



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPTO. EPIDEMIOLOGIA
Dr.RFL/Dra.XAS/Sra.CGW/Dra.AON/Dra.JDT
Nº 214

CIRCULAR N° B 51/ 31 /

SANTIAGO, 31 JUL 2006

ACTUALIZACIÓN CIRCULAR DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS A (CIE 9: 070.1; CIE 10: B15) Y HEPATITIS E (CIE9: 070.5; CIE10 B17.2)

La Hepatitis A es una enfermedad infecto contagiosa de distribución mundial, que se presenta en forma esporádica o epidémica con ciclo estacional y, en la que se reconocen tres patrones epidemiológicos: endemidad elevada, intermedia y baja o muy baja.

En Chile, se presenta en forma de endemia intermedia, donde la circulación del virus es menor, pero suficiente para provocar episodios epidémicos con características cíclicas, la mayor parte de las infecciones ocurren en niños mayores de 5 años y adolescentes, quienes con frecuencia presentan manifestaciones clínicas.

En nuestro país ocurren brotes epidémicos cada 4 o 5 años, preferentemente institucionales.

Su transmisión, al igual que la Hepatitis E, es entérica, a través del consumo de agua y alimentos contaminados con heces de un enfermo. No existen portadores crónicos.

Dependiendo de las condiciones, el virus de la hepatitis A permanece estable en el ambiente durante meses. Es inactivado al cocer los alimentos a una temperatura mayor de 85°C - 90°C por al menos 4 minutos o desinfectando las superficies contaminadas con hipoclorito de sodio a una dilución de 1% (una cucharada de cloro por litro de agua) ¹.

Debido a que la mayoría de los niños desarrollan una enfermedad asintomática (más del 80%), éstos juegan un importante rol en la transmisión y son fuente de infección. Los adultos en cambio, desarrollan con más frecuencia sintomatología, aunque sólo en un tercio de ellos aparece ictericia ¹.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

Descripción Clínica

Enfermedad aguda que se presenta con compromiso del estado general, fiebre, náuseas, dolor abdominal, ictericia y sensibilidad del cuadrante superior derecho, acompañado de alteraciones de las pruebas hepáticas y elevación de las enzimas hepáticas, aunque existe una gran cantidad de casos subclínicos o anictéricos, especialmente en niños menores. La severidad del cuadro de hepatitis A aumenta con la edad, siendo los grupos más susceptibles los escolares, adultos jóvenes y personas de nivel socioeconómico alto debido a su escasa exposición al virus en la niñez. La hepatitis sintomática ocurre en menos del 10% de los menores de 6 años, en 40-50% entre los 6 a 14 años y 70-80% de los mayores de 14 años.

La **Hepatitis E** ocurre más frecuentemente en los adultos jóvenes y es clínicamente indistinguible de la tipo A. Las hepatitis de transmisión entérica (hepatitis A y E), no desarrollan infección crónica.

Período de incubación

Hepatitis A: 28 a 30 días en promedio (rango de 15 a 50 días).

Hepatitis E: 26 a 42 días.

Letalidad

En la **Hepatitis A**, la tasa de letalidad es baja (menor de 1 por 1000), tanto en la forma icterica como anictérica; sin embargo, es más alta en menores de 5 años y mayores de 50 años, donde ésta aumenta a 1,8%¹. Las muertes generalmente ocurren en ancianos.

La **Hepatitis E** en embarazadas, puede alcanzar una letalidad de 20% si la infección se produce en el tercer trimestre del embarazo.

Modo de transmisión

Hepatitis A: de una persona a otra vía fecal-oral (ciclo corto) o por una fuente común debido a la ingesta de agua o alimentos contaminados (ciclo largo). Las verduras que crecen a ras de suelo y los moluscos crudos o mal cocidos, son unos de los alimentos más frecuentemente implicados en su transmisión.

