

Hepatitis de transmisión parenteral (B, C y D)

AA Dr. César Cabezas Sánchez

Si bien se menciona que los virus hepatitis B, C y D son de transmisión parenteral o lo que antes se llamaba sérica, fundamentalmente en lo que respecta a hepatitis B y D hay que destacar la transmisión horizontal y la vertical que son las más frecuentes en zonas endémicas, donde no hay lo que conocemos habitualmente por el uso de material quirúrgico contaminado o transfusiones de sangre, etc. También mencionar que este virus es bastante complejo existiendo 8 genotipos en el mundo de la A, a la H, que están basados en una variación de más del 8% en su secuencia genética. Sin embargo, una noticia buena es que, pese a estos 8 genotipos en el mundo, la vacuna con la que contamos es eficaz y no se han reportado casos de no respuesta a la vacuna que disponemos actualmente, sea de segunda o tercera generación.

En el Perú, el genotipo que circula de hepatitis B es el genotipo F, subtipo adw4, lamentablemente. Y el virus Delta, es un virus que es parásito en el sentido estricto de la palabra porque depende del B, no puede existir solo pues utiliza el antígeno de superficie del Virus B para poder entrar al hepatocito, es su “caballito de Troya”.

Hay las formas de superinfección en un paciente que es portador crónico, es decir, con más de 6 meses de infección crónica por el virus B, y posteriormente adquiere el Delta, lo que se llama la superinfección y la coinfección que ocurre cuando ambos virus entran al mismo tiempo. La diferencia de estas formas de transmisión, es que cuando hay una superinfección va a haber más casos de hepatitis fulminante. Es lo que se veía en Abancay en Huanta, en estas zonas hiperendémicas, también en Quillabamba, donde en una familia de 10 miembros había 5 o 6 portadores crónicos, entraba el virus Delta y se morían 4 en un solo momento, de hepatitis fulminante.

Eso se explica porque estaba ocurriendo una infección de este tipo, una superinfección. La coinfección está más asociada a aparición precoz de carcinoma hepatocelular, reportándose casos a edades tan tempranas como los 14 o 15 años, en contraste con los no coinfectados, donde la edad promedio es mayor a 50 años.

En el mundo este mapa muestra la endemidad al año 1996, estando Asia, África y el Perú como zonas intermedias y altas de endemidad. Sin embargo, ese mapa ha variado. Para el 2013, como ustedes ven se ha aclarado, el único continente que queda con problemas siempre es África. Y esta es una recopilación de muchos estudios que se han hecho, en ellos ha habido una activa participación de la sociedad de gastroenterología, liderada por el Dr. Vildózola. Hay muchos otros autores y esto es un resumen de esos mapas que mostraban una alta endemidad en toda la Amazonía peruana y algunos valles interandinos como Huanta, Abancay, Andahuaylas y la intensa migración que había hacia las áreas como Lima, Ica, Chiclayo, Trujillo; está haciendo que esta alta prevalencia este también pasando a zonas de la costa haciendo endemidad intermedia. Un dato importante es que la transmisión horizontal es significativa porque, por ejemplo, como se ve en esta figura, la prevalencia de infección por hepatitis B en niños en Huanta en el año 1994 donde vemos que progresivamente cuando los niños comienzan a socializar empieza a incrementarse tanto la tasa de infección como la tasa de portadores, y se veía que a los 6 años prácticamente el 10% de niños eran portadores crónicos. Entonces, se pensaba que podría haber transmisión vertical, pero como ustedes ven acá, no hay portadores. Probablemente estos son anticuerpos que han recibido de la madre, pero cuando los niños empiezan a socializar ocurre la transmisión horizontal. Esto se describió en algunas publicaciones de migrantes

después de la Guerra de Vietnam, muchos soldados que eran solteros y también tenían un sentimiento de culpa. Entonces se llevaron niños a Estados Unidos y empezaron a aparecer brotes de hepatitis en las escuelas y cuando hay brotes en una escuela uno piensa que es hepatitis A y resultó siendo hepatitis B, y esos niños no habían tenido relaciones sexuales, no habían sido trasfundidos, no tenían ninguno de los factores de riesgo que conocemos, y allí se empezó a hablar de la transmisión horizontal, que los niños comparten objetos, alimentos y si tienen alguna lesión en la mucosa y este virus es altamente infeccioso. También otro tema que se ha visto para corroborar eso, el terrorismo en nuestro país hizo que migre mucha gente de zonas hiperendémicas hacia Lima y donde vemos que la tasa de prevalencia cuando estos migrantes tuvieron contacto con los no migrantes, la tasa aumentó de 2% a 3.9% en personas que habían tenido contacto con migrantes. Este estudio se hizo en San Juan de Lurigancho.

