al 90% .

Vacuna antihepatitis A

ESPECIALIDAD	LABORATORIO	PRESENTACIÓN
AVASIM	Pasteur Mérieux MSD	160 U* Jeringa precargada de 0.5 ml
VAQTA	Pasteur Mérieux MSD	25 U* Jeringa precargada de 1 ml 25 U* vial de 0.5 ml 50 U* Jeringa precargada de 1 ml 50 U* vial de 1 ml
HAVRIX	SB	720 UE** Jeringa precargada 1.440 UE** Jeringa precargada

La duración de la protección esta todavía por definir pero se presume que será de larga duración, no precisando revacunaciones. A los viajeros a países donde la infección por VHA es endémica se recomiendan pautas más rápidas de inmunización (0 – 15 días).

La vacunación antihepatitis A debería ser universal pero debido a su coste se han definido unos grupos de riesgo, prioritarios, como son los viajeros a zonas endémicas, el personal de guarderías, el personal de las fuerzas armadas, los contactos familiares no inmunizados de pacientes afectos de hepatitis aguda A, los manipuladores de alimentos y los deficientes mentales ingresados en instituciones cerradas. En la actualidad, algunas comunidades han iniciado la vacunación universal de los adolescentes, utilizando vacunas combinadas antihepatitis A y B, que son eficaces frente a ambos virus y consiguen títulos de anticuerpos iguales a los obtenidos administrando las dos vacunas separadamente.

Hepatitis B. La prevención de la hepatitis B puede realizarse de forma pasiva con gammaglobulinas o de forma activa con vacunas específicas.

La inmunoglobulina estándar contiene pequeñas cantidades de antiHBs y no es eficaz. La inmunoglobulina hiperinmune contiene títulos elevados de antiHBs y es eficaz para disminuir las manifestaciones clínicas de la enfermedad pero no previene la infección. En la actualidad, al disponer de una vacuna antihepatitis B, la indicación de la gammaglobulina se ha limitado a situaciones especiales, combinada con la vacuna en la inmunización de hijos de madres portadoras del VHB y en forma aislada en la prevención de la recidiva de la infección por VHB tras el trasplante hepático.

Las primeras vacunas frente al VHB se desarrollaron en la década de los 70. Eran de origen plasmático y se obtenía de portadores crónicos del VHB, de las partículas esféricas y filamentosas que contienen únicamente HBsAg y por lo tanto no son infecciosas pero si inmunogenas.

Posteriormente se han desarrollado vacunas obtenidas mediante ingeniería genética, tan eficaces y seguras como las plasmáticas. Las pautas de inmunización son diferentes, en relación al tipo de vacuna y la edad del sujeto, pero en general se utilizan tres dosis de vacuna consiguiéndose una protección superior al 90%. No existen contraindicaciones a la vacuna antihepatitis B y puede administrarse a mujeres gestantes. En sujetos inmunodeprimidos y hemodializados, la tasa de respuesta es inferior.

La vacuna es útil tanto en la profilaxis pre-exposición como post-exposición.

La profilaxis pre-exposición esta indicada en sujetos de riesgo elevado como el personal sanitario, los pacientes en hemodiálisis, los hemofílicos, los homosexuales masculinos, y los ADVP. En los países de baja endemicidad, la inmunización de los grupos de riesgo no ha conseguido disminuir el número de casos de hepatitis B, por lo que en la actualidad se recomienda la vacunación universal de los recién nacidos y/o adolescentes.

La duración de la protección proporcionada por la vacuna es superior a 20 años y probablemente en sujetos inmunocompetentes no se precisarían dosis de recuerdo. Se ha observado que a pesar que los anticuerpos sean indetectables, la protección persiste, ya que se ha comprobado la reaparición o el incremento de los títulos de antiHBs después de una exposición al VHB.

Dosis recomendadas de las vacunas frente V.H.B. existentes en el mercado

	RECOMBIVAX HB		ENGERIX B	
	mcg	ml	mcg	ml
Recién nacidos de madres AgHBs(+)	5	0.5	10	0.5
Niños y menores de 15 años	5	0.5	10	0.5
Adolescentes de 15-19 años	5	0.5	20	1
Adultos sanos	10	1	20	1
Pacientes inmunodeprimidos o en diálisis	40	1	40	2

En sujetos inmunodeprimidos o inmunocompetentes que presentan una exposición continuada al VHB como los pacientes en hemodiálisis o las parejas estables de portadores del HBsAg se recomienda de forma sistemática administrar una dosis de recuerdo cada 5 años. En los pacientes en diáli-

sis deben determinarse de forma periódica los anticuerpos antiHBs y si estos desciendan a títulos inferiores al 10 mUI/ml se recomienda administrar una dosis de recuerdo.