Hepatitis E: es también por vía fecal-oral, con brotes relacionados con contaminación de aguas. La dosis infectante es desconocida.

Período de transmisibilidad

La infectividad máxima ocurre durante la segunda mitad del período de incubación y continua 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. Pueden existir casos de lactantes y niños que excreten el virus hasta por seis meses, pero no en forma crónica.

Agente causal

Hepatitis A: el virus de la hepatitis A (VHA) es un picornavirus de 27 nm (virus ARN con cordón positivo) y se le ha clasificado como Enterovirus tipo 72. Sólo existe un serotipo.

Hepatitis E: el virus es miembro de la familia caliciviridae, aunque estudios genéticos sugieren que puede pertenecer a otra familia.

Reservorio

El hombre y en raras ocasiones, chimpancés en cautiverio; con menor frecuencia, otros primates no humanos. Se ha identificado un foco enzoótico en Malasia, pero no hay datos que sugieran transmisión al hombre.

Grupos de riesgo

Toda la población, especialmente en aquellas zonas donde existen escasas medidas de higiene y pobre saneamiento básico. La inmunidad post-infección posiblemente dura toda la vida.

MODALIDAD DE VIGILANCIA

Tipo de vigilancia: Universal. El médico tratante debe notificar cada caso con todos los datos contenidos en el formulario (ENO).

Frecuencia de envío de la notificación: diaria a la SEREMI de Salud y semanal al MINSAL.

Forma de presentación habitual: casos aislados o brotes. En caso de brote (definición a continuación), la SEREMI de Salud debe informar de inmediato al Departamento de Epidemiología del MINSAL, por la vía más expedita.

DEFINICION DE CASO

Caso Sospechoso: caso compatible con la descripción clínica y exámenes de laboratorio compatibles (pruebas de función hepática alteradas).

Caso Confirmado: caso sospechoso confirmado por laboratorio con técnicas de diagnóstico virológico o caso sospechoso en que se comprueba nexo epidemiológico, durante los 15 a 50 días precedentes a la aparición de los síntomas, con un caso confirmado por laboratorio.

Brote: conjunto de casos (2 ó más), tanto sospechosos como confirmados, donde se comprueba un nexo epidemiológico.

CRITERIOS DE LABORATORIO:

Hepatitis A: positivo para IgM anti-VHA.

Hepatitis E: positivo para IgM anti-VHE.

Por ser virus diferentes las pruebas diagnosticas no producen reacciones cruzadas entre ellas.

TRATAMIENTO

No existe tratamiento específico para la hepatitis A o E.

¹ Center for Disease Control (www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis)

Durante la fase icterica, se indica reposo en cama. Debe mantenerse por un período variable que concuerde con la propia sensación de bienestar del paciente. También es recomendable evitar los ejercicios físicos por uno a dos meses.

La alimentación debe tender a ser normal, dando a elegir al paciente las cantidades y tipo de alimento según su propia tolerancia. En la fase de convalecencia -y debido al alto grado de regeneración celular- debe indicarse un régimen rico en proteínas.

Se debe evitar el alcohol y medicamentos que puedan ser tóxicos a nivel hepático.

Se requieren medidas de control de transmisión fecal-oral por una semana después de la aparición de la ictericia. Estas incluyen: lavarse las manos después de estar en contacto con un paciente o con objetos que puedan estar contaminados y antes de atender a otro paciente, desechar adecuadamente los artículos contaminados con material infectante y, dentro de lo posible, uso de guantes para manipular material contaminado. La medida más importante e imprescindible es un buen lavado de manos. Por parte del personal médico, se requiere el lavado de manos entre un paciente y otro.

Cabe recordar, que el período de mayor excreción viral ocurre antes de la aparición de la ictericia y continúa algunos días después de iniciada la ictericia.