Nosotros hemos asistido a muchos entierros de niños de escuela. Mi padre era carpintero así que yo también iba por eso, porque vendía los cajones. Entonces veíamos que muchos escolares fallecían tempranamente y en realidad no sabíamos qué ocurría. Los médicos de esa época nos decían que era una hepatitis por el agua, las mamás tenían sumo cuidado, hervían el agua y el problema no cambiaba, hasta que después se supo que esto era hepatitis B.

Varios estudios clásicos, entre ellos el que se ha hecho como el Dr. Arce, el Dr. García Bueno que relaciona la presencia del virus B con cirrosis hepatocarcinoma y la hepatitis crónica.

En la selva ocurrió un fenómeno (sobre todo en el VRAE y toda la selva central) cuando empezó el fenómeno del terrorismo. Los militares indujeron a que estas comunidades indígenas formaran comunidades más aglutinadas, y allí empezó el problema. Por ejemplo, los Shipibos Ashaninkas cuya costumbre era vivir en familias aisladas teniendo suficiente carne y frutos para alimentarse, cuando empezaron a vivir en comunidades aglutinadas, empezaron a tener desnutrición, anemia y la transmisión horizontal se evidenció.

Muchos de esos niños eran portadores crónicos. Felizmente vino la vacuna. En el año 1991 cuando había la vacuna contra la hepatitis B era un poco como lo que ahora sucede con la del HPV, costaba 120 dólares la

dosis. Era imposible y era un sueño poder vacunar a los niños. Felizmente eso ha mejorado. Pero a pesar de eso se empezó una campaña de vacunación con una donación. Paulatinamente los países logran la aprobación de la vacuna. Muchos países han ido incorporando y mejorando su cobertura de vacunación.

El proceso de introducción de la vacuna en el Perú se inicia en el año 1991, se empezó la vacunación en menores de 5 años en Abancay a través de una donación que hizo la OPS. Luego, el año 1994 se hizo lo mismo en Huanta y el año 1996 el Ministerio empezó a vacunar a menores de un año en áreas hiperendémicas, porque los recursos no eran suficientes. Y entre el 1997 y 2004 se universalizó la vacuna y en el 2008 una campaña de vacunación en menores de 18 años. Acá quería contarles una anécdota, de cómo el Ministro de Salud que no era un médico, era un biólogo, al ver la foto que le mostramos de ese niño que tenía cirrosis, se emocionó y dijo, ¿qué hay que hacer?, era octubre, vamos a devolver plata al MEF. Llamó a su administrador y dijo, con todo lo que sobre, compren vacuna, y lo hicieron así. Había muchas evidencias sobre ese problema, pero se tenía que tener la oportunidad de que se tome esa decisión. Para el 2008 aparece esta campaña de vacunación, el Dr. Lanatta me dice, soy asesor honorario del Dr. Vallejos, qué hacemos, y yo le dije que podemos hacer campaña masiva y él le dijo al doctor Vallejos y éste a su vez le dijo al entonces presidente Alan García. El hermano de Alan García había fallecido de un problema crónico de hígado, estaba motivado y también tomaron la decisión y de esa manera se logró la campaña.

Los chinos hicieron un cálculo, un modelo matemático que, si solo vacunaran a menores de un año en el programa de inmunizaciones, necesitarían 70 años para bajar la tasa de prevalencia de 10% a 0.2% entonces, ahora, no sería ético esperar 70 años haciendo eso. Por eso ese fue el argumento para decir, vacunemos a menores de 18 años, y eso se hizo. Se programó una vacunación de casi 10 millones de personas y con eso se evitó que más de medio millón de personas se queden como portadoras crónicas y se evitó que más de 50 mil personas evolucionaran al cáncer de hígado y 170 mil evolucionaran a cirrosis hepática.

En Huanta hicimos una evaluación de lo que se había empezado a hacer el año 1994. La tasa de portadores en menores de 3 años era de 8.8% y todos los niños que nacieron este año se beneficiaron con la vacunación. Se hizo una evaluación de prevalencia al 1997 y se encontró que ya no había portadores. En el 2001 se volvió a

hacer un estudio de prevalencia y se encontró que ya no había portadores. Y eso ha sido persistente porque las tasas de vacunación eran altas, ya que también en estas comunidades y en estas ciudades la gente estaba muy motivada porque algún familiar, un amigo, un vecino, alguien había muerto de hepatitis fulminante, de cirrosis y cáncer de hígado y eso motivaba a que todos se vacunen cuando apareció la vacuna.

