



Comité
Asesor de
Vacunas

MANUAL DE VACUNAS EN LÍNEA DE LA AEP

Publicado en *Comité Asesor de Vacunas de la AEP* (<https://vacunasaep.org>)

28. Hepatitis A

SECCIÓN IV. Vacunas de la A a la Z

Actualizado en julio de 2018

Capítulo 28 - Hepatitis A

1. [Puntos clave](#)
2. [Introducción](#)
3. [Epidemiología de la enfermedad](#)
4. [Tipos de vacunas, composición y presentación](#)
5. [Inmunogenicidad, eficacia y efectividad](#)
6. [Vías de administración](#)
7. [Indicaciones y esquemas de vacunación](#)
8. [Situaciones especiales](#)
9. [Administración con otras vacunas y otros productos](#)
10. [Efectos adversos](#)
11. [Precauciones y contraindicaciones](#)
12. [Bibliografía](#)
13. [Enlaces de interés](#)
14. Tablas incluidas en el capítulo:

Sugerencia para la citación: Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Hepatitis A. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; jul/2018. [consultado el dd/mmm/aaaa]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-28>



1. Puntos clave

- De modo distinto a lo que ocurre en los niños mayores y en los adultos, en niños menores de 6 años, más del 90 % de las infecciones por el virus de la hepatitis A (VHA) son asintomáticas.
- En países de alto nivel socioeconómico la infección por el VHA cada vez se produce a edades más avanzadas, lo cual implica que la gravedad de los casos sea mayor.
- En España ha aumentado la incidencia de hepatitis A notificada en los últimos años, aunque más en adultos y sobre todo, en varones que tiene relaciones sexuales con otros varones.
- La epidemiología de la infección y la enfermedad en comunidades y países con programas de vacunación universal indican que la vacunación proporciona protección indirecta a los no vacunados (inmunidad de grupo).
- La vacunación universal de la población infantil es la mejor estrategia para el control de la hepatitis A en una comunidad.
- Los niños no vacunados que pertenezcan a algún grupo de riesgo (viajeros a países endémicos, inmigrantes y sus hijos que van de vacaciones al país de origen, niños que presentan trastornos de la coagulación, hepatopatía crónica, administración indefinida de fármacos potencialmente hepatotóxicos o que van a someterse a un trasplante hepático) deben ser vacunados.
- La vacunación es la estrategia de elección para la profilaxis posexposición en niños no vacunados. Debe administrarse antes de que hayan transcurrido 14 días desde la exposición.



2. Introducción

La hepatitis A es una enfermedad de distribución mundial, cuya incidencia es mayor en áreas geográficas con malas condiciones higiénico-sanitarias. Generalmente, el curso de la enfermedad es autolimitado, pudiendo manifestarse con síntomas digestivos como fiebre, malestar general, vómitos e ictericia. A pesar de esta autolimitación, las manifestaciones extrahepáticas y la mortalidad no son infrecuentes, por lo que los casos deben seguirse hasta la recuperación total. La infección confiere inmunidad permanente.

La transmisión del virus de la hepatitis A (VHA) es fecal-oral, por lo que el lavado cuidadoso de manos constituye la principal medida preventiva. Existen otros modos de transmisión menos frecuentes, como a través de transfusiones de sangre o hemoderivados, uso compartido de jeringuillas o

determinadas prácticas sexuales.

Las vacunas actualmente autorizadas son preparados de VHA inactivados con formaldehído y la edad mínima autorizada para su administración es a partir de los 12 meses de edad, aunque puede estar justificado el adelantamiento a partir de los 6 meses en determinadas circunstancias (ver más adelante, apartado 7).



3. Epidemiología de la enfermedad

El hombre es el principal reservorio del virus. El período de incubación oscila entre 15 y 50 días y la vía de transmisión fundamental es la fecal-oral mediante el contacto directo con personas que excretan el virus o a través del consumo de alimentos o agua contaminados. También puede transmitirse a través de las relaciones sexuales que impliquen contacto oro-anal. En raras ocasiones se ha descrito transmisión después de haber tenido exposición a sangre o derivados hem. El periodo de contagio se extiende desde 2 semanas antes del inicio de las manifestaciones clínicas hasta una semana después de la aparición de la ictericia.

En general, todos los países de bajo nivel socioeconómico muestran una endemicidad alta o moderada de hepatitis A.

