

COMUNICADO

PARA: ENTIDADES TERRITORIALES DE SALUD E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

DE: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA

ASUNTO: RECOMENDACIONES ANTE LA ALERTA INTERNACIONAL POR HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN NIÑOS, EN MÚLTIPLES PAÍSES

El Reino Unido informó el 5 de abril a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre 10 casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en 10 niños menores de 10 años donde se observó ictericia (74,1%), vómito (72,8 %), diarrea (49,4 %), pocos casos relacionaron fiebre (29,6 %) y enzimas hepáticas elevadas (ASL o AST) >500 UI/L; todos los casos previamente sanos, un caso inició síntomas en enero de 2022 y nueve casos en marzo¹. Hasta el 23 de abril se han notificado 169 casos en doce países (11 en Europa y uno en las Américas) con edades comprendidas entre un mes hasta los 16 años, 17 (10 %) niños han requerido trasplante hepático y se ha informado una muerte.

No se han identificado factores de riesgo epidemiológicos relevantes tanto infecciosos como no infecciosos, incluidos viajes internacionales. La mayoría de los niños no estaban vacunados para COVID-19, se han detectado adenovirus en 74 casos y en 18 de estos se identificó el tipo 41 mediante pruebas moleculares. Se confirmó SARS-CoV-2 en 20 casos y se detectó coinfección para SARS-CoV-2 y adenovirus en 19 casos².

De acuerdo con el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades – ECDC, se plantean algunas hipótesis con la evidencia obtenida hasta el momento, la más fuerte relacionada con un cofactor que afecta a los niños, haciendo que las infecciones leves por adenovirus sean más graves o desencadenen un daño hepático mediado por el sistema inmune; este cofactor puede estar relacionado con una susceptibilidad por la falta de

¹ Health Security Agency, UK. Investigation into acute hepatitis of unknown aetiology in children in England Technical briefing. 2022.

² World Health Organization W. Multi-Country – Acute, severe hepatitis of unknown origin in children. 23 de Abril de 2022.

exposición previa al adenovirus durante la pandemia o una infección previa con SARS-CoV-2 o una toxina, droga o una exposición ambiental³.

Las definiciones operativas de caso que maneja la OMS son:

- *Confirmado: N/A en la actualidad*
- *Probable: persona que presenta hepatitis aguda (no hepatitis A, B, C, B-D y E*) con transaminasa sérica >500 UI/L (AST o ALT), que tenga 16 años o menos. Desde el 1 de octubre de 2021.*
- *Nexo epidemiológico: Persona que presenta una hepatitis aguda (no hepatitis A, B, C, B-D y E*) de cualquier edad que es contacto estrecho de un caso probable. Desde el 1 de octubre de 2021.*

** Si se esperan los resultados de la serología de hepatitis A, B, C, B-D y E, pero se cumplen otros criterios, estos se pueden informar y se clasificarán como "clasificación pendiente". Se descartan los casos con otras explicaciones para su presentación clínica.²*

Con el fin de fortalecer en el país la identificación de este evento de origen por establecer y responder a la alerta emitida desde la OMS, se emiten las siguientes recomendaciones:

Vigilancia en salud pública

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben intensificar la búsqueda de posibles casos de acuerdo con la definición de la OMS en los servicios de pediatría, así como intensificar la vigilancia de virus respiratorios mediante la estrategia centinela de ESI-IRAG en las instituciones establecidas a nivel nacional mediante la circular externa conjunta 0031/2018 para identificar aumentos inusitados en la detección de Adenovirus.

Ante la identificación de un caso probable, descartando otros eventos que puedan explicar la clínica del paciente, se deben notificar de manera inmediata a través del sistema de vigilancia en salud pública mediante el código 900 de Sivigila (evento sin establecer) que captura información de datos básicos y en la variable "dirección de residencia" diligenciar el diagnóstico "Hepatitis aguda grave".

La entidad territorial debe enviar copia de la historia clínica, verificar los estudios realizados en la red de atención y de acuerdo con sus procesos de valoración del riesgo, activar equipos de respuesta inmediata para realizar la investigación epidemiológica de campo, identificando las posibles exposiciones a sustancias tóxicas, ambientales, consumo de alimentos y agua, medicamentos, identificación de casos y contactos, viajes recientes,

³ ECDC, Increase in severe acute hepatitis cases of unknown aetiology in children. 28 de abril de 2022. disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/increase-severe-acute-hepatitis-cases-unknown-aetiology-children>

antecedentes clínicos, esquema de vacunación para la edad, ocupación de los padres, entre otros.

La información recolectada debe ser consolidada en formato Reporte de Situación – Sitrep, disponible en la dirección <http://url.ins.gov.co/7nib8>, esta información se debe remitir al Gestor del Sistema de Alerta Temprana del INS antes de las 24 horas después de identificado el caso a la dirección de correo electrónica eri@ins.gov.co.

Laboratorio

Ante la identificación de un caso probable debe realizarse el proceso de atención convencional que permita el diagnóstico diferencial, en el marco de la red de atención integral de su EAPB; si en el proceso de atención clínica se descartan todas las posibles etiologías, debe procederse a la notificación del caso y al envío de las muestras al laboratorio departamental de salud pública, acompañado del resumen de historia clínica que incluye los resultados de los diagnósticos diferenciales.

Los estudios de laboratorio para identificación de posibles causas infecciosas pueden abordar (hepatitis virales agudas (A, B, C, B-D y E), Virus Epstein-Barr, Citomegalovirus, virus respiratorios (Adenovirus, SARS-CoV-2), patógenos gastrointestinales, entre otros eventos endémicos y contemplar posibles causas tóxicas o metabólicas u otras que puedan identificarse a criterio médico. Este proceso de diagnóstico individual hace parte de la atención integral del paciente y debe realizarse bajo el alcance que se tenga en la red de prestación de servicios. No se deben enviar muestras Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) si antes no se hace el diagnóstico diferencial.

En los casos donde se descarten las infecciones antes mencionadas, deberán colectarse muestras para ser enviadas LNR con el fin de realizar análisis especializados. Teniendo en cuenta que a la fecha no hay evidencia clara de asociación directa con algún agente causal, se recomienda la recolección de sangre (suero), materia fecal, y muestra respiratoria (aspirado, hisopado orofaríngeo) las cuales deben ser enviadas de forma inmediata manteniendo la cadena de frío recomendada.

Si llegan a presentarse muertes con la definición de caso de hepatitis aguda o hepatitis fulminante es necesario enviar muestras de viscerotomía hepática en formol al 10 % a temperatura ambiente con destino al laboratorio patología y una segunda muestra en solución salina 0.9% a temperatura de 0 a 4 °C para el grupo de virología.

En ausencia de muestra de suero antemortem es necesario tomar 5cc de muestra de sangre de vasos subclavios, separar el suero y remitir al LNR para análisis virológicos y microbiológicos. La inclusión de otros órganos deberá contemplarse de acuerdo con la sospecha de la vía de infección y la evolución clínica que tuvo el caso (necropsia completa).

A continuación, se encuentra el enlace del manual de toma de muestras del INS para consulta de las condiciones técnicas de toma, mantenimiento y envío de muestras al LNR.
<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-toma-envio-muestras-ins.pdf>.

La actualización de este comunicado se realizará con base en la publicación de evidencia disponible.