Igualmente, cuando se hizo un estudio a nivel nacional en el 2011 evaluando la protección contra el sarampión, rubeola y hepatitis B, vemos que el 95.9% de los niños menores de 5 años, tienen anticuerpos protectores contra hepatitis B, y eso es una tasa bastante aceptable para nuestra realidad. Esto se contradecía un poco con el dato del INEI porque la metodología era diferente. INEI cuando va a ver las tasas de cobertura pregunta a las mamás si ha sido vacunado y la evidencia es la tarjeta de vacunación y muchas mamás pierden la tarjeta de vacunación. Entonces las coberturas de salud son bajas de manera artificial y este tipo de estudio yo creo que debiera hacerse periódicamente para ver cuál es la real protección que tienen los niños contra enfermedades prevenibles por vacuna.

Cuando vemos la mortalidad por enfermedades hepáticas como cirrosis, cáncer al hígado, hepatitis fulminante, vemos que hay una reducción importante si comparamos el período del 60 al 93 y del 94 al 2014, sobre todo en niños pequeños. En grupos mayores, evidentemente ya han quedado como portadores crónicos y todavía esto se mantiene.

Esta es una última publicación que se hizo en Brasil para ver cuál es la tendencia de la mortalidad de cáncer, cirrosis y hepatitis fulminante después de iniciada esta vacunación piloto contra hepatitis B en el año 91. Lo que se ve acá muy claramente que la mortalidad por hepatocarcinoma por cirrosis y hepatitis fulminante se ha reducido de manera importante.

Finalmente, se hizo un estudio el año 2016 un estudio de prevalencia a nivel nacional con más de 5209 individuos, que se ha hecho un estudio aleatorio estratificado y se encuentra que la tasa de portadores crónicos en promedio a nivel nacional es 0.4% eso ya nos pone en una situación que ya no estamos en la hiper endemicidad o el nivel medio que teníamos. Entonces, esto es el reflejo del impacto que está teniendo la vacunación a nivel nacional. En algunos sitios evidentemente todavía hay tasas mayores pero el promedio es ese. Y si vemos

la presencia de anticuerpos totales anti-HBc esto está a nivel de 10.3%, pero lo importante es que la tasa de portadores está baja y todavía nos falta hacer análisis por ejemplo por edad, pero en general les puedo decir que los menores de 19 años casi no hay ya portadores crónicos. Entonces era estigmatizante decirle a todo potencial donante de Huanta “no puedes donar sangre”, al igual que en Abancay o Quillabamba. Ahora, los pobladores de esa zona sí pueden ser donantes de sangre si tienen menos de 19 años, como cualquier otra persona, obviamente pasando por el tamizaje. Porque anecdóticamente, por ejemplo, en Huanta no hay banco de sangre. Solo había dos personas que eran negativos totalmente para todo tipo de infección y cuando había necesidad de sangre los iban a buscar y le sacaban una bolsa de sangre, (un banco de sangre andante).

El otro tema es el virus Delta. El problema que adiciona el Delta a la hepatitis B es que va a haber hepatitis fulminantes y también las formas crónicas como el cáncer y las cirrosis las puede acelerar. En realidad, solo hemos encontrado casos de hepatitis Delta, y eso significa el 0.65%. Hay un caso en Chimbote, otro en Huaral, lo más probable es que estos son migrantes no son autóctonos y los autóctonos son de esta zona de selva y valles interandinos.

El grupo del INEI con otro grupo francés han hecho estudios moleculares y lo que han encontrado son mutaciones en el virus B que los hacen más agresivos y que desarrollan más fácilmente el cáncer de hígado. Y ellos también han visto que los virus que circulan en esta zona roja que probablemente tienen estas características que hacen que el cáncer de hígado sea más frecuente en estas zonas.

Esto solo para mencionar en que el tratamiento está basado en la determinación de la carga viral y la asociación de estudio del hígado tanto europeo como norteamericana optaron por ponerle un valor, una valla a partir de la cual se da tratamiento. Esto es 2000 unidades internacionales por mililitro de carga viral. Sin embargo, en nuestro país más del 70% de los portadores crónicos de una muestra que hemos evaluado en el INS tienen cargas virales menores a 2000 por lo tanto no serían tributarios de tratamiento, pero las normas dicen que deben ser más de 2000. Entonces, obviamente los médicos no dan el tratamiento y tampoco hay la autorización para hacerlo si la norma dice que debe ser más de 2000. Y allí se genera un problema y actualmente

se está discutiendo la modificación de esa norma debido a la importancia de estudiar nuestros problemas que tienen ciertas particularidades y temas que a nivel mundial no se pueden generalizar, sino también hay que ver la particularidad en cada país.