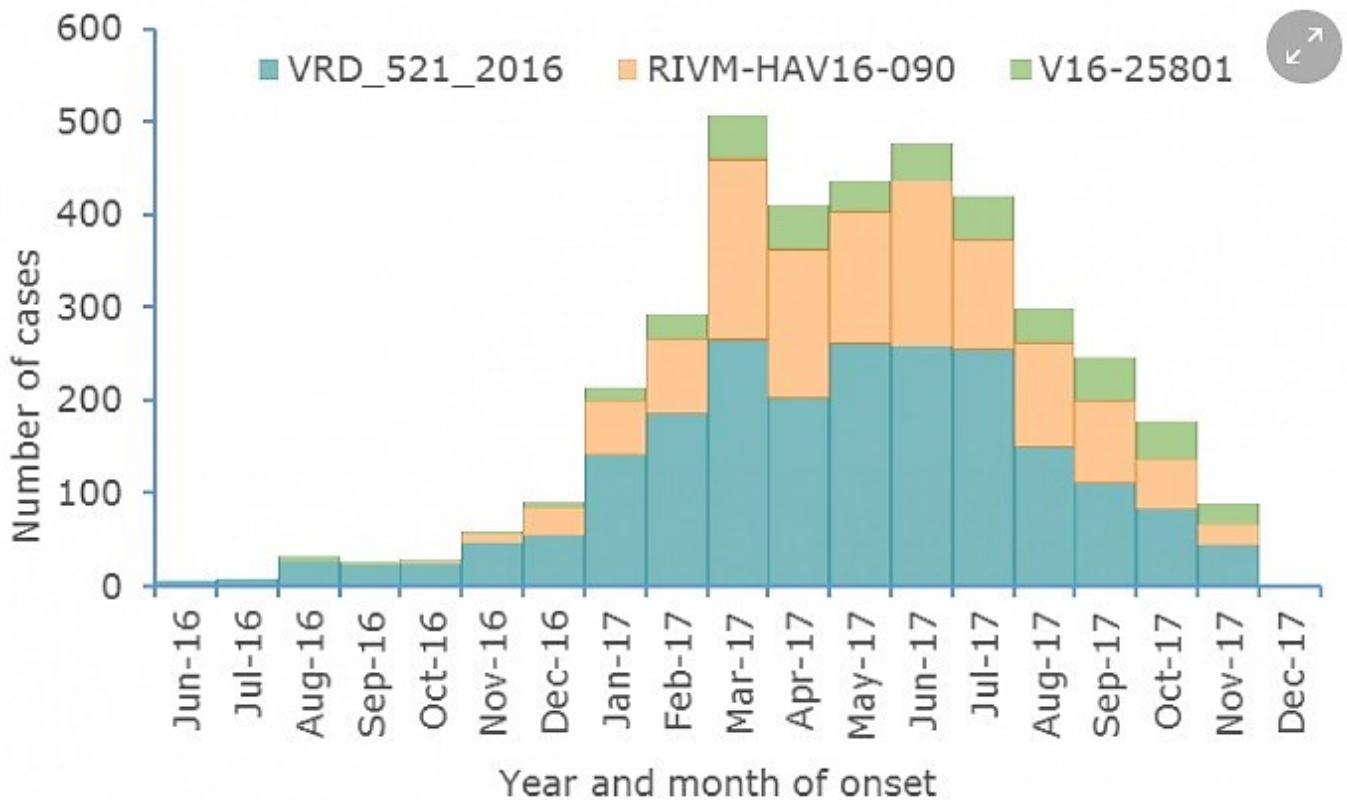
- [Consultar planisferio](#) con los países o áreas de riesgo moderado o alto de hepatitis A en el mundo, 2012 (OMS).
- [Consultar mapa de Europa](#) con la distribución de las tasas crudas de notificación de hepatitis A en los países de la Unión Europea, 2015 (ECDC).

Epidemiológicamente, España pertenece a un área de baja seroprevalencia de infección por el virus de la hepatitis A (VHA) (<50 % de población inmune a los 30 años), en los últimos años ha habido una escasa circulación del virus y por esto el riesgo de contraer la infección ha sido habitualmente bajo, a pesar de la elevada proporción de individuos susceptibles. La enfermedad ocurre principalmente en adolescentes y adultos pertenecientes a los grupos con alto riesgo de hepatitis A. El cambio epidemiológico más importante observado es el desplazamiento de la infección por el VHA, en la cual es más frecuente la enfermedad sintomática, con aparición de ictericia hasta en un 70 % de los casos. También se producen brotes ocasionales causados por la ingestión de alimentos contaminados, así como brotes familiares y en colectividades cerradas a partir de portadores asintomáticos (guarderías).

