

# PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

## HEPATITIS A

Código: 330



**DOCUMENTO ELABORADO POR**

**Equipo Inmunoprevenibles  
Instituto Nacional de Salud INS**

**DOCUMENTO ACTUALIZADO POR**

**Angélica María Rojas Bárcenas**  
Profesional especializado  
Equipo Inmunoprevenibles  
Instituto Nacional de Salud INS

---

**Martha Lucía Ospina Martínez**  
Director General INS

**Franklyn Edwin Prieto Alvarado**  
Director de Vigilancia y  
Análisis del Riesgo en Salud Pública

**Óscar Eduardo Pacheco García**  
Subdirector de Prevención,  
Vigilancia y Control en Salud Pública

**Hernán Quijada Bonilla**  
Subdirector de Análisis del Riesgo  
y Respuesta Inmediata en Salud Pública

# Tabla de contenido

<b>1</b>	Introducción	4
	1.1. Comportamiento del evento	4
	1.2. Estado del arte	5
	1.3. Justificación para la vigilancia	6
	1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento	6
<b>2</b>	Objetivos específicos	7
<b>3</b>	Definiciones operativas de casos	7
<b>4</b>	Fuentes de los datos	8
	4.1. Definición de las fuentes	8
	4.2. Periodicidad de los reportes	8
	4.3. Flujo de información	8
	4.4. Responsabilidades por niveles	8
<b>5</b>	Recolección y procesamiento de los datos	9
<b>6</b>	Análisis de la información	10
	6.1. Indicadores	10
<b>7</b>	Orientación de la acción	12
	7.1. Acciones individuales	12
	7.2. Acciones colectivas	12
	7.3. Acciones de laboratorio	13
<b>8</b>	Comunicación del riesgo	13
<b>9</b>	Referencias bibliográficas	14
<b>10</b>	Control de revisiones	15
<b>11</b>	Anexos	15

## 1. Introducción

La hepatitis A es una infección viral en población infantil frecuentemente subclínica, la cual causa una elevada morbilidad en la población adulta y ocasionalmente puede llegar a tener consecuencias graves, como insuficiencia hepática aguda de evolución fatal. Su relación con las condiciones higiénico – sanitarias, convierte a este evento en un importante indicador de mejoramiento de la calidad de vida y de desarrollo.

En Colombia la hepatitis A continúa siendo un importante evento de interés en salud pública. Se requiere contar con herramientas de vigilancia en salud pública para caracterizar el comportamiento de este evento a nivel nacional y subnacional con el objeto de definir medidas de prevención y control.

### 1.1. Comportamiento Mundial y Regional del evento

#### 1.1.1 Situación epidemiológica mundial

El comportamiento del evento varía según el nivel de desarrollo; en los países en desarrollo con condiciones de saneamiento y prácticas de higiene deficientes, la mayoría de los niños (90%) han sufrido la infección antes de los 10 años, los infectados durante la infancia generalmente no presentan síntomas, las epidemias son poco frecuentes porque los niños mayores y los adultos suelen estar inmunizados; estos países se consideran de alta endemia (por ejemplo África, Asia Central) (1). En los países en desarrollo, los niños suelen eludir la infección durante la primera infancia; el rango de edad de infección es de 5-24 años, y la incidencia se mantiene debido a las infecciones en los adultos; cerca del 80% de la población a los 25 años de edad presenta positividad de IgG anti VHA. Estos países se consideran de endemia intermedia (países de Europa suroriental, algunos países de América Latina y el Caribe, y algunas regiones del Medio Este) (2).

En los países desarrollados con buen nivel de saneamiento e higiene, las tasas de infección son bajas. Puede haber morbilidad entre los adolescentes y adultos de los grupos con mayor riesgo, como los consumidores de drogas inyectables, los hombres

homosexuales y las personas que viajan a zonas de alta endemicidad, así como en algunas poblaciones aisladas, por ejemplo comunidades cerradas. La edad promedio de infección es 25 años y la proporción de infección es generalmente baja. El 80% de la población presenta IgG anti VHA positiva a los 50 años de edad (3).

#### 1.1.2 Situación epidemiológica en América

En América Latina, los niveles más altos de anticuerpos anti-HAV han sido hallados en México y República Dominicana. La seroprevalencia de anti-HAV fue significativamente más alta en las mujeres que en los varones, excepto en Brasil y Venezuela. En México, Argentina y Brasil, la seroprevalencia de anti-HAV fue significativamente más alta en los grupos socio-económicos bajos, y en términos generales se observa endemia de alta a intermedia en América Latina siendo el grupo más afectado el de los adolescentes y adultos (4).