Y en cuanto a la positividad o no del antígeno vemos que no hay diferencia en cuanto a los niveles de cada realidad. Esta es una foto de hace poco de abril del 2017, vimos a esta señora, esa es la tragedia que un poco motivo aquello de que el Ministerio pudiera cambiar la actitud. Esa norma tenía ya como 3 o 4 años que se les decía y no hacían caso de modificarla. Esa señora, es una señora que tiene dos hijas y venía al consultorio para que le midan carga viral, ella se sabía todos los marcadores y sabía cómo evolucionaba la infección. Entonces, ella era consciente de eso. Iba y le decían, no, su carga viral está menos de 2000, vuélvase en 6 meses. Pasaron 2 años y medio, y la última vez que vino, vino así. Un estado terminal. Y cuando fuimos a hacer una capacitación en Huanta, la encontramos a esta señora con sus dos hijas y era una tragedia. Este es uno de los casos, uno de los tantos casos y entonces había la necesidad de qué hacer frente a ese problema.

Actualmente hay tratamiento para la hepatitis B que lo da el Ministerio de Salud en forma gratuita y además se está evaluando el uso de estas nuevas metodologías determinar la fibrosis hepática (Elastografía Transitoria de Vibración Controlada o comercialmente conocida como Fibroscan), tratando de que esto se incorpore en las normas del Ministerio de Salud y complementa a la carga viral. Porque con la carga viral solamente no vamos a poder tomar una decisión oportuna y creo que el Fibroscan puede ayudar mucho a tomar una decisión sobre tratamiento. El Ministerio de Salud se ha comprometido a adquirir uno a través de la OPS. Coincidentemente el alcalde de Huanta también ha tenido familiares afectados por el problema y él convenció a su Consejo de comprar un elastógrafo y nos pidió las características técnicas. Estamos viendo con la OPS cómo se puede hacer esto. Pero ellos ya le han destinado un presupuesto para el 2018 y creo que allí va a haber un apoyo técnico por parte de las Sociedades, la Asociación de Hígado también.

Y lo que les quiero decir al final es que actualmente está disponible en el Ministerio Tenofovir y el Entecavir,

en las dosis que se expresan acá para el tratamiento. Lamentablemente, no se usan a cabalidad estos medicamentos disponibles por este problema de la carga viral. Entonces, este es un problema que se puede eliminar si se vacuna intensivamente a los recién nacidos. Que ningún recién nacido se quede sin vacunarse y si viene de una madre portadora, aplicarle la Gamaglobulina hiperinmune. Esa es una de las columnas en las que está basada la inmunización activa, la otra es la detección oportuna y tratamiento de los portadores crónicos. Si se cumplen estos dos pilares, es posible que en una generación se pueda eliminar el virus en estas áreas endémicas y progresivamente irlo extendiendo al país.

Sobre hepatitis C en realidad no tengo mucho que decir. Solamente mencionar, esto es una revisión que se hizo en relación a las prevalencias en diferentes grupos y en diferentes años. Acá estamos viendo del año 1986, en hemodializados la prevalencia era 43.7 otro estudio en 59.3. En en grupos de riesgo como hemodializados y hemofílicos las prevalencias son altas. En donantes son menores y en realidad los donantes son pues representativos de la población general. Y como ven ustedes, en hemodializados las prevalencias siempre son mucho más altas y esos son el grupo de riesgo. Acá hay otro trabajo del Dr. Colichón en trabajadores de Essalud es 1.16. Hay otro estudio de politrasfundidos 33% en hemodializados 59%. Entonces, en síntesis, los grupos de riesgo son los politrasfundidos, los hemodializados. En población general, esto es lo que hemos encontrado, en ese estudio de prevalencia del año 2016, 0.1% a nivel nacional. Esto es un promedio en población general y esto más o menos son como 30 mil personas. Sin embargo, este estudio debe ser complementado con un estudio en grupos de riesgo.

Para hepatitis C creo que ya se ha mencionado que hay tratamientos ya disponibles, es una de las pocas infecciones virales que se puede curar con este tratamiento. Hay unas combinaciones de drogas que se pueden dar, y se está discutiendo en el Ministerio una norma, para tener la disponibilidad de estas drogas. El tema, la discusión acá es el abastecimiento de estas drogas por el alto costo que tienen, y ver si los similares a los originales tienen la misma eficacia.