En un reciente estudio publicado sobre factores de riesgo de padecer hepatitis A en Cataluña, tras la introducción del programa piloto de vacunación universal a los 12 años, en 1998, mostró una mayor tasa en varones que en mujeres, con la mayor diferencia en el grupo de edad de 20 a 34 años (tasa de 8,8 frente a 2,8). El mayor factor de riesgo fue viajar a un país endémico y el contacto sexual entre varones.

Desde mediados del año 2016 se ha apreciado un incremento en el número de casos en varios países de Europa (fig 28.1), siendo España uno de los países más afectados, llegando a tener más de 4000 casos declarados en 2017. Actualmente, un año después del repunte, sigue habiendo una cifra todavía alta comparada con los años previos al brote de 2017, cuando la situación además se agravó, debido al desabastecimiento temporal de las vacunas frente al VHA.

Figura 28.1 Distribución de los brotes confirmados de hepatitis A por mes, desde junio 2016 a diciembre 2017, en los países europeos (ECDC-UE/EEA).



Países incluidos: Alemania, Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Holanda, Grecia, Irlanda, Italia, Letonia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Portugal, Reino Unido, República Checa y Suecia.



4. Tipos de vacunas, composición y presentación

Todas las vacunas frente al virus de la hepatitis A se producen a partir de virus procedentes de cultivos *in vitro* de células diploides humanas, purificados mediante sistemas de ultrafiltración y cromatografía, e inactivados con formaldehído (tabla 28.1).

Tabla 28.1. Características de las vacunas frente a la hepatitis A.

	HAVRIX	VAQTA	TWINRIX adultos	TWINRIX pediátrico
Laboratorio fabricante	GlaxoSmithKline	MSD	GlaxoSmithKline	GlaxoSmithKline
Adyuvante	Hidróxido aluminio	Sulfato hidroxifosfato de aluminio amorfo	Hidroxido de aluminio Fosfato de aluminio	Hidroxido de aluminio Fosfato de aluminio
Dosis de antígeno VHA Formulación para adultos	HAVRIX 1440 ≥19 años 1440 unidades de ELISA	VAQTA 50 ≥18 años: 50 unidades ¹	TWINRIX adultos ≥16 años 720 unidades de ELISA	-
Dosis de antígeno VHA Formulación para niños y adolescentes	HAVRIX 720 1-18 años 720 unidades de ELISA	VAQTA 25 1-17 años: 25 unidades ¹	-	TWINRIX pediátrico 1-15 años 360 unidades de ELISA
Dosis µg de HBsAg²	-	-	20	10
Presentación y reconstitución	Suspensión inyectable en jeringa precargada	Suspensión inyectable en jeringa precargada	Suspensión inyectable en jeringa precargada	Suspensión inyectable en jeringa precargada
Volumen por dosis (ml)	HAVRIX 1440 1 ml HAVRIX 720 0,5 ml	VAQTA 50 1 ml VAQTA 25 0,5 ml	1 ml	0,5 ml
Pauta de vacunación	0, 6-12 meses	0, 6-18 meses	0, 1, 6 meses	0, 1, 6 meses

¹ **1 Unidad:** 1 µg de antígeno VHA.

² **HBsAg:** antígeno de superficie del virus de la hepatitis B.

Conservación y transporte

Las vacunas frente al virus de la hepatitis A se deben conservar y transportar a temperaturas entre +2 °C y +8 °C, y mantenerse protegidas de la luz. La congelación inactiva a las vacunas.



5. Inmunogenicidad, eficacia y efectividad

Son vacunas muy inmunógenas, alcanzándose, tras 2 dosis, títulos de anticuerpos protectores semejantes a los obtenidos tras la infección natural. Aunque poco después de la segunda dosis las concentraciones de anticuerpos declinan rápidamente, se estima que concentraciones superiores a 20 mUI/ml persistirán un mínimo de 20-25 años, lo que asegura una larga duración de la protección conferida por la vacuna.

Eficacia

En los ensayos clínicos aleatorizados realizados, la eficacia protectora ha oscilado entre el 94 y el 100 %.

Efectividad e impacto

Los estudios realizados para evaluar la efectividad de la vacunación coinciden en mostrar valores muy elevados, próximos al 100 %. En Cataluña, en el año 1998, se decidió poner en marcha un programa piloto de vacunación antihepatitis A en los preadolescentes de 12 años. La evaluación efectuada 7 años después del comienzo del programa mostró una efectividad del 99 % (IC 95 %: 93,11-99,9) en la prevención de la enfermedad clínica en las cohortes vacunadas, en comparación con las cohortes no vacunadas.

