

# Hepatitis A

---

## 1. Generalidades

### 1.1 Descripción del evento

Enfermedad de comienzo repentino que se manifiesta con fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, seguido en pocos días de ictericia, coluria, acólia, hepatomegalia y dolor en hipocondrio derecho. Puede acompañarse de mialgias y artralgias.

Muchos de los casos cursan asintomáticos, otros presentan sintomatología leve, sin ictericia con duración de una a dos semanas y se les diagnostica sólo mediante pruebas de laboratorio; las formas graves e incapacitantes, que son muy raras, duran varios meses.

La gravedad de la enfermedad aumenta con la edad. La tasa de letalidad es baja (menos de una defunción por cada mil casos) pero se han señalado valores mayores en menores de cinco años (1,5 por cada mil casos) y en ancianos (veintisiete por cada mil casos).

### 1.2 Caracterización epidemiológica

Distribución mundial. Se distinguen dos patrones epidemiológicos: el de los países desarrollados, donde se presentan epidemias esporádicas que evolucionan lentamente, abarcando grandes zonas geográficas y con varios meses de duración, o epidemias de forma explosiva cuando están asociadas a fuente común. En los países en desarrollo como Colombia se presenta en forma endémica con recurrencias cíclicas y es frecuente entre escolares y jóvenes; los adultos suelen ser inmunes. La infección es frecuente y aparece a edad temprana, generalmente entre los cinco y los catorce años. Son comunes los brotes en comunidades institucionalizadas en los países con uno u otro patrón epidemiológico.

En Bogotá, en 1997 ocurrieron sesenta y ocho casos por cada 10 mil habitantes, (fuente SIS12), siendo las tasas de incidencia mayores en los menores de edad, en los cuales alcanzaron valores de 70,9 por cada 10 mil menores de un año, 180,9 por cada 10 mil menores de uno a cuatro años, y de 145,8 por cada 10 mil menores de cinco a catorce años. Estos datos reflejan la poca confiabilidad de esta fuente de información, pues se esperan mayores tasas en población de cinco a catorce años que en la de uno a cuatro años. A partir de julio de 1998 se cuenta con el sistema alerta acción –SAA– como fuente de información para la vigilancia del evento. Durante el segundo semestre de 1998 se notificaron 1.392 casos, para una proporción de notificación de 2,29 por 10 mil habitantes y en 1999 se notificaron 2.336 casos para una proporción de notificación de 3,75 por 10 mil.

### 1.3 Agente

El virus de la hepatitis A (HAV), es un picornavirus clasificado como un hepatovirus.

## 1.4 Modo de transmisión

De persona a persona por vía fecal oral o por una fuente común, por lo regular a la ingesta de aguas o alimentos contaminados, moluscos crudos o mal cocidos capturados en aguas contaminadas. Se han notificado casos ocasionales de transmisión por transfusión de sangre de donantes que estaban en periodo de incubación.

## 1.5 Reservorio

El hombre.