MANEJO DE CONTACTOS

Se define como contacto a toda persona menor de 20 años que duerme bajo el mismo techo (domicilio, salas cuna, internados, colonias de vacaciones) o que comparte alimentación con un caso serológicamente confirmado y que no tiene antecedentes conocidos de haber presentado hepatitis A o E.

A los **contactos de casos aislados** se les debe aplicar gamma globulina estándar intramuscular, en dosis de 0,02 ml/Kg de peso, tan pronto como sea posible después de la exposición, pero en un **plazo máximo de dos semanas desde el inicio de la exposición**. No necesitan inmunoglobulina las personas que han recibido una dosis de vacuna contra la Hepatitis A, al menos 30 días antes de la exposición.

En el caso de **brote**, es decir, 2 ó más casos relacionados, tanto sospechosos como confirmados, con nexo epidemiológico y basados en la evidencia científica, se usará vacuna contra la hepatitis A para control de brotes, con una sola dosis.

Ante la ocurrencia de casos aislados de Hepatitis A en escuelas, lugares de trabajo u otras instituciones, sin personas que cumplan con la definición de contacto, **no es necesario aplicar vacuna y sólo se deben enfatizar las medidas higiénicas**. Esto también rige para el personal de salud en las salas donde un paciente con diagnóstico de hepatitis A es admitido.

MEDIDAS EN CASO DE BROTES

Investigación epidemiológica

A través de ésta se intenta:

- Determinar el modo de transmisión de la enfermedad, el que puede ser persona a persona (enfermo clínico, subclínico o asintomático) o a través de un vehículo común (agua, alimento, etc.).
- Determinar la magnitud del brote: número de personas enfermas.
- Determinar a quiénes afecta: niños, adolescentes, adultos, sexo, etc.
- Determinar el lugar geográfico de ocurrencia del brote: institución, sector poblacional, comuna, etc.
- Definir si el brote es institucional o comunitario.

Confirmación de laboratorio:

El Instituto de Salud Pública ha implementado la técnica de ELISA IgM para el diagnóstico serológico de infección por VHA. Por ello, **en cada brote de Hepatitis A** que sea pesquisado en forma oportuna (período entre pesquisa de caso índice e investigación del brote no superior a 14 días), se deberán tomar muestras de sangre **a los casos sintomáticos, hasta un máximo de 5 casos sintomáticos pertenecientes a ese brote**. Las muestras (1 ml a 3 ml de suero) deben ser enviadas al ISP, refrigeradas y con el formulario correspondiente. Debido a que las muestras serán tomadas sólo en caso de brotes, bastará la confirmación de una sola de ellas para que se asuma que el brote corresponde a Hepatitis A.

Adopción de medidas de control del brote: éstas dependerán de los resultados arrojados por la investigación epidemiológica y se relacionan con el manejo ambiental y de los contactos.

Manejo de contactos: en caso de brote se usará vacuna contra hepatitis A para bloqueo epidemiológico. Su uso con este objetivo, sólo requiere de **una dosis** de vacuna. La experiencia con el uso de vacunas para prevención de brotes de hepatitis A, demuestra que debe ser aplicada dentro de las dos primeras semanas post exposición.