El impacto de la vacunación frente a la hepatitis A en los EE. UU. ha sido muy positivo. En las poblaciones nativas de Alaska, la incidencia de la enfermedad se ha reducido en un 97 % y en el Butte County de California, la vacunación redujo la incidencia de la enfermedad en un 94 % entre 1995 y 2000. En 1999 se recomendó la vacunación universal de los niños en aquellos estados que tuvieran elevadas tasas de incidencia de la hepatitis A. Los estados que adoptaron la vacunación universal tuvieron una reducción en la incidencia de la enfermedad entre 1990-1997 y 2003 del 88 %, porcentaje bastante más elevado que el 55 % observado en los estados que no adoptaron la vacunación. Actualmente, en EE. UU. se recomienda la vacunación universal frente a la hepatitis A en todos los estados.

En la región italiana de Puglia se han obtenido igualmente muy buenos resultados con la vacunación universal y en Israel, donde se administra la vacuna de manera universal en el segundo año de vida, además de haberse observado una disminución importante en las tasas de incidencia de todos los grupos de edad, han desaparecido los brotes en guarderías y centros escolares.



6. Vías de administración

La vía de administración es intramuscular profunda en el deltoides. En niños entre 1 y 2 años la vacuna debe administrarse en la región anterolateral externa del muslo. No debe administrarse por vía endovenosa.

Está contraindicada en el glúteo según la ficha técnica. No se recomienda la vía subcutánea, ya que la respuesta inmunitaria puede ser menor, aunque en pacientes con problemas de coagulación se podría administrar por esta vía. En cualquier caso, si se administrase subcutáneamente puede considerarse dosis válida, según recomiendan los CDC.



7. Indicaciones y esquemas de vacunación

La primovacunación consiste en una única dosis. Debe administrarse una dosis de recuerdo 6 meses después, al menos, para prolongar la inmunidad durante largo tiempo.

Si se utiliza la vacuna combinada de hepatitis A+B, hay que administrar 3 dosis (0, 1 y 6 meses). También puede realizarse una pauta rápida de 4 dosis (0, 7, 21-30 días y 12 meses), especialmente indicada en personas con riesgo de infección en fechas próximas (en la ficha técnica solo autorizada para la presentación de adultos).

No están indicados cribados serológicos prevacunales. En España, según el criterio de edad, podría estar indicado el cribado en personas en riesgo de infección mayores de 40 años. En los menores de 40 años sería más eficiente la vacunación directa, sin cribado serológico previo.

Dada la elevada inmunogenicidad de la vacuna, no se recomienda rutinariamente el examen de anticuerpos posvacunación, aunque podría considerarse en pacientes con inmunodeficiencias.

Actualmente, en nuestro país, en todas las CC. AA., excepto Cataluña, Ceuta y Melilla, la estrategia de vacunación frente a la hepatitis A se basa en la vacunación selectiva de grupos con riesgo incrementado, siguiendo las recomendaciones del Grupo de trabajo de la Ponencia y Registro de

Vacunaciones del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Debido a la situación de desabastecimiento de suministro a nivel mundial de la vacuna frente al VHA (tanto en la presentación de adultos como en la infantil), la vacunación preexposición se ha limitado temporalmente a grupos de riesgo incluidos en el documento antes citado. El suministro se está restableciendo a lo largo de 2018.

La **vacunación preexposición** está indicada en:

- Personas que viajan a zonas de alta o intermedia endemicidad de hepatitis A, especialmente si han nacido con posterioridad a 1966 y si se desplazan a zonas rurales o con condiciones higiénico-sanitarias deficientes.
- Niños inmigrantes que visitan sus países de origen que tienen una endemicidad intermedia o alta y contactos estrechos de niños adoptados de estas áreas.
- Personas con procesos hepáticos crónicos o en tratamiento mantenido con fármacos hepatotóxicos o con hepatitis B o C que, a pesar de no tener un mayor riesgo de infección, sí lo tienen de sufrir una hepatitis A fulminante si adquieren el virus.
- Personas que han recibido o están a la espera de recibir un trasplante hepático.
- Receptores de hemoderivados, como los hemofílicos.
- Niños y adolescentes candidatos a trasplantes de órganos.
- Contactos domiciliarios y cuidadores de pacientes con infección por VHA.
- Niños y adolescentes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Personas que presentan estilos de vida que suponen un mayor riesgo de infección: por ejemplo, hombres que practican sexo con hombres o profesionales sexuales o bien usuarios de drogas por vía parenteral.
- Personas con un mayor riesgo ocupacional: manipuladores de alimentos, personal que trabaja en guarderías infantiles y personal sanitario y residentes de instituciones asistenciales.
- Personas con síndrome de Down y sus cuidadores.