Vacuna antihepatitis B

ESPECIALIDAD	LABORATORIO	PRESENTACIÓN
ENGERIX B	SB	10 mcg. Vial 0.5 ml 10 mcg. Jeringa precargada 0.5 ml 20 mcg. Vial 1 ml 20 mcg. Jeringa precargada 1 ml
RECOMBIVAX HB	Pasteur Merieux MSD	5 mcg. Jeringa precargada 0.5 ml 5 mcg. Vial 0.5 ml 10 mcg. Jeringa precargada 1 ml 10 mcg. Vial 1 ml 40 mcg. Vial 1 ml

En las personas no vacunadas que se exponen al VHB tras un pinchazo accidental con una aguja o tras un contacto sexual con un sujeto afecto de hepatitis aguda B se recomienda la profilaxis combinada.

Esta consiste en la administración simultánea de gammaglobulina hiperinmune, para obtener de forma rápida títulos elevados de antiHBs, y vacuna antihepatitis B, para lograr una inmunidad persistente. En los hijos de madres portadoras del HBsAg se recomienda la administración simultánea de una dosis de 0.5 ml IGHB y la vacuna antihepatitis B. La IGHB y la vacuna pueden administrarse de forma simultánea en distintos sitios.

Hepatitis delta. La prevención de la hepatitis D consiste en la profilaxis de la infección por el VHB. No existe una vacuna específica y la vacuna antihepatitis B previene de la infección por VHD.

Para los sujetos con mayor riesgo de adquirir una infección delta como los portadores crónicos del VHB no existe ninguna medida preventiva, a excepción de las medidas higiénicas y evitar la utilización de drogas por vía endovenosa ó la practica de relaciones sexuales promiscuas.

Hepatitis C. No se ha demostrado la eficacia de la inmunoglobulina estándar en la prevención de la hepatitis C postransfusional. Tampoco se dispone de una vacuna específica eficaz.

La medida más eficaz para disminuir la hepatitis postransfusional por VHC es el cribado de los donantes mediante la determinación de los anticuerpos anti-VHC. Con los test de ELISA de primera generación se con-

siguió una reducción del número de hepatitis C en los receptores de sangre hasta el 0.9% y con los ELISA de segunda y tercera generación la reducción es prácticamente total.

Otras medidas que se han utilizado para inactivar el VHC de los hemoderivados y productos de la coagulación han sido los tratamientos químicos.

No existe ninguna medida eficaz para evitar el contagio por vía sexual o por transmisión materno-filial. Ambas vías son muy poco eficaces para la transmisión del VHC y en la actualidad no se recomienda adoptar medidas profilácticas especiales, a excepción de los sujetos con anticuerpos antiVIH.

Hepatitis E. La prevención de la hepatitis E se basa en mejorar las condiciones generales de higiene y de potabilización del agua. No se dispone todavía de una vacuna eficaz.

RESUMEN

- Profilaxis de la hepatitis A: Gammaglobulina sérica (0.02 ml/Kg) en los expuestos (antes de 2 semanas del contacto).
Vacuna antihepatitis A (dos dosis, separadas por un mes).
- Profilaxis de la hepatitis B: Vacuna antihepatitis B (tres dosis, 0,1 y 6 meses). En situaciones de postexposición (pinchazo con material contaminado, recién nacidos de mujeres infectadas y contacto sexual con persona infectada) combinar vacunación con administración de una dosis de gammaglobulina específica antihepatitis B.
- Profilaxis de la hepatitis Delta:
Igual que para la hepatitis B.
- Profilaxis de la hepatitis C:
Cribado de anti VHC en donantes de sangre.
- Profilaxis de la hepatitis E:
Medidas higiénicas.

BIBLIOGRAFÍA

Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1999; 48: 1-37.

Bruguera M, Buti M, Diago M, et al. Indicaciones y prescripción de la vacuna de la hepatitis A en España. Informe de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. Med Clin (Barc) 1998; 111: 341-346.

Centers for Disease Control. Hepatitis B virus: A comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR 1991; 40:1-25.

Tholen S, Van Damme P, Leentvaar-Kuypers, et al. The first combined vaccine against hepatitis A and B: an overview. Vaccine 1999; 17: 1657-1662.