Preguntas y Discusión

Dr. Alejandro Bussalleu

Hace más o menos 30 años mi tesis doctoral fue en hepatitis B en hemodiálisis, y era pues un problema de salud gravísimo, importante y bueno, con la vacunación todo se fue arreglando. Sin embargo, ahora como bien lo has mencionado César, es la hepatitis C el gran problema en las unidades de hemodiálisis. ¿Qué medidas así específicas, qué medidas actuales recomendadas por la evidencia se toman en estas unidades de hemodiálisis para disminuir la hepatitis C, en este grupo especial

Respuesta

Lo ideal sería que todos los pacientes tengan los equipos individualizados y descartables. Y había una discusión en cuanto al re-uso de filtros. En el INS se hizo una evaluación de costo-beneficio de esto, y en realidad, muchas veces se priorizaban los costos antes que el beneficio a los pacientes, y creo que una alternativa que se planteaba era que sean descartables, porque incluso ellos lo que decían era que se re-usa, pero en el mismo paciente. Si bien el virus C no es tan termoestable como el B, siempre existe el riesgo de la manipulación en ambientes cerrados y una de las alternativas sería esa, pero claro el costo es alto, pero... y lo otro es que todos los procedimientos estén protocolizados y que todos lo cumplan, muchas veces eso no se da. Ahora ya se está haciendo que todo paciente que ingresa a un proceso de hemodiálisis tiene que tener un basal, irlo evaluando periódicamente y eso también va a dar un indicador de si lo que estamos haciendo está bien o no, para prevenir la tasa de infección.

Dr. Zuño Burstein

Una pregunta para el Dr. Vildozola. Hemos visto en los cuadros que nos ha presentado una alta prevalencia de IgG, en las poblaciones en general sobre todo las infantiles, eso significa que esos pacientes que tienen IgG ¿han tenido hepatitis? ¿Han tenido una forma de hepatitis asintomática? ¿de dónde viene esa alta tasa de IgG de la población en general?

Dr. Herman Vildozola

Una característica de la hepatitis A es que, en los niños, cuanto más pequeños, la enfermedad no se manifiesta clínicamente. A medida que avanza la edad comienzan a aparecer los síntomas. Es más, cuando tienen más de

40 años, en Estados Unidos por ejemplo hospitalizan, porque los cuadros clínicos son muy severos en las personas mayores. Entonces, en los niños tienen esa alta tasa porque en la mayoría de ellos hacen enfermedad o infección asintomática, no tienen síntomas.

Pregunta

Felicitaciones también al Dr. Tagle y a Herman y a César por las presentaciones. Una pregunta. Este tipo de planes como el que se ha presentado el de la OMS para la erradicación de la hepatitis viral, tiene grandes obstáculos para su implementación en países específicos. Lo que nos pasó en el caso de los objetivos de desarrollo del milenio creo que es un buen ejemplo. Se acordaron en el 2000 y después en el Perú 5 años después estamos recién organizándonos para ver cómo, y ha transcurrido un tercio del plazo. Entonces, mi pregunta va un poco por allí. Qué tanto, o en qué rumbo anda en este momento la organización en país, para poder implementar este plan de erradicación internacional.

Dr. Martín Tagle

Si, efectivamente, como ha mencionado el Dr. Cabezas se ha conformado un comité asesor adscrito al Ministerio de Salud para afinar las normas técnicas y actualizarlas. Es un mandato de la OMS y especialmente ha expresado la hoy ex ministra Patricia García en un documento que señala que el Perú tiene que ponerse a tono con la meta de erradicar la hepatitis B y C principalmente que son las que matan realmente en el mundo. Y entonces, en ese sentido, por un lado, establecer un mejor estadije de las personas, porque estos medicamentos son caros y como hemos visto, una de las tres dimensiones es abaratar el costo, pero también priorizar en quién vamos a tratar. Por ejemplo, la hepatitis C que hay, cada vez se descubre más, hay personas que tienen poca fibrosis o ninguna fibrosis, esos pacientes pueden ser que pasen toda su vida y no fallezcan por causas hepáticas, pero hay pacientes que ya tienen una fibrosis avanzada yendo ya a una cirrosis o cirrosis establecida. Entonces, con la elastografía que el doctor Cabezas mencionaba se puede "afinar la puntería", por decirlo de alguna manera, y tratar a los pacientes que están en riesgo de hacer cáncer y hacer cirrosis. Entonces, una manera es, hacer un mejor estadije no invasivo. Antiguamente, se propugnaba la biopsia hepática. La biopsia hepática asusta y tiene su morbi-mortalidad. En cambio, ahora uno le dice al paciente vamos a hacerle una elastografía que es como una ecografía con un 95% de precisión para poder predecir o descartar fibrosis, y si eso se implanta a nivel nacional podremos detectar

mejor a los pacientes que están en riesgo y tratarlos. Porque los medicamentos, de aquí a que se abaraten los costos, que es la otra dimensión de las metas va a pasar más tiempo. Entonces, los medicamentos van a seguir siendo caros. No se van a poder comprar lotes masivos de medicamentos para tratar a toda la población y con lo poco que se compre se va a poder disminuir la mortalidad en los que están en mayor riesgo. Eso es una realidad concreta. Ya las normas técnicas que estamos elaborando van en ese sentido y ya se ha establecido que se va a implantar la elastografía para estadiaje de los pacientes con hepatitis crónica B y C y también se está viendo qué medicamentos se van a importar para poder dar cobertura a estos pacientes. Eso es en cuanto a hepatitis C.

