

# SITUACION ACTUAL DE LA HEPATITIS VIRICA EN EL MUNDO<sup>1</sup>

En noviembre de 1987 se llevó a cabo en Ginebra la tercera reunión del Grupo Consultivo Técnico sobre Hepatitis Vírica, en la cual se revisaron los adelantos logrados desde la reunión anterior —celebrada en diciembre de 1985— y se formuló un plan para emprender nuevas acciones. Se presentó un informe pormenorizado de la situación actual de la lucha contra la hepatitis vírica en el mundo, cuyos aspectos más sobresalientes se reseñan a continuación.

## Hepatitis A

El virus de la hepatitis A tiene una distribución mundial pero no uniforme. Si bien suele asociarse con una afección menos grave que otros virus de la hepatitis, causa importante morbilidad y pérdida de productividad. Es endémico en muchos países en desarrollo y causa una afección leve, que a menudo pasa inadvertida, en los niños. Sin embargo, a medida que mejoran las condiciones sanitarias aumenta la edad promedio de la exposición al virus, lo cual da por resultado la aparición de cuadros clínicos más graves en adultos. La hepatitis A ha disminuido en importancia en muchos países industrializados, pero sigue siendo un problema en ciertos grupos de población. Se han logrado adelantos considerables en la elaboración de vacunas contra la hepatitis A. Utilizando primates no humanos se ha podido demostrar la inocuidad y eficacia de vacunas ordinarias a base de virus inactivados y atenuados, y se han iniciado ensayos clínicos preliminares en seres humanos. También se están aplicando las técnicas de la recombinación de DNA para encontrar opciones a las vacunas ordinarias.

## Hepatitis B

La infección por el virus de la hepatitis B y sus secuelas, entre las que se cuentan infección crónica, cirrosis y carcinoma hepatocelular, sigue siendo un importante problema de salud pública. Actualmente puede haber en el mundo alrededor de 300 millones de portadores de marcadores de infección activa por este virus. Se calcula que 20% de las personas con infección persistente morirán por las consecuencias de la hepatitis B; en este grupo se incluyen casi 1,3 millones de los niños nacidos en 1985.

Se han distribuido en todo el mundo más de 30 millones de dosis de vacuna contra la hepatitis B derivada del plasma, la cual ha demostrado notable inocuidad. También se cuenta con vacunas elaboradas mediante ingeniería genética. El precio de las vacunas ha disminuido tanto que muchos países de regiones hiperendémicas han empe-

<sup>1</sup> Basado en: Organización Mundial de la Salud. Viral hepatitis. *Wkly Epidem Rec/Relevē epidēm hebd* 63(13):89-91, 1988.

zado a poner en práctica programas de vacunación muy vastos, de preferencia integrados en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI). En este caso, se recomienda aplicar a los lactantes tres dosis por vía intramuscular en el muslo; la primera debe administrarse lo antes posible después del nacimiento, y la segunda, 4 a 12 semanas después, como mejor se coordine con el esquema del PAI. Para alcanzar concentraciones elevadas de anticuerpos y una protección prolongada, es necesaria una tercera dosis, la cual puede inyectarse entre 2 y 12 meses después de la segunda, según encaje mejor en el esquema del PAI. Para definir los métodos necesarios para alcanzar una integración óptima de la vacunación contra la hepatitis B en el PAI, hace falta efectuar investigaciones operativas mediante proyectos de vacunación en ciertos países situados en las regiones de hiperendemia del mundo.

## Hepatitis delta

Aún no se ha trazado el cuadro completo de la epidemiología de la infección por el virus de la hepatitis delta, pero esta parece ser endémica en la región del Mediterráneo, el oeste de Asia, partes de América del Sur, la URSS, Rumania y algunas islas del Pacífico. La superinfección, es decir, cuando un portador de HBsAg se infecta con el virus de la hepatitis delta, causa a menudo un cuadro clínico más grave que cuando la infección por los dos agentes sucede en forma simultánea. Como el virus de la hepatitis delta necesita las funciones de ayuda del virus de la hepatitis B, los individuos inmunes a este último como resultado de infección anterior o vacunación no son susceptibles a la infección por el virus de la hepatitis D.

## Hepatitis no-A, no-B

**Transmitida por vía parenteral.** Es probable que esta enfermedad sea muy común en los países desarrollados; se calcula que en muchos representa más de 70% de las hepatitis consecutivas a una transfusión. La infección aguda suele acompañarse de enfermedad leve (o subclínica), pero a menudo desemboca en el estado de portador. Puede aparecer cirrosis en 10 a 25% de los individuos que muestran signos de afección hepática crónica. No se ha identificado al agente causal. No se cuenta con ninguna prueba diagnóstica específica, ni tampoco hay pruebas concluyentes sobre el valor de la inmunoglobulina en la profilaxis.