Se incluye la recomendación de vacunar al personal de guarderías infantiles (educadores, personal de limpieza y cocina, etc.), debido a la existencia de casos asintomáticos en los niños que acuden a las mismas y a la facilidad de transmisión y contagio que presentan estos niños que no controlan esfínteres; sin embargo, el uso de la vacuna no debería limitarse solo a estos trabajadores, sino que podría ampliarse a los niños, para su propia protección y la de sus familiares y contactos domésticos.

En España, el papel de las guarderías en la difusión del virus de la hepatitis A está subestimado. Las guarderías que atienden a niños con pañales tienen más probabilidad de experimentar brotes de esta enfermedad. Por esta razón, los niños mayores de 12 meses que acuden a guardería deberían recibir la vacuna contra la hepatitis A. Idealmente, la vacunación se realizará antes del acceso a las guarderías. Los niños que acudan a edades más tempranas no podrán ser vacunados hasta que cumplan los 12 meses, edad mínima recomendada para la administración de la vacuna.

La pauta de vacunación en ambos tipos de profilaxis (pre y posexposición, esta última comentada más adelante) consiste en 2 dosis, a partir de los 12 meses de edad, con un intervalo de, al menos, 6 meses entre ellas. Para los viajeros se recomienda que la 1.^a dosis se administre, como tarde, un mes antes del viaje a la zona endémica.

Recientemente (febrero 2018) el ACIP de los Estados Unidos ha recomendado el uso de la vacuna contra la hepatitis A, en lugar de inmunoglobulina (Ig) inespecífica, en lactantes de 6-11 meses de edad cuando viajan a zonas de riesgo. Ello es debido a la posible interferencia de las Ig cuando se recomienda para la protección contra la infección por VHA con la administración simultánea de la vacuna triple vírica, que también se aconseja para estos lactantes antes del viaje internacional. El uso de la vacuna contra la hepatitis A, en lugar de Ig, elimina este problema y, al igual que sucede con la vacuna triple vírica, estos niños deben recibir las dosis apropiadas de las vacunas después de cumplir los 12 meses de edad, es decir, la vacuna administrada entre los 6 y 11 meses de edad no es una dosis válida y no cuenta para la serie vacunal recomendada frente al VHA.

En cuanto a la duración de la protección, diversos trabajos publicados han mostrado la persistencia de anticuerpos protectores durante un periodo de 11 a 17 años, tras la administración de 2 dosis de vacuna frente a la hepatitis A. Algunos autores consideran posible un esquema vacunal de una sola dosis y así se está haciendo en algunos países sudamericanos.

Existen numerosos países, regiones y ciudades con programas de vacunación universal en la edad infantil, destacando (según datos de la OMS, en julio de 2018):

- América: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Estados Unidos, Panamá y Paraguay.
- Europa: Eslovenia, Grecia, Kazajistán, Minsk (Bielorrusia), Puglia (Italia), San Marino y Turquía.
- Oceanía: Australia.
- En Asia: Arabia Saudí, Bahrein, China, República de Corea, Israel y Mongolia.
- África: ningún país actualmente.

Como se ha comentado previamente, en España, Cataluña, Ceuta y Melilla incorporaron hace años la vacunación universal a sus calendarios de vacunación pediátricos. Ceuta y Melilla incluyeron en el año 2000 la vacunación universal frente a la hepatitis A en niños en el segundo año de vida. Cataluña instauró en 1998 un programa piloto de vacunación universal frente a la hepatitis A en los adolescentes de 11-12 años, aplicándola en las escuelas en forma de vacuna combinada frente a las hepatitis A y B. Con esta medida, la efectividad frente a la hepatitis A ha sido muy importante, con una reducción del 97 % en la incidencia de casos en las cohortes vacunadas y con disminuciones importantes en las no vacunadas, probablemente como consecuencia de la inmunidad de grupo. A partir de 2015, la vacunación universal frente a la hepatitis A, en Cataluña, pasó de ser un pilotaje a convertirse en sistemática y se realiza desde entonces administrando 2 dosis, una a los 15 meses y otra a los 6 años de edad. Los niños a los que se administra la primera dosis a los 6 años recibirán la segunda a los 11-12 años en la escuela, y hasta que las cohortes susceptibles estén vacunadas, se continuará vacunando a los 11-12 años, con dos dosis, en el ámbito escolar.