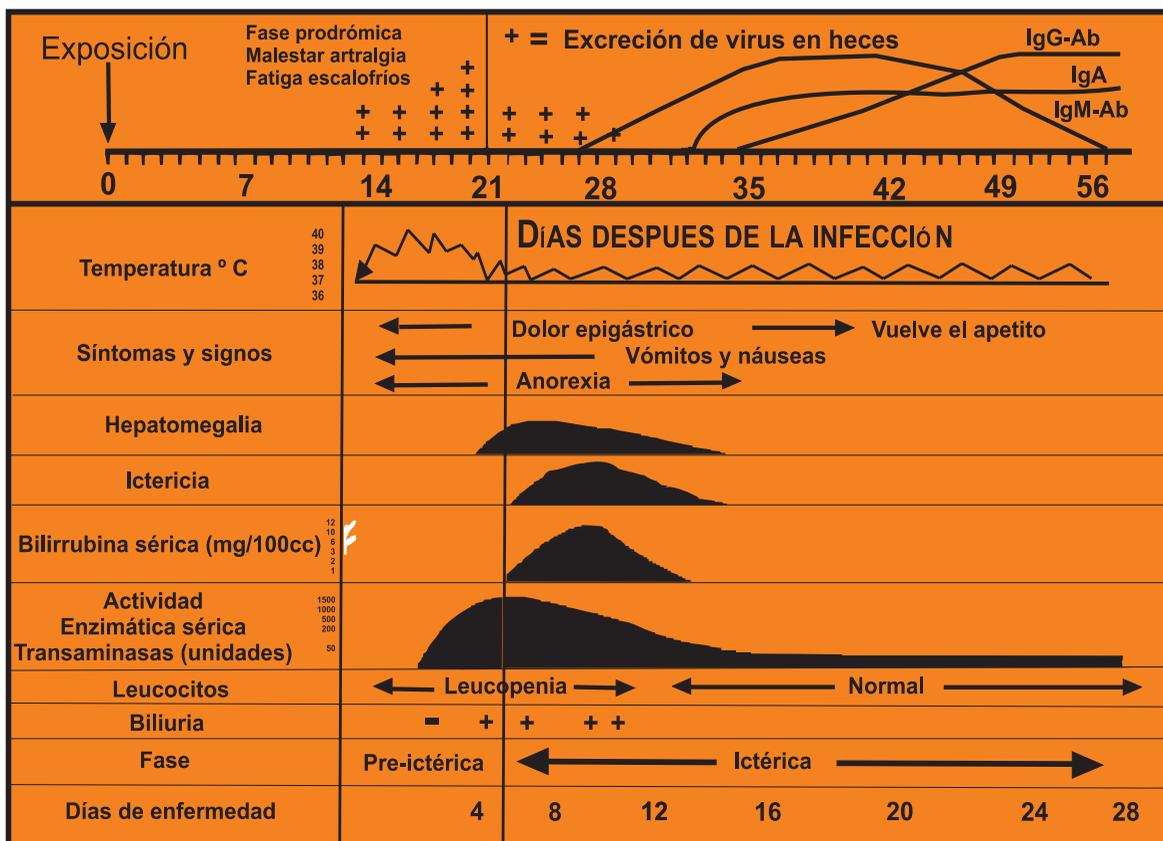
## 1.6 Periodo de incubación

De quince a cincuenta días, con un promedio de treinta días.

## 1.7 Periodo de transmisibilidad

La infectividad máxima ocurre durante la segunda mitad del periodo de incubación por la excreción de virus en heces y continúa algunos días después del inicio de la ictericia. Probablemente la mayor parte de los casos no son infecciosos después de la primera semana de la ictericia (véase la figura tomada de SmithKlein Beecham, monografía Havrix - vacuna antihepatitis A).

### EVOLUCIÓN CLÍNICA Y SEROLÓGICA DE LA HEPATITIS A



## 2. Definiciones de caso

### 2.1 Caso probable

Persona en quien se descarte transmisión transfusional, comportamientos sexuales de riesgo, con anorexia y náuseas no explicables por otra causa, acompañadas, la mayoría de las veces, de fiebre, dolor abdominal, ictericia, coluria, acólia y dolor en hipocondrio derecho.

### 2.2 Caso confirmado

- ◆ Caso probable con confirmación de laboratorio por positividad de IgM para el HAV.
- ◆ Caso probable con asociación epidemiológica (contacto familiar íntimo o institucional que comparte utensilios domésticos), con un caso confirmado por el laboratorio.

### 2.3 Caso compatible

Caso probable al que no se le realizaron pruebas de laboratorio ni se le confirmó asociación epidemiológica.

### 2.4 Caso descartado

Caso probable al que la prueba de IgM para HAV le resultó negativa. Estos casos deben investigarse para hepatitis B, según el algoritmo para la clasificación de casos de hepatitis virales agudas, anexo al protocolo de hepatitis B y D.

## 3. Fuentes de información

Véase el módulo del "Subsistema de información".

## 4. Intervenciones

### 4.1 Individual

A partir de caso probable:

- ◆ *Notificación del caso*: inmediata e individual al responsable de vigilancia epidemiológica de la institución
- ◆ *Manejo del caso*: los casos no complicados requieren tratamiento ambulatorio y sintomático. El manejo del caso debe incluir la entrega de instrucciones del médico tratante sobre:
  - Forma de eliminación del virus por la materia fecal y las posibilidades de transmisión de la infección del enfermo a sus contactos.
  - Necesidad de aislamiento entérico hasta por lo menos una semana después de desaparecida la ictericia, que incluye:
    - ◆ Separación de utensilios de cocina.
    - ◆ Desinfección terminal de utensilios con hipoclorito a 200 partes por millón.

- ♦ Eliminación de materias fecales y orina, adicionando hipoclorito de sodio, media hora antes.
- ♦ Eliminación de agujas y jeringas desechables previa desinfección con hipoclorito por media hora.
- ♦ Lavado y hervido de los elementos que use el enfermo.
- ♦ Prohibición de que el enfermo prepare o manipule alimentos.
- ♦ El no contacto directo (besos) del enfermo con otras personas.

Los casos con sospecha o evidencia de complicaciones deben hospitalizarse y deben ser manejados con aislamiento entérico.

♦ *Estudio de laboratorio*

Para la confirmación del caso probable de hepatitis A debe realizarse detección de anticuerpos tipo IgM contra el virus de la hepatitis A, los cuales son detectables en suero una vez iniciado el cuadro febril y malestar general y persisten por cuatro a seis meses.

