

POSTURA DEL CAVEI ANTE LA INCORPORACIÓN DE LA VACUNA CONTRA HEPATITIS A EN EL LACTANTE DE 18 MESES

En consideración de los siguientes antecedentes:

- La hepatitis A es una infección viral de transmisión fecal-oral cuyo único reservorio es el hombre, lo que la hace teóricamente erradicable.
- En Chile, la epidemiología de endemicidad intermedia favorece el desplazamiento del riesgo de enfermar a niños mayores y población adulta, grupos que tienen mayor riesgo de presentar casos sintomáticos, hepatitis fulminante y muerte. Paralelamente, es preciso considerar que:
 - En el país, el 80% de los casos ocurre en personas mayores de 15 años.
 - El grupo de 25 a 29 años presenta 17 veces más riesgo de infección.
 - Estudio de seroprevalencia de anticuerpos anti HA en grupos de nivel socio económico medio-alto demostró 75% de susceptibles entre 20 y 29 años y 47% entre 30 y 39 años¹.
 - La población adulta es la económicamente activa.
- La ocurrencia de casos de hepatitis A con falla hepática fulminante y necesidad de trasplante obliga a la consideración de los siguientes
 - Condición no es GES. La autorización o convenio institucional es con número limitado.
 - Datos de la Corporación del Trasplante:
 - El costo trasplante de hígado en Chile: 24 - 40 millones de pesos.
 - Dificultad de acceso a trasplante: 80 – 90 trasplantes hepáticos por año en cuatro centros. Lista de espera entre 100 – 150 pacientes.
 - Mortalidad anual de 32% en la lista de espera trasplante de hígado.
 - Costos terapia inmunosupresora post trasplante por mes: \$ 600.000.-
 - Riesgos asociados al procedimiento, rechazo, necesidad de re-trasplante (actualmente bajo en Chile).
 - Sobrevida del 85% al año post trasplante y 72% a los 5 años.
 - Riesgos asociados a la inmunosupresión y costos por atención de salud.
- La población chilena está expuesta a catástrofes naturales, fenómenos geológicos y meteorológicos impredecibles. Durante las catástrofes se produce interrupción de servicios

¹ Zacarías, J. Et al 2004. Estudio de anticuerpos IgG de virus de hepatitis A en una población de 20 a 49 años, / pertenecientes al estrato económico medio-alto (ABC1) de la Región Metropolitana. Gastroenterol. latinoam;15(3):186-190.

básicos que aumenta el riesgo de infección por virus hepatitis A. Además, la destrucción de caminos o carreteras dilatan la llegada de asistencia sanitaria, entre otros problemas. Durante estos eventos, las medidas de prevención han incluido la vacunación contra hepatitis A en zonas de catástrofe, aun con las dificultades logísticas que significa aplicar estas medidas en condiciones estructurales desfavorables.

- Nuevos mecanismos de adquisición de la infección se han sumado al perfil de los casos de hepatitis A en Chile. El actual brote de Hepatitis A— años 2016 y 2017— presenta concentración de casos en hombres adultos jóvenes. Un factor de riesgo identificado en el actual brote es el de hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Durante el actual brote se ha presentado 1 caso de hepatitis fulminante trasplantado de hígado Junio 2017.
- Existe dificultad para el entrenamiento en sospecha clínica de un cuadro de hepatitis A y el acceso al diagnóstico de laboratorio presenta limitaciones que impiden conocer la real magnitud del problema.
- En otros países latinoamericanos, tales como Argentina y México, la introducción de la vacunación programática contra la hepatitis A ha demostrado reducir la morbilidad y mortalidad secundaria por esta causa.

Y de los estudios y recomendación OMS:

- Incorporación VHA Argentina 2005 esquema una dosis: 85,1% de ahorro en costo medico-social y 2,6% de ahorro global, aún considerando los costos del programa de vacunación².
- Análisis costo beneficio en Chile con dos dosis, esquemas 18 y 24 meses ó 18 y 54 meses: evitaría más del 86% de casos en ambos grupos y sus contactos. La recuperación de la inversión total tomaría 20 años³.
- Estudio de costo efectividad para México presenta resultados favorables para la introducción programática de la vacuna contra hepatitis A tanto en esquema de 1 dosis como de 2 dosis, entre otros resultados⁴.

² Vizzotti, C. et al 2015. Economic analysis of the single-dose immunization strategy against hepatitis A in Argentina. *Vaccine* (33), S1: A227-A232

³ Valenzuela, MT. et al. 2005. Cost-effectiveness of universal childhood hepatitis A vaccination in Chile. *Vaccine*;23(32):4110-9

⁴ Carlos, F. et al 2016. Health economic assessment of universal immunization of toddlers against Hepatitis A Virus (HAV) in Mexico. *Hum Vaccin Immunother*; 12(1): 52–63.

- Posición de la Organización Mundial de la Salud sobre vacunas contra Hepatitis A⁵ (extractos):

La OMS recomienda integrar la vacunación contra el VHA en el calendario nacional de inmunización para los niños de 1 año en adelante si la vacuna está indicada en función de la incidencia de hepatitis A aguda, del paso de una endemicidad alta a una intermedia y de la relación coste-efectividad de la intervención.

...[exceptuando grupos de riesgo] Los programas de inmunización nacionales pueden estudiar la inclusión en sus calendarios vacunales de una dosis única de una vacuna antihepatítica A inactivada. Esta opción parece ofrecer una efectividad comparable a la de la pauta clásica de dos dosis, y resulta menos costosa y más fácil de aplicar.

El CAVEI respalda la incorporación de la vacunación programática contra Hepatitis A en niños de 18 meses en esquema de 1 dosis.

*Comité Asesor en Vacunas e Inmunizaciones de Chile
Santiago, 20 de julio 2017*

⁵ Organización Mundial de la Salud 2012. Vacunas contra la hepatitis A. Documento de posición de la OMS. Boletín Epidemiológico semanal. N.º 28-29, 2012, 87, 261-276