Manejo Ambiental: Se deben coordinar actividades con el Departamento de Acción Sanitaria de la SEREMI de Salud, a fin de eliminar la fuente común de infección e intensificar los esfuerzos para mejorar el saneamiento y el adecuado abastecimiento de agua de la población.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- § Educar a la población para lograr un buen saneamiento e higiene personal, con especial énfasis en el lavado de manos con jabón y la eliminación sanitaria de heces.
- § Disponer de agua potable para consumo humano.
- § Eliminar las aguas servidas, a través de un sistema de alcantarillado público o por sistemas particulares, tales como las fosas sépticas o letrinas sanitarias.
- § Manipular los alimentos de manera higiénica.
- § Los mariscos o crustáceos se deben cocer a temperaturas de 85°C a 90°C durante al menos cuatro minutos, antes de ser consumidos.
- § Las normas administrativas de las guarderías infantiles deben insistir en las medidas que permitan reducir al mínimo la posibilidad de transmisión fecal-oral, incluido el lavado minucioso de las manos después de cada cambio de pañales, antes de comer o dar de comer a los niños.
- § Medidas de Aseo:
 - Aseo de baños: Este debe realizarse en orden sucesivo, desde lo más limpio a lo más contaminado para evitar la diseminación de los gérmenes, comenzando por los muros, seguido por artefactos como lavamanos, duchas y WC. El piso, si bien no es la parte más sucia del baño, conviene dejarlo para el final, ya que el aseo del resto de los artefactos puede producir un arrastre de suciedad hacia el suelo. Para el aseo del baño se debe considerar el lavado y la posterior desinfección con cloro sin diluir.
 - Aseo de Cocina: Antes de iniciar el aseo de la cocina, se debe eliminar la basura. Al igual que en el baño, el aseo debe comenzar desde las zonas más limpias a las más sucias. La superficie de mesas y mesones debe hacerse cuantas veces sea necesario durante el día. El suelo, debe lavarse una vez al día.
- § Se debe dar estricto cumplimiento a lo estipulado en el Decreto Supremo N° 289 del Código Sanitario, en que se refiere al "Reglamento sobre condiciones sanitarias mínimas de los establecimientos educacionales", publicado en el Diario Oficial el 13 de noviembre de 1989; como asimismo, a la "Guía de funcionamiento de salas cunas y jardines infantiles", publicado en el Diario Oficial el 21 de enero de 1999.

La presente circular deja sin efecto la Circular N° 15 AD/34 del 12 de Noviembre 2002, en lo que se refiere a Hepatitis A. Solicito a usted, dar la más amplia difusión a esta Circular.

Saluda atentamente,



DRA. LIDIA AMARALES OSORIO
SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA

Distribución

- SEREMIS (13)
- Unidades de Epidemiología (13)
- Departamento de Acción Sanitaria de las SEREMIS de Salud.(13)
- Directores Servicios de Salud del país (28)
- Representante de OPS en Chile
- Superintendencia de Isapres
- Director Escuela de Salud Pública Universidad de Chile.
- Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Departamento de Salud Pública Universidad de Santiago.
- Sociedad Chilena de Pediatría
- Sociedad Chilena de Infectología
- Subsecretaria de Salud Publica
- Subsecretaria de Redes Asistenciales
- División de Planificación Sanitaria
- División de Políticas Publicas y Promoción
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- Departamento de Comunicaciones
- Centro de Documentación
- Departamento de Epidemiología
- Oficina de Partes

REPORTE SOBRE ACTIVIDADES EN TERRENO: BROTE DE HEPATITIS A

Correlativo en Región: _____
 Correlativo nacional: _____

PARTE I :

REGION DE OCURRENCIA			
RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN DEL BROTE	Se refiere al nombre de la persona que notifica		
INVESTIGACIÓN REALIZADA POR:	Epidemiología: _____	Ambiente: _____	
	Ambos: _____	Sin investigación: _____	
FECHA DE DETECCIÓN DEL BROTE			
FECHA VISITA A TERRENO			
LUGAR DE OCURRENCIA (dirección, según corresponda, teléfono)			
COMUNA			
CARACTERIZACION DEL BROTE	_ INSTITUCIONAL _ COMUNITARIO _ MIXTO _ INTRADOMICILIARIO		
SI EL BROTE ES INSTITUCIONAL, SEÑALE TIPO DE INSTITUCIÓN	___ Hogar De Menores ___ Guardería o Jardín Infantil ___ Otro: _____		
	___ Internado ___ Escuela o Liceo		
NOMINA DE CASOS INVOLUCRADOS EN EL BROTE (no es necesario completar en brotes comunitarios dispersos)			
NOMBRE (resaltar caso índice):	FECHA INICIO SÍNTOMAS (o ausentismo escolar):	EDAD:	Nivel-Curso
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	
4.	4.	4.	
..	
Nº DE CONTACTOS IDENTIFICADOS			
Nº DE CONTACTOS QUE RECIBIERON INMUNOPROFILAXIS Y RANGO DE EDADES	Nº personas inmunizadas	Vacuna (dosis usadas)	Gammaglob. (frasco-amp utilizados)
0-2 años:			
2 a 10 años:			
11 a 19 años:			
20 o más años:			
TOTAL			
En caso de brotes comunitarios dispersos indicar cobertura:			
FECHA DE INMUNOPROFILAXIS	OPORTUNIDAD (Fecha de bloqueo de contactos - Fecha detección del brote)		
¿ESTE BROTE FUE CONFIRMADO POR LABORATORIO (Ig M para VHA en ISP)?	SI ____ NO ____		
NÓMINA DE CASOS A LOS QUE SE TOMÓ MUESTRA PARA SEROLOGÍA		Fecha	Resultado
1.			
2.			
..			