La mayoría de países de ALC (América Latina Central) presentan una endemicidad intermedia para el VHA, es decir, más del 50% de su población ha adquirido inmunidad contra el VHA a la edad de 15 años. Sin embargo, la prevalencia varía según la zona; por ejemplo, la prevalencia de anticuerpos anti-VHA entre los 15 y 19 años en 2005 fue respectivamente del 57% y 96% en el Caribe y la región Andina. Algunos estudios indican que los casos clínicos del VHA en la Región están desplazándose de edades muy tempranas a niños de media edad. También se registran brotes del VHA en la Región, y se prevé que con la exposición al VHA en edades más tardías (y en consecuencia, adquisición más tardía de inmunidad y disminución de la endemicidad), el riesgo de brotes será mayor (5). La seroprevalencia de anti-VHA en el año 1990 y año 2005, según grupos de edad para la región de América latina central, grupo en el que se encuentra Colombia, muestra que para el año 1990 para población entre 15 y 19 años era del 74%, y para esta misma población a corte del año 2005 era del 90% (6).



### 1.1.3 Situación epidemiológica nacional

Colombia está considerada entre los países con endemia de alta a moderada, sin embargo, la variación en el número de casos es muy amplia existiendo áreas de alta y baja endemia dentro del territorio nacional (7).

En Colombia, el comportamiento y vigilancia de los casos de hepatitis A desde 1997 hasta la fecha se ha visto afectada, no sólo por la cobertura en la vigilancia del evento, sino también por la definición y configuración de los casos. Colombia está considerada entre los países con alta a moderada endemia, sin embargo, la variación en el número de casos es muy amplia existiendo áreas de alta y baja endemia dentro del territorio nacional.

En Colombia entre el periodo 2009 – 2016 se han notificado en promedio 4 092 casos por año, sin embargo en los últimos tres años se ha observado una reducción en el número de casos registrados, este descenso puede estar asociado con el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico en algunas áreas así como con la introducción de la vacuna contra la hepatitis A en el Plan Ampliado de Inmunizaciones (9).

Históricamente las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá, Norte de Santander, Valle del Cauca, Caldas, Santander y Cundinamarca reportan el mayor número de casos. En cuanto a otras características sociales y demográficas, el mayor número de casos se registra en el sexo masculino, en están afiliados al régimen contributivo y por procedencia en cabecera municipal. Por pertenencia étnica, el mayor número de casos corresponde a población “otros.”

## 1.2. Estado del arte

La hepatitis A es una enfermedad causada por el virus de la hepatitis A (VHA). Se transmite principalmente cuando una persona no infectada (y no vacunada) come o bebe algo contaminado por heces de una persona infectada. La enfermedad está estrechamente asociada a la falta de agua salubre, un saneamiento deficiente y una mala higiene personal. A diferencia de

las hepatitis B y C, la hepatitis A no causa hepatopatía crónica y rara vez es mortal, pero puede causar síntomas debilitantes y hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda), que se asocia a una alta mortalidad.

El comienzo de la enfermedad incluye fiebre, malestar general, anorexia, náuseas y molestias abdominales, seguidas en pocos días de ictericia (coloración amarillenta de la piel y mucosas), coluria (orina color “Coca-Cola”), acolia (materia fecal blanquecina), hepatomegalia y dolor en el hipocondrio derecho acompañado de mialgias y artralgias dependiendo de la edad en que se adquiere la infección.

Los individuos con infección asintomática juegan un rol importante en la transmisión, y aún sin síntomas se consideran una fuente importante de infección. La duración de la enfermedad varía de una a dos semanas, hasta varios meses (5 a 6 meses), con un restablecimiento completo sin secuelas y con un porcentaje bajo (8 a 10%) de recurrencias en la elevación de los niveles de las aminotransferasas (10) (11).

La mortalidad atribuible a esta enfermedad es baja, con incremento gradual de la misma, a medida que aumenta la edad de los casos. La tasa de mortalidad se eleva en 2,7 % en personas mayores de 50 años de edad. La inmunidad después de la infección dura toda la vida. (1, 3, 12).

Clínica y bioquímicamente, la hepatitis A no puede diferenciarse de otras hepatitis, por lo que los anticuerpos detectados en las pruebas serológicas (IgM Anti-VHA), una vez iniciado el cuadro febril y malestar general, y que persisten por cuatro a seis meses, son necesarios para un diagnóstico definitivo (5,6).

Las complicaciones de la falla hepática aguda son el edema cerebral, sepsis, sangrado gastrointestinal e hipoglucemia.

A continuación se presentan de manera general algunos aspectos del agente, modo de transmisión, período de incubación, entre otros.



**Agente etiológico:** El virus de la hepatitis A es del tipo RNA, de la familia Picornaviridae, género Hepatovirus, Specie: Hepatitis A virus. Se conoce un solo serotipo (3).

**Modo de transmisión:** El virus de hepatitis A se transmite principalmente por vía fecal-oral, esto es, cuando una persona susceptible ingiere alimentos o agua contaminados con las heces de una persona infectada. Los brotes transmitidos por el agua, aunque infrecuentes, suelen estar relacionados con casos de contaminación por aguas residuales o de abastecimiento de agua insuficientemente tratada (18).