De la misma manera que ocurrió con la estrategia selectiva de la vacunación frente a la hepatitis B, la vacunación frente a la hepatitis A de la población de mayor riesgo tendrá muy poco impacto en la incidencia de la enfermedad, ya que solo se puede prevenir un pequeño porcentaje del total de casos. Únicamente la vacunación universal puede reducir de forma significativa la enfermedad. Además, al no existir un reservorio no humano, ni infecciones crónicas por el virus de la hepatitis A, la vacunación universal tiene el potencial de conseguir la eliminación de la enfermedad en una comunidad o país.

En resumen, el CAV-AEP mantiene actualmente la recomendación de vacunar frente a la hepatitis A a las personas con un riesgo incrementado de infección, a la vez que considera que, idealmente, la

vacunación universal de todos los niños podría ser la estrategia óptima para la eventual eliminación y control de esta enfermedad.



8. Situaciones especiales

Vacunación posexposición y control de brotes

Se recomienda utilizar la vacuna como profilaxis posexposición en las siguientes circunstancias:

1. Niños sanos de 12 meses de edad o más, si se administra antes de 14 días tras la exposición. Si bien se ha demostrado que una dosis es suficiente para prevenir la enfermedad, es recomendable administrar una segunda dosis 6 meses después, al menos. En inmunodeprimidos y pacientes con hepatopatía crónica debe administrarse además inmunoglobulina (Ig) polivalente. Si no está indicada la vacuna (p. ej. menores de 12 meses) se administrará solamente Ig.
2. Niños no vacunados y personal de guarderías cuando ocurre algún caso de hepatitis A entre los niños o entre el personal.
3. Niños no vacunados y personal de guarderías cuando se detectan casos en 2 o más familias de los niños que acuden al centro.
4. Miembros (<40 años) de las familias que llevan los hijos a una misma guardería o centro de preescolar, cuando se detectan casos en 3 o más familias.
5. Contactos (<40 años) de los casos que aparecen en una escuela o en un centro sanitario, cuando la investigación epidemiológica demuestra que ha habido transmisión en la escuela o en el centro sanitario.
6. En adultos >40 años, no existe mucha experiencia con la vacuna, y en profilaxis posexposición se recomienda mejor el empleo de la Ig, en vez de la vacuna, aunque no supone una contraindicación sino una precaución y, de hecho, el Ministerio, en personas de esta edad inmunodeprimidos o hepatópatas crónicos, recomienda la vacuna y la Ig conjuntamente.

En la exposición a fuente común (manipulador de alimentos) se recomienda la vacunación en los siguientes casos:

- Manipuladores de alimentos susceptibles del mismo establecimiento del caso índice.
- Personas susceptibles que hayan sido consumidores de alimentos manipulados por el caso índice, si la investigación epidemiológica indica riesgo de transmisión en un ámbito cerrado (escuela, hospital, cuartel, etc.).

La vacunación de los susceptibles también está indicada para el control de brotes comunitarios. La administración de la primera dosis de la vacuna debe hacerse lo antes posible y alcanzar coberturas del 70 % o más para controlar el brote.

La profilaxis posexposición no se recomienda en las siguientes circunstancias:

- Contactos escolares o laborales de un único caso. Solamente se hará en los contactos personales en caso de un brote en la escuela o en una clase.
- Personal sanitario expuesto a un paciente con hepatitis A: el cumplimiento riguroso de la higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y la aplicación de las precauciones de aislamiento son las medidas de prevención más eficaces en esta situación.

Revacunación

La duración exacta de la protección es desconocida. Se ha demostrado que los anticuerpos anti VHA persisten en niveles protectores durante, al menos, 20 años tras la administración de la vacuna y los modelos matemáticos de cinética de anticuerpos realizados indican que persisten anticuerpos durante 40 años o más. Dado que se ha demostrado que existe memoria inmunológica, aun cuando se produjera descenso de anticuerpos, la protección en caso de exposición al virus continuaría, de forma similar a lo que ocurre con la hepatitis B.



9. Administración con otras vacunas y otros productos

La administración concomitante de otras vacunas en lugares distintos y con otras jeringas no se considera que pueda interferir con la respuesta a la vacuna antihepatitis A.

Posibles interferencias con otros productos biológicos. Intercambiabilidad

Se puede administrar simultáneamente la vacuna y las inmunoglobulinas inespecíficas (Ig) siempre que se haga en lugares anatómicos distintos y con jeringas distintas. Por ello, las personas inmunodeprimidas y las personas con enfermedades hepáticas crónicas, que han de viajar a áreas endémicas durante las 2 semanas siguientes, deberían recibir una dosis de vacuna a la vez que la Ig y posteriormente deben completar la pauta de vacunación.