Los anticuerpos tipo IgG, sólo son útiles si se demuestra incremento al cuádruple o más de los títulos en sueros pareados tomados con siquiera dos semanas de diferencia. La detección de anticuerpos totales (IgM + IgG) no es útil para la confirmación del diagnóstico de hepatitis A, pues no diferencia si el paciente está en fase aguda de hepatitis A o si tuvo contacto con el virus en el pasado.

♦ *Tipo de muestra*

- Cuatro a cinco ml de suero no hemolizado, tomada lo más pronto posible al inicio de los síntomas.

♦ *Toma y envío de la muestra*

- La muestra de sangre debe ser tomada en tubo seco y el suero separado en un tubo estéril tan pronto se retraiga el coágulo. Conservar y enviar refrigerado al laboratorio a la menor brevedad posible en tubo sellado con cinta adhesiva y rotulado claramente con nombre, fecha de inicio de los síntomas y procedencia.
- Las muestras deben enviarse al laboratorio de la red de servicios de la respectiva EPS, si el paciente es afiliado al régimen contributivo o subsidiado y al respectivo laboratorio de la red adscrita de la Secretaría Distrital de Salud donde deba referir la ESE, si el paciente es un participante vinculado.

♦ *Otras pruebas de laboratorio*

- Las pruebas de función hepática podrán realizarse a discreción del médico tratante, para evaluar el compromiso hepático y hacer seguimiento, pero no tienen utilidad desde el punto de vista de vigilancia epidemiológica, pues no permiten identificar la etiología de la hepatitis.
- Estudios posmortem: pueden realizarse estudios serológicos de sangre obtenida por punción cardíaca. Los estudios histopatológicos se realizan con muestra de hígado tomada a partir de necropsia o viscerectomía, la cual debe ser enviada al laboratorio de patología en formol salino al 10%.
- Todos los casos deben ser evaluados dos o tres semanas después de la consulta inicial.

## 4.2 Colectiva

Inicialmente, debe realizarse un sondeo para evaluar si el caso proviene de una familia o de una institución donde pueda haber más niños o adultos expuestos a la fuente de infección, y si la familia recibió y sigue las instrucciones sanitarias del médico tratante. Utilizando el enfoque de riesgo, se decidirá entonces la necesidad de una investigación epidemiológica de campo.

### ◆ *Investigación epidemiológica de campo*

Debe hacerse con enfoque de riesgo ante algunos casos individuales muy específicos y siempre en caso de brotes en población de riesgo y vulnerable, para:

- Buscar contactos de alto riesgo en el núcleo familiar, social o institucional que son los que se alimentan en el mismo sitio del caso, los que comparten la misma fuente de agua.
- Buscar sintomáticos y convalecientes.
- Buscar la fuente de infección y el modo de transmisión, para eliminarlos.
- Intensificar acciones de control en el medio ambiente, como evaluación sanitaria de tanques y depósitos de agua, evaluación de la manipulación de los alimentos y otros, de acuerdo con la investigación epidemiológica.
- Educar e informar a la comunidad sobre las medidas de control, con énfasis a padres, vecinos, maestros y cuidadores de niños sobre potabilización de agua, higiene personal (lavado de manos), adecuada manipulación de alimentos y disposición final de excretas.
- Aplicar gamaglobulina estándar a contactos de alto riesgo en comunidades cerradas y a menores de quince años del núcleo familiar, si ha transcurrido menos de dos semanas del contacto. La dosis a aplicar es 0,02 mg por kg de peso corporal.
- Los contactos en escuelas, colegios, fábricas no son necesariamente de alto riesgo, a no ser que hayan compartido la fuente de alimentación con el enfermo; por tanto, debe evaluarse muy bien la necesidad de aplicación de gamaglobulina.

## 4.3 Otras medidas de prevención

En la actualidad se dispone de una vacuna contra la hepatitis A a base de virus inactivados y se ha demostrado que es inocua, inmunógena y eficaz. Se recomienda su uso en viajeros de países no endémicos que se desplazan a zonas endémicas donde corren riesgo de exponerse e infectarse. Esta genera protección hasta 30 días después de aplicada una dosis.

## 5. Indicadores

Véase el módulo de análisis. De los indicadores allí planteados, podría ser útil evaluar en forma especial:

Proporción de letalidad por hepatitis A: este es un indicador que mide la respuesta oportuna de los servicios de salud en el diagnóstico y seguimiento de los casos.

## Bibliografía

1. Benenson, Abram S. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Publicación científica n° 564. Organización Panamericana de la Salud. Decimosexta edición. 1997.
2. Dirección Seccional de Salud de Antioquia-Oficina de epidemiología. Protocolos de vigilancia epidemiológica. 1996.
3. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Área de vigilancia en salud pública. SIS-12. 1986-1998.
4. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Área de vigilancia en salud pública. Sistema alerta acción. 1997, 1998, 1999.