

Hepatitis A: elevada susceptibilidad en nuestra población joven



Hepatitis A: High susceptibility in our young population

Sr. Editor:

Hemos leído el interesante artículo de García-Comas et al.¹ sobre la seroprevalencia de anticuerpos frente al virus de la hepatitis A (VHA); conocedores de que son estudios costosos en tiempo y recursos, quisiéramos aportar nuestros datos de seroprevalencia de hepatitis A en el Departamento de Salud 2 de Castellón, con una población de 288.760 habitantes (Padrón Municipal 2010). Partimos de los registros de los años 2002 a 2014 del Laboratorio de Microbiología del Hospital General Universitario de Castellón, y planteamos los motivos para que se considere la adopción de la vacunación universal frente al VHA en nuestro medio.

En dicho periodo analizamos los anticuerpos anti-VHA-IgG de 31.333 pacientes mediante diferentes ensayos ELISA de Abbott Diagnostics. En la [tabla 1](#) se detallan los resultados obtenidos agrupados por edad. Nuestros datos indican una elevada susceptibilidad al VHA en nuestra población; en ella, al menos el 80% de los menores de 20 años y el 50% de los menores de 35 podrían adquirir la

Desde 1992 disponemos de vacunas frente el VHA que son efectivas, no excesivamente costosas y con pocos efectos secundarios. Dos dosis de vacuna protegen a más del 90% de los vacunados durante un tiempo variable, con frecuencia superior a 20 años⁸.

La vacunación de grupos en riesgo, como se recoge en las recomendaciones 2015 del calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría⁹, puede disminuir los casos, pero no representa una solución integral. En diferentes zonas del país se vacunó a la población infantil masivamente contra la enfermedad con resultados que han permitido descender significativamente la incidencia de la hepatitis A¹⁰.

Frente a estas consideraciones (alta susceptibilidad en jóvenes, transmisión mantenida, proximidad de áreas de alta endemia de la enfermedad, riesgo imprevisto, control difícil, coste-beneficio de la vacuna) concluimos que sería oportuno adaptar un programa amplio de vacunación frente al VHA que cubra, al menos, la vacunación desde los 12 meses a los 20 años, y la inclusión de la vacuna en el calendario de vacunación sistemática para su administración entre los 5 y los 14 años, en función de los resultados de modelos matemáticos para definir la edad en que comportaría una mayor eficiencia.

Tabla 1

Prevalencia de anticuerpos antivirales de la hepatitis A IgG por grupos de edad. Departamento de Salud 2 de Castellón, 2002-2014

Grupos de edad (años)	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	≥ 65
Pacientes, n	417	266	363	1.284	2.420	3.846	4.110	3.889	3.326	2.873	2.328	1.806	1.318	3.087
VHA IgG+, n	68	59	81	223	705	1.630	1.968	2.060	2.114	2.212	2.087	1.734	1.286	3.051
Prevalencia, %	16,3	22,2	22,3	17,4	29,1	42,4	47,9	52,8	63,6	77,0	89,6	96,0	97,6	98,8

<20 años: prevalencia de anticuerpos antivirales de la hepatitis A IgG: 18,5%.

enfermedad a partir de los casos que aparecen esporádicamente y que hacen posible la producción de brotes epidémicos. Considerando la diferente metodología del estudio de García-Comas et al., nuestros resultados indican una mayor prevalencia de anticuerpos anti-VHA-IgG en los menores de 20 años, evidenciando una mayor circulación de la hepatitis A en nuestro departamento².

Las notificaciones de hepatitis A en España entre los años 2010-2014, aunque menores que durante 2003-2009, presentan una mediana de 623 casos y una tasa de incidencia de 1,3 por 100.000 habitantes³; se ha indicado en el área mediterránea una mayor incidencia de hepatitis A con numerosos brotes en Cataluña y en la Comunidad Valenciana⁴. En nuestra zona, la mediana del periodo 2010-2014 fue de 5 casos, todos confirmados por laboratorio, con una incidencia de 1,1 por 100.000 habitantes. Estos datos indican que la transmisión es limitada pero mantenida.

La existencia en España de zonas con circulación del virus⁵, la transmisión por alimentos capaces de transportar viable el VHA (moluscos, frutas, verduras, etc.), el contacto directo en poblaciones escolares y colectivos en riesgo, fundamentalmente si incluyen población emigrante, la presencia de casos asintomáticos en niños pequeños, la cercanía de zonas usuales de la infección como el Magreb, la frecuencia de viajes internacionales de recreo o trabajo a zonas endémicas, entre otras, suponen un riesgo, mantenido e imprevisto, que explica la aparición de brotes de hepatitis A difíciles de controlar^{6,7}.