Si fuera necesario, la segunda dosis de refuerzo de la vacuna HA puede realizarse con un preparado comercial distinto al utilizado para la primera dosis.

Aunque la ficha técnica de Havrix establece 5 años como intervalo máximo recomendado para administrar la 2.ª dosis, debemos aplicar el criterio de “dosis puesta, dosis que cuenta” y la 2.ª dosis se aplicará, para completar la pauta, en cualquier momento pasados 6 meses, aunque hayan transcurrido más de 5 años.



10. Efectos adversos

Es una vacuna muy segura. Los efectos adversos suelen ser leves y autolimitados, y habitualmente son efectos de tipo local: dolor o enrojecimiento en el lugar de la inyección. Los efectos sistémicos se registran en menos del 10 % de los vacunados, y pueden consistir en cefaleas, fiebre, fatiga y trastornos gastrointestinales leves. La anafilaxia es excepcional.



11. Precauciones y contraindicaciones

Las contraindicaciones de las vacunas frente a la hepatitis A son las habituales de las vacunas inactivadas: reacción anafiláctica a una dosis previa, hipersensibilidad grave a algún componente de las vacunas disponibles, rango de edad fuera de lo establecido o presentar una enfermedad aguda grave en el momento de su administración.

La seguridad de la vacuna durante el embarazo no se ha estudiado en ensayos clínicos. Sin embargo, puesto que se trata de una vacuna preparada con un virus inactivado, aparentemente no existe riesgo de daño fetal, por lo que cuando esté indicada, el embarazo no debería ser motivo de contraindicación. Tampoco existe contraindicación para administrarla en mujeres durante la lactancia.

La vacuna no está contraindicada en pacientes con enfermedades crónicas o inmunosupresión. Aunque puede ser menos eficaz en personas inmunodeprimidas, proporciona cierta protección, por lo que debe administrarse si existe indicación.



12. Bibliografía

1. Aldea Novoa M, Bayas Rodríguez JM, Moraga-Llop F. Programas de vacunación universal contra la hepatitis A en el mundo. *Vacunas*. 2012;13:150-62.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Hepatitis A vaccine recommendations. *Pediatrics*. 2007;120:188-99.
3. Castrillejo D, Ruiz J, Gómez A, Rivas A. Hepatitis A. Una reflexión, desde la ciudad autónoma de Melilla, tras la introducción de la vacuna. *Newsletter Hepatitis A: Epidemiología*. 2011;1:15-19.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Nelson NP. Hepatitis A. *CDC Yellow Book 2018: Health Information for International Travel*. New York: Oxford University Press; 2017. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/infectious-diseases-related...>
5. 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;15:51-6.
6. Domínguez A, Oviedo M, Carmona G, Batalla J, Bruguera M, Salleras L, *et al*. Impact and effectiveness of a mass hepatitis A vaccination programme of preadolescents seven years after introduction. *Vaccine*. 2008;26:1737-41.
7. Domínguez García A, Salleras Sanmartí L. Hepatitis A. En: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). *Vacunas en Pediatría. Manual de la AEP 2012*, 5.ª ed. Madrid: Exlibris ediciones SL; 2012. p. 359-70.
8. Espul C, Benedetti L, Linares M, Cuello H, Rasuli A. Five-year follow-up of immune response after one or two doses of inactivated hepatitis A vaccine given at 1 year of age in the Mendoza Province of Argentina. *J Viral Hepat*. 2015;22:453-8.
9. Freeman E, Lawrence G, McAnulty J, Tobin S, MacIntyre CR, Torvaldsen S. Field effectiveness of hepatitis A vaccine and uptake of post exposure prophylaxis following a change to the Australian

guidelines. *Vaccine*. 2014;32:5509-13.