PARTE II :

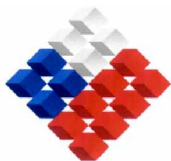
TIPO DE FUENTE DEL BROTE	_ PERSONA A PERSONA _ FUENTE ÚNICA _ FUENTE ÚNICA INTERMITENTE _ FUENTE ÚNICA CON POSTERIOR TRANSMISIÓN PERSONA A PERSONA _ OTRO
¿FUERON IDENTIFICADOS LOS FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL?	SI ____ NO ____
<p><u>FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS</u></p> 1. 2. 3. ..	
FUERON INTERVENIDOS	SI ____ NO ____
SEÑALE TIPO DE INTERVENCIÓN AMBIENTAL	

PARTE III

DIAGNÓSTICO DEL BROTE: _ INSTITUCIONAL LIMITADO _ COMUNITARIO LIMITADO (intrafamiliar o en comunidad bien delimitada) _ COMUNITARIO DISPERSO _ MIXTO _ OTRO: _____
CONCLUSIÓN Y COMENTARIOS
CURVA EPIDÉMICA DEL BROTE

Firma del Epidemiólogo

Firma del responsable de
Acción Sanitaria



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN Y ENVIO MUESTRAS
BROTOS DE HEPATITIS A

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos:

RUT: - Edad

Fecha de Nacimiento: Sexo: M F

2. DATOS CLINICOS:

Síntomas / Signos

- Fiebre
- Ictericia
- Coluria
- Acolia
- Astenia
- Anorexia

Otros _____

Laboratorio

- Aumento de Bilirrubina
- Aumento de Transaminasas
- Aumento de Fosfatasa Alcalina
- Disminución de la Protrombina
- Aumento de GGT
- IgM positiva Hepatitis A

Otros _____

3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS:

N° de brote (correlativo en SEREMI) _____

N° de casos detectados en el brote: _____

Fecha de detección del brote: _____

Lugar de ocurrencia: _____ (SEREMI: _____)

Vacunación Hepatitis A SI NO Fecha Vacunación : _____

3. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

Fecha de Obtención Tipo de Muestra: Suero / plasma; Sangre total

4. PROCEDENCIA:

Nombre Profesional Laboratorio:

Unidad:

Centro o Institución: Fono:

Servicio Salud : Fax:

Dirección Ciudad:

INSTRUCCIONES:

1. Se rechazarán las muestras que NO vengán con los antecedentes completos y/o letra legible.
2. Para cualquier consulta: Unidad de recepción de Muestras del I.S.P. Fono: 3507247, 3507244
Sección Virología Clínica del I.S.P. Fono: 3507448, 3507412, Fax: 3507583
3. La muestra debe ser enviada en tubo plástico estéril con tapa rosca y refrigerada.
4. Horario de recepción de muestras : Lunes a Viernes de 08:30 a 12:00 hrs.