**Transmitida por vía entérica.** Esta forma ha surgido recientemente y se relaciona con grandes epidemias o brotes en Asia, Africa y América del Norte. Entre sus rasgos clínicos sobresalen una alta tasa de ataque a los adultos y una elevada letalidad (20% en promedio) en mujeres embarazadas. Se han identificado partículas de tipo vírico en las heces de pacientes con

esta forma de hepatitis. Las reacciones cruzadas que se han producido entre estas partículas y sueros obtenidos en la fase aguda de pacientes de Africa, Asia, Europa y América del Norte hacen sospechar fuertemente que un solo virus o una sola clase de virus es la causa de la mayor parte de los casos observados en el mundo.

## Conclusiones y recomendaciones

El Grupo Consultivo Técnico reiteró su apoyo al programa de hepatitis vírica de la OMS y propuso formas de fortalecerlo. Los programas de lucha deben elaborarse en colaboración con grupos apropiados dentro y fuera de la Organización. El Grupo recomendó que se establezca un Comité de Orientación formado por un número reducido de científicos relacionados con la lucha contra la hepatitis B. Este Comité ayudaría a poner en ejecución el programa de lucha contra la hepatitis, recaudar fondos y coordinar las actividades del programa.

El Grupo señaló también que el programa de hepatitis vírica de la OMS debe hacer hincapié esencialmente en la prevención de la infección por el virus de la hepatitis B (y, en consecuencia, la prevención del carcinoma hepatocelular) mediante la vacunación. Se indicó que esta meta se alcanzará más fácilmente si la vacuna contra la hepatitis B se incorpora al PAI, y se recomendó usar una jeringa y una aguja esterilizadas para cada inyección del producto biológico. A causa de la preocupación expresada de que los inyectores de presión pudieran actuar como vehículos en la transmisión de enfermedades hematógenas, debe desaconsejarse su utilización en las actividades de vacunación en masa.

El Grupo Consultivo Técnico consideró que el papel de la OMS en la lucha contra la hepatitis vírica consiste en:

- revisar los datos y publicar recomendaciones que ayuden a las autoridades de salud pública a elaborar políticas racionales para la lucha contra la hepatitis vírica;
- estimular y apoyar las investigaciones operativas que de otro modo no se emprenderían;
- identificar las necesidades de antígenos, anticuerpos y vacunas, y elaborar las normas y los requisitos que deben cumplirse;
- ayudar a los Estados Miembros a obtener y producir reactivos para diagnóstico;
- idear mecanismos para la compra de vacunas y reactivos para diagnóstico en grandes volúmenes, y
- colaborar en la transferencia de tecnología.

Para cumplir con esta tarea, el Grupo recomendó que la OMS:

- identifique y obtenga los fondos extrapresupuestarios que puedan usarse para ayudar a desarrollar los programas de lucha;

- fomentar la cooperación interregional, ya sea por medio de la red de centros colaboradores de la OMS o por medio de la colaboración con otros organismos que tengan objetivos comunes;
- sensibilizar a los funcionarios clave dentro de las administraciones nacionales de salud acerca de la importancia de los programas de lucha contra la hepatitis B;
- identificar en cada Región a las personas clave que puedan ayudar a poner en práctica y desarrollar los programas de lucha, y
- analizar regularmente la repercusión de los programas, identificar las razones de los buenos resultados y las causas del fracaso, y revisar sus estrategias en consecuencia.

Además, el Grupo identificó varias actividades que podrían ser coordinadas por la OMS, entre ellas:

- organizar estudios para determinar si la inmunoglobulina normal humana producida localmente puede prevenir la hepatitis no-A, no-B que se transmite por la vía entérica o reducir el efecto de esta enfermedad sobre las mujeres embarazadas;
- organizar y coordinar estudios para evaluar la importancia de los nuevos microorganismos que son la causa presunta de la hepatitis no-A, no-B. Siempre que sea posible, estos estudios deben efectuarse por medio de la red existente de centros colaboradores y laboratorios nacionales de referencia;
- elaborar protocolos para el control y la evaluación de las vacunas contra la hepatitis;
- determinar si la autoexclusión y la selección de los donantes de sangre en relación con la presencia de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana han tenido alguna repercusión sobre la incidencia de la hepatitis no-A, no-B que se transmite por la vía parenteral y se presenta después de una transfusión sanguínea, y
- alentar la realización de estudios para definir la historia natural de la hepatitis no-A, no-B que se transmite por la vía parenteral, en particular en las condiciones que conducen a la aparición de hepatopatía clínicamente importante o carcinoma hepatocelular.