En cuanto a hepatitis B también se está hablando de seguir aumentando la cobertura. Ya se ha hecho gran trabajo en vacunar universalmente a todos los niños y eso se refleja en una dramática disminución. En hepatitis B estamos bastante bien, o sea, ya podemos darnos el lujo de decir que pertenecemos a un grupo de países con baja prevalencia de hepatitis. Siempre hay bolsones, pero a nivel nacional, creo que estamos a la altura de los países desarrollados en hepatitis B, orgullosamente.

Pregunta

Sí, yo quería ante todo felicitar a la mesa, al Dr. Tagle, al Dr. Vildozola y al Dr. Cabezas por esta magnífica puesta al día en hepatitis. Yo tenía una pregunta de curiosidad dirigida al Dr. Cabezas. En su mapa peruano de prevalencia de hepatitis C, sale una alta prevalencia en el departamento de Tacna que sale del común de los departamentos de prevalencia sobre todo los de la selva, ¿por qué Tacna?

Dr. César Cabezas

Sí, en realidad la hepatitis B y C está más ligada a la Amazonía. Lo observado es un hallazgo, no tenemos una explicación, pero, de todas maneras, son prevalencias bajas, no es como en B que son altas. Todavía habría que analizar la data que se está haciendo, podría ser por la migración de Chile, no sabemos qué está ocurriendo en Chile. Podría adelantar opinión, pero si llama la atención.

Pregunta

Yo quisiera hacer una observación al Dr. Vildózola y al mismo tiempo una pregunta. Él ha mostrado muy claramente que a medida que las personas, digamos en cuanto a hepatitis A, van saliendo de la casa e

incorporándose a la vida a la población económicamente activa, los estudiantes van adquiriendo inmunidad. Pero, de todas maneras, entre los 10 o los 20, o 30 años están susceptibles porque tienen una muy baja prevalencia y estamos pasivamente mirando y no estamos vacunando a estas personas, no hay una vacunación universal contra hepatitis A. Pero no cree usted que se debería implantar una política o por lo menos proponerla porque esta es una población susceptible y está naturalmente adquiriendo inmunidad, pero no estamos haciendo nada activo por proteger a esta población que ya no tiene anticuerpos de la mamá y ya salió a la calle a trabajar.

Dr. Herman Vildozola

Bueno, yo creo que es correcta la pregunta, es importante. Pero me parece a mí que lo primero que tendríamos que hacer es actualizar nuestros estudios epidemiológicos, porque lo que yo he mostrado es del año 99, o sea, han pasado 18 años y las condiciones sanitarias de nuestra ciudad especialmente Lima y muchas otras ciudades del país, evidentemente han mejorado. Hemos visto cómo han caído las tasas. Evidentemente también es verdad que ahora estamos viendo más hepatitis A aguda, porque los jóvenes adolescentes empiezan a comer en la calle, etc., etc., empiezan a tener la infección y cuanto más edad tienen los que tienen la infección, más probabilidad de hacer enfermedad asintomática. Entonces, primero deberíamos hacer un estudio actualizado epidemiológico en los adolescentes, por ejemplo, los que salen del colegio, o los que están saliendo del colegio para ver qué porcentaje. Si ese porcentaje es 50% como vimos nosotros en el estudio que hicimos en el 99, definitivamente a los escolares habría que vacunar, la vacuna no es tan cara, vacunamos a 100, 50 ya están protegidos, pero no importa ¿no es cierto? Porque además la vacuna se tolera muy bien, pero protegemos a los otros 50 que sí van a tener enfermedad clínica y probablemente hacer alguna complicación. Entonces, yo creo que sería interesante, pero habría que actualizar los datos epidemiológicos. No sé si ahora están en 50 o están en menos, menos de 50% están protegidos quiero decir, o sea, hay más susceptibles por las condiciones sanitarias son mejores. Entonces, más riesgo todavía de caer en infección.

Y eso nos lleva un poco a plantear como entidad, como Academia, de dónde sacamos la data. Estos son estudios sencillos de diseñar, pero difíciles de implementar porque necesitamos financiamiento para hacer todo este estudio de prevalencia. Dr. Cabezas nos podría dar luces al respecto.