Bibliografía

- García-Comas L, Ordobás M, Sanz JC, Ramos B, Arce A, Barranco D. Estudio poblacional de seroprevalencia de anticuerpos frente al virus de la hepatitis A en la Comunidad de Madrid, 2008-2009. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34:33-8.
- Bellido-Blasco JB, Arnedo-Pena A, Gil-Fortuño M, Bracho A, Pardo-Serrano F, Romeu-García MA, et al. Brotes de hepatitis A en Castellón: importancia de los inmigrantes que visitan a familias en zonas endémicas («Visiting relatives and friends», VRF). *Gac Sanit.* 2013;27(Espec Congr 2):140-1.
- Boletín Epidemiológico semanal 2010-2014. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Situación de la hepatitis A en España. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid: Instituto de Salud Carlos III [consultado 24 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/enfermedades-declaracion-obligatoria-series-temporales.shtml>
- Gómez-Barroso D, Varela C, Ramis R, del Barrio JL, Simón F. Space-time pattern of hepatitis A in Spain, 1997-2007. *Epidemiol Infect.* 2012;140:407-16.
- Polo D, Varela MF, Romalde JL. Detection and characterization of hepatitis A virus and norovirus in Spanish authorized shellfish harvesting areas. *Int J Food Microbiol.* 2015;193:43-50.
- Arnedo A, Herrero C, Silvestre L, Safont L, Pardo F, Romeu MA, et al. Brote de hepatitis A por consumo de tellinas importadas del Perú. Departamentos 2 y 3 de Castellón. *Gac Sanit.* 2010;24:105-6.
- Severi E, Verhoef L, Thornton L, Guzman-Herrador BR, Faber M, Sundqvist L, et al. Large and prolonged food-borne multistate hepatitis A outbreak in Europe associated with consumption of frozen berries, 2013 to 2014. *Euro Surveill.* 2015;20:21192 [consultado 30 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V20N29/art21192.pdf>

8. Cortés I, Pérez-Camarero S, del Llano J, Peña LM, Hidalgo-Vega A. Systematic review of economic analyses of available vaccines in Spain from 1990 to 2012. *Vaccine*. 2013;31:3473–84.
9. Moreno-Pérez D, Álvarez García FJ, Arístegui Fernández J, Cilleruelo Ortega MJ, Corretger Rauet JM, García Sánchez N, et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2015. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82:44.e1–44.e12. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/calendario-vacunaciones-asociacion-espanola-pediatria/articulo/S1695403314005128/>
10. Martínez A, Broner S, Sala MR, Manzanares-Laya S, Godoy P, Planas C, et al. Changes in the epidemiology of hepatitis A outbreaks 13 years after the introduction of a mass vaccination program. *Hum Vaccin Immunother*. 2015;11:192–7. <http://dx.doi.org/10.4161/hv.35861>.

Alberto Arnedo-Pena^a, Joan Puig-Barberà^b
y Francisco Pardo-Serrano^{c,*}

- ^a Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Castellón, Castellón, España
^b Sección de Programas de Salud, Centro Salud Pública de Castellón, Castellón, España
^c Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: pardo_fra@gva.es (F. Pardo-Serrano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.09.016>

Influenza infection in ICU



La infección por gripe en la UCI

Dear editor, the recent report on “influenza infection in ICU” is very interesting¹. Pérez-Carrasco et al. concluded that “influenza infection screening should be considered in all SARI patients¹.” Indeed, influenza is a big problem worldwide and the infection can be seen at any time and place. The epidemiology of influenza in different setting is different and there is also seasonal change. The present report also showed that “influenza SARI was mainly caused by subtype A(H1N1)pdm09 and A(H3N2) in post-pandemic seasons, and no differences were observed in ILI and mortality rate compared with a pandemic season¹.” Based on this data, an interesting observation is the existence of circulation of subtype A(H1N1)pdm09. In fact, after the pandemic, it is no doubt that the incidence of subtype A(H1N1)pdm09 decreases but it should not it can still be seen at a high rate². In additional, the molecular survey also showed the continuous mutation observation in the virus³. Hence, the continuous surveillance is still required⁴. Finally, it should be noted that the physician in charge should not forget the other viral infections that can be seen at the same time of existence of influenza virus⁵.

Conflict of interest

No .

Bibliografía

1. Pérez-Carrasco M, Lagunes L, Antón A, Gattarello S, Laborda C, Pumarola T, Rello J, CRIPS investigators. Influenza infection in the intensive care unit: Four years after the 2009 pandemic. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34:177–83.
2. Yang L, Chan KH, Suen LK, Chan KP, Wang X, Cao P, He D, Peiris JS, Wong CM. Impact of the 2009 H1N1 Pandemic on Age-Specific Epidemic Curves of Other Respiratory Viruses: A Comparison of Pre-Pandemic Pandemic and Post-Pandemic Periods in a Subtropical City. *PLoS One*. 2015;10:e0125447.
3. Tran DN, Pham TM, Ha MT, Hayakawa S, Mizuguchi M, Ushijima H. Molecular epidemiology of influenza A virus infection among hospitalized children in vietnam during post-pandemic period. *J Med Virol*. 2015;87:904–12.
4. Lim C, Ang LW, Ma S, Lai FY, James L, Cutter J. Comparison of severely ill patients with influenza A(H1N1)pdm09 infection during the pandemic and post-pandemic periods in Singapore. *Vaccine*. 2015;33:615–20.
5. Navarro-Marí JM, Pérez-Ruiz M, Galán Montemayor JC, Marcos Maeso MÁ, Reina J, de Oña Navarro M, Cilla Eguiluz CG. Circulation of other respiratory viruses and viral co-infection during the 2009 pandemic influenza. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30 Suppl 4:25–31.

Viroj Wiwanitkit

Visiting professor, Hainan Medical University, China; visiting professor, Faculty of Medicine, University of Nis, Serbia; adjunct professor, Joseph Ayobabalola University, Nigeria; honorary professor, Dr DY Patil Medical University, India; professor, senior expert, Surin Rajabhat University, Surin Thailand
 Correo electrónico: wviroj@yahoo.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.06.003>