10. Godoy P, Carmona G, Manzanares S, Jane M, Borrás E, Camps N, *et al*. Trends and risk factors of hepatitis A in Catalonia after the introduction of a hepatitis A+B vaccination programme. *J Viral Hepat*. 2018 Mar 31 (Ahead of print)
11. Moro PL, Museru OI, Niu M, Lewis P, Broder K. Reports to the Vaccine Adverse Event Reporting System after hepatitis A and hepatitis AB vaccines in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210:561.e1-6.
12. Nelson NP, Trudy VM, McMahon BJ. Hepatitis A vaccination for post-exposure pro-phylaxis in persons aged 40 years and older. *Vaccine*. 2014;32:2939.
13. Ott JJ, Irving G, Wiersma ST. Long-term protective effects of hepatitis A vaccines. A systematic review. *Vaccine*. 2012;31:3-11.
14. Ott JJ, Wiersma ST. Single-dose administration of inactivated hepatitis A vaccination in the context of hepatitis A vaccine recommendations. *Internat J Infect Dis*. 2013;17:e939-44.
15. Plumb ID, Bulkow LR, Bruce MG, Hennessy TW, Morris J, Rudolph K, *et al*. Persistence of antibody to Hepatitis A virus 20 years after receipt of Hepatitis A vaccine in Alaska. *J Viral Hepat*. 2017;24:608-12.
16. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de vacunación frente a hepatitis A en grupos de riesgo. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional. 2017. Disponible en:
<http://msssi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/do...>
17. Racznik GA, Thomasc TK, Bulkowa LR, Negusd SE, Zanisa CL, Brucea MG, *et al*. Duration of protection against hepatitis A for the current two-dose vaccine compared to a three-dose vaccine schedule in children. *Vaccine*. 2013;31:2152-5.
18. Racznik GA, Bulkow LR, Bruce MG, Zanis CL, Baum RL, Snowball MM, *et al*. Long-term immunogenicity of hepatitis A virus vaccine in Alaska 17 years after initial childhood series. *J Infect Dis*. 2013;207:493-6.
19. Theeten H, Van Herck K, Van Der Meeren O, Crasta P, Van Damme P, Hens N. Long-term antibody persistence after vaccination with a 2-dose Havrix™ (inactivated hepatitis A vaccine): 20 years of observed data, and long-term model-based predictions. *Vaccine*. 2015;33:5723-7.
20. van Herck K, Crasta PD, Messier M, Hardt K, Van Damme P. Seventeen-year antibody persistence in adults primed with two doses of an inactivated hepatitis A vaccine. *Human Vaccines Immunotherap*. 2012;8:323-7.
21. van Herck K, Jacquet JM, Van Damme P. Antibody persistence and immune memory in healthy adults following vaccination with a two-dose inactivated hepatitis A vaccine: long-term follow-up at 15 years. *J Med Virol*. 2011;83:1885-91.
22. Vizzotti C, González J, Gentile A, Rearte A, Ramonet M, Cañero-Velasco MC, *et al*. Impact of the single-dose immunization strategy against hepatitis A in Argentina. *Pediatr Infect Dis J*. 2014;33:84-8.

23. Whelan J, Sonder GJ, Bovée L, Speksnijder A, van den Hoek A. Evaluation of hepatitis A vaccine in post-exposure prophylaxis, The Netherlands, 2004-2012. PLoS One. 2013;8:e78914.
24. WHO position paper on hepatitis A vaccines-June 2012. Weekly Epidemiol Rec. 2012;87:261-76.
25. World Health Organisation (WHO). WHO position paper on hepatitis A vaccines: June 2012—Recommendations. Vaccine. 2013;31:285-6.



13. Enlaces de Interés

- American Academy of Pediatrics. Immunization. Hepatitis A.
<https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/imm...>
- Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis A vaccination.
<https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hepa/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis A. Pink Book 2015. Chapter 9.
<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hepa.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis A. Yellow Book 2018. Chapter 3.
<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/infectious-diseases-related...>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Enfermedades inmunoprevenibles: hepatitis A.
<http://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/hepatitis-a>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Fichas técnicas de vacunas frente a la hepatitis A.
<http://vacunasaep.org/profesionales/fichas-tecnicas-vacunas/resultados?d...>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Preguntas frecuentes sobre la vacunación frente a la hepatitis A.
<http://vacunasaep.org/profesionales/pregunta-al-cav/hepatitis-a>
- European Centre for Disease Control and Prevention. Annual Epidemiological Report for 2015. Hepatitis A.
https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2015-hepatit...
- Public Health England. Immunisation against infectious disease. The Green Book. Hepatitis A.
<https://www.gov.uk/government/publications/hepatitis-a-the-green-book-ch...>
- Red Book, 30th Edition (2015). 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases, 30th Edition. Hepatitis A.
<http://ebooks.aappublications.org/content/red-book-30th-edition-2015>
- The Australian Immunisation HandBook. 10th Edition (updated August 2017). Hepatitis A.
<http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/Handbook10-home~handbook10part4~handbook10-4-4>

- WHO. Hepatitis A.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/index.html>
- WHO. Water-related diseases. Hepatitis.
http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases-risks/diseases/hepat...

-oOo-

Dirección URL original: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-28>