Dr. César Cabezas

Sí Dr., en realidad, como dice, para hacer esos estudios de prevalencia toma como 4 años de preparación, para hacerlo en un año. Es complicado, pero a pesar de eso creo que sí es factible. Hay una actividad, por ejemplo, de la Academia con el INS con esto de la revista, yo creo que el otro paso sería plantearle propuestas de necesidades nacionales que proponga la academia y que el Instituto y las Regiones también puedan hacerlo. En realidad, no es difícil hacer el diseño, la toma de muestra y el procedimiento analítico que tampoco es difícil. La cuestión es tener la decisión de hacerlo y los recursos para hacerlo. Una discusión que siempre se ha dado, es ¿vacunamos o no contra hepatitis A?, y siempre se termina la discusión en que poner agua y desagüe es lo primero, ya pasaron tantos años y seguimos en lo mismo, la misma discusión. Entonces yo creo que por otro lado la tecnología ha avanzado y las vacunas han bajado de costo, y ahora incluso las vacunas ya están incorporadas dentro de la vacuna pentavalente, entonces con eso se facilitaría, porque es el mismo pinchazo, no es una vacuna adicional sino es un antígeno más dentro de la vacuna. Entonces es una estrategia que podemos usar. Lo primero es que se tome la decisión basada en evidencias. Los argentinos por ejemplo han evaluado cuantos trasplantes de hígado han hecho en niños que han tenido hepatitis fulminante por la A, y con algunos casos pues que superaban los costos de la compra de la vacuna, ellos decidieron ya vacunar, y actualmente es uno de los países que vacuna contra hepatitis A, dentro de su programa. Entonces, yo creo que allí los pediatras pueden ayudar bastante, por ejemplo, si preguntamos cuántos casos severos ha habido o que han requerido trasplante de hígado que han muerto, en realidad no tenemos ese dato, que pueden tener de repente los pediatras, en los hospitales que ven niños.

Quiero hacer un alcance. Como estamos asumiendo que la hepatitis A todavía tiene alta prevalencia en los adolescentes en los niños y adolescentes, las muestras no son muy grandes. Entonces, podríamos comprometer a las Regiones que hagan sus estudios parciales y nosotros con una muestra representativa de todo el Perú. Porque si el 50% de la población infantil tiene es susceptible o tiene anticuerpos, no es tan difícil hacer un estudio epidemiológico, por la cantidad, eso quiero decir, definitivamente podría ser un costo menor.

Claro, incluso habla allí la técnica de hacerlo con papel filtro, entonces es una gotita de sangre en papel filtro y hay gran

aceptación de que se tome muestra... en el estudio en la encuesta que hemos hecho se ha hecho a partir de 15 años. Pero es importante saber qué pasa antes de los 15 años. Pero las prevalencias después de los 15 años siguen siendo altas. El estudio del 2013 que he mostrado allí en los niños de 1-15 años todavía son altas ¿no? el promedio nacional es 50% y en Iquitos está en sesenta y tantos por ciento. Lima tiene 37% o sea, la muestra no debería ser muy grande porque es muy alta todavía la prevalencia en el 2013. En el 2006 que hicimos nosotros en las escuelas públicas y privadas, 70%, oscila entre los 14 y 16 años, o sea, que sigue siendo alta la prevalencia en esas poblaciones. Pero viendo el vaso mitad vacío hay 30% que no están protegidos y 50% que si, entonces hay un vacío

Pregunta

Dr. Vildózola: hay una estadística o algo que signifique una cosa amenazadora. Un paciente con IgG alta, para hepatitis A y no ha tenido sintomatología durante toda la etapa de su vida ¿Es posible que en la adultez haga una forma severa de hepatitis?.

No, si tiene el anticuerpo IgG contra hepatitis A ya está protegido, ya queda protegido. No hay forma latente. La única forma que puede prolongarse hasta 2 años y como historia natural es la hepatitis A recurrente, pero a los 2 años se curan y quedan inmunes. No hay hepatitis A crónica. Eso sí está definitivamente confirmado.

Otro dato importante que no ha sido mostrado en la encuesta del INS que condujo el Dr. Cabezas en la prevalencia de hepatitis E es 14% en el Perú, es un dato interesante. El Dr. Vildózola mencionaba que era una zoonosis. Hay reservorios de animales, roedores, cerdos, etc. Nosotros hicimos el estudio que mencionó el Doctor y encontramos 28% de prevalencia en manipuladores de cerdos, sobre todo en los que tenían más de 20 años trabajando. Cosa que tú también encontraste en los trabajadores de Sedapal. Parece que la exposición crónica a la hepatitis E es lo que hace que el paciente haga anticuerpos. Pero no necesariamente estos pacientes son portadores de hepatitis E, tienen anticuerpos, tampoco se sabe si estos anticuerpos son protectores o no. En A sí sabemos que son protectores, pero en E no sabemos todavía si es realmente protector el anticuerpo, es un fenómeno interesante.

Claro, pero una de las cosas que puede cambiar nuestra visión de la forma clínica de hepatitis son los genotipos. Es decir, por ejemplo, que se ha probado que el genotipo

GT1 es el que produce la muerte y los casos gravísimos de las gestantes. Entonces, por allí podría ser el camino para investigar qué genotipo esta predominando en el Perú ¿no?

Si, solamente mencionar que todos los estudios que se han hecho en el país son estudios basados en la serología, utilizando la Elisa y bueno, eso está bien, nos da una idea, pero hace falta el aislamiento viral para genotipificar y de repente ver los riesgos si son mayores o no, es una variante genotípica también que no la sabemos. Pero eso sí, amerita pues aislarlo a partir de heces y es más costoso ¿no? pero, yo creo que sí es necesario hacerlo.

En la forma A la recurrente significa que el paciente todavía alberga el virus o que se re infecta. Y luego lo siguiente, si es potencialmente trasmisor sea durante ese período o después de que se supone es libre de infección.

Hace muchos años, en la década del 80 un médico costarricense investigador de hepatitis, el Dr. Villarejos demostró que en las recurrencias podía aislar el virus en las heces de los pacientes y también en la sangre. De manera que esos pacientes se comportan exactamente que un agudo y que pueden transmitir la enfermedad, porque como es fecal-oral, si lo están eliminando al virus por las heces son potencialmente contagiosos ¿no?, después ya no.

Palabras del Presidente de la Academia Nacional de Medicina

AN. Dr. Oswaldo Zegarra Rojas

Distinguida concurrencia, a nombre de la Academia Nacional de Medicina no nos cabe sino agradecer la excelente participación de los ponentes tanto el Dr. Tagle, como el Dr. Vildózola como el Dr. Cabezas nos han hecho una revisión bastante exhaustiva de una patología, que si bien algunas de ellas no graves, la mayoría probablemente, es muy importante conocerla.

Hay dos aspectos que quería comentar antes de dar por terminada esta reunión. Cuando el Dr. Tagle menciona que las primeras informaciones que tiene de hepatitis A data de más o menos 3 mil años en la civilización Sumeria, qué cosa es lo que paso allí para que comenzase a presentarse. El Dr. Cabezas habló del cambio de conducta de la población. De que vivían

familias aisladas, después se comenzaron a juntar y comenzó la transmisión. Si uno lee y seguramente el Dr. Calderón que es muy asiduo lector de la historia. El hombre tradicionalmente desde sus primeras épocas antiguas era recolector y cazador, era una población nómada, nunca estaba asentada. Más o menos alrededor de los 5 mil a 4 mil años comienzan a asentarse en familias para la agricultura y allí es donde se dice que el hombre perdió su primera libertad porque tuvo que enraizarse en una sola zona, en un solo sitio para cultivar y ver el desarrollo de su familia. Pero esas poblaciones así agricultoras aislados, comenzó a agruparse en función de templos y comenzaron a crearse las ciudades la creencia la fe, entra el miedo el pavor y comenzaron a reunirlos y la primera ciudad que se considera que se creó en la Mesopotamia es más o menos 3,500 a 4 mil años AC y esa es la población de Eridú. Es la primera ciudad reconocida en la historia. Después han aparecido algunos reportes que fue Egipto probablemente la que tenga poblaciones más antiguas. Pero eso explicaría por qué razón aparecen las enfermedades de transmisión horizontal y por eso comienzan los primeros reportes. Eso podría explicar, eso es lo que a mí me llevó a hacer este comentario.

En segundo lugar, quienes hemos tenido bastantes años ya en la práctica privada, era pues muy notorio que, así como llegaba sarampión, llegaba neumonía por estafilococo, sífilis neonatal y todo, llegaban niños con ojos con las escleróticas de yema de huevo y eso era frecuente verlo. Incluso en la práctica privada se veía estos pacientes, no con esa severidad, pero sí se veían pacientes. Pero comenzamos a vacunar hepatitis A en la práctica privada y todos nuestros pacientes tienen que vacunarse para hepatitis A, y hemos dejado de ver a estos pacientes en la práctica privada. Probablemente en los hospitales se sigan viendo con igual intensidad.

Mi comentario final sería que esto es una inequidad, porque los que tienen acceso a la vacuna se liberan, pero la inmensa mayoría de la población no la tiene y eso es una inequidad en las políticas de salud, que creo deberíamos verlo.

En realidad, mi comentario era simplemente para agradecerles la excelente exposición que han tenido el día de hoy los expositores. Muchas gracias a la distinguida concurrencia.

Se levanta la sesión.