La transmisión persona a persona es frecuente cuando no se cuenta con medidas higiénicas adecuadas como el lavado de manos (17).

Otros medios de transmisión son el sexo anal u oral -anal, y la transfusión de sangre, que aunque es rara, puede ocurrir cuando el donador está en el período de incubación (18). También se ha informado de brotes de hepatitis A entre los usuarios de drogas intravenosas, debido a que la viremia puede persistir por varias semanas y el contagio se relaciona con higiene deficiente y el uso compartido de agujas, jeringas, filtros y soluciones para mezclar medicamentos (17, 18).

**Período de incubación:** De 15 a 50 días, con promedio de 30 días (17).

**Periodo de transmisibilidad:** La infectividad máxima ocurre durante la segunda mitad del período de incubación y continúa algunos días después del inicio de la ictericia; también coincide con el período de altos niveles séricos de aminotransferasas en casos anictéricos (19) Los niños menores de siete años juegan un papel importante en la diseminación, en su mayoría por curso asintomático (18).

**Reservorio:** Los seres humanos, y en raras ocasiones chimpancés y otros primates no humanos (17).

**Susceptibilidad:** Están en riesgo de infección las personas que nunca se han infectado, y aquellas que no han sido vacunadas contra la hepatitis A (18).

**Inmunidad:** Se adquiere permanentemente (toda la vida) a través de una única infección por el VHA, de tal manera que una vez la persona se recupera de la

hepatitis A, nunca se infectará de nuevo (19). La inmunización confiere protección completa contra la infección.

### 1.3. Justificación para la vigilancia

En Colombia, se introdujo la vacuna contra la hepatitis A en el Plan Ampliado de Inmunizaciones a partir del año 2013; se requiere de acciones de vigilancia y seguimiento rutinario del evento con el objeto de caracterizar su comportamiento a nivel nacional y subnacional, identificar población y áreas de riesgo y definir acciones de prevención y control adecuadas.

De igual manera se requiere contar con información del comportamiento de hepatitis A como parte de las acciones de monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública específicamente en las dimensiones de Salud Ambiental, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Vida saludable y condiciones transmisibles así como en las dimensiones transversales y del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La identificación de brotes de hepatitis A aguda se constituye además en un insumo fundamental para el análisis de la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano así como un instrumento de monitoreo y evaluación de otros factores de riesgo ambiental.

### 1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos de hepatitis A, de acuerdo con los procesos establecidos, notificación, recolección, diagnóstico por laboratorio y análisis de los datos para generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento.

Los usuarios de la información de la vigilancia de la hepatitis A son las instituciones del sector salud en el nivel nacional y subnacional y otros sectores (Ministerio de Ambiente, Vivienda, Corporaciones Ambientales, Superintendencia de servicios públicos, entre otros), así como la comunidad académica y comunidad en general.

## 2. Objetivos de la vigilancia del evento

- Identificar las características epidemiológicas, sociales y demográficas de la población expuesta a hepatitis A en el país.
- Establecer zonas y áreas geográficas de riesgo para la ocurrencia del evento en el país.
- Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de hepatitis A.

## 3. Definición del evento

La definición del evento se basa en criterios clínicos, relacionados a continuación de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades decima revisión, CIE X (18):

Tipo de Caso	Características de la clasificación
Caso Probable	Paciente con malestar general, anorexia, náuseas y molestias abdominales, con alteración en pruebas de función hepática, no atribuible a otras causas, acompañado o no de fiebre, ictericia, coluria, acolia o dolor en hipocondrio derecho, en el cual el médico tratante hace impresión diagnóstica de hepatitis A.
Caso Confirmado por laboratorio	Caso probable que cuenta con prueba de Anticuerpos IgM anti-VHA positiva.
Casos confirmado por nexa epidemiológico	Persona con malestar general, anorexia, náuseas y molestias abdominales, con alteración en pruebas de función hepática, no atribuible a otras causas, acompañado o no de fiebre, ictericia, coluria, acolia o dolor en hipocondrio derecho, y antecedente de contacto con: fuente común contaminada (agua para consumo humano), o contacto con un caso confirmado por laboratorio, en los últimos 50 días previos al inicio de los síntomas.
Brote	Episodio en el cual se identifican dos o más casos confirmados, o uno confirmado y uno probable, y donde se comprueba la existencia de nexa epidemiológico. Para población confinada en cárceles, establecimientos militares y comunidades religiosas, un solo caso confirmado determina un brote, de igual forma en instituciones que albergan niños menores de cinco años.

Fuente: Adaptación definición de caso OMS. Clasificación Internacional de enfermedades (CIE)

\*Todo caso probable al que la prueba de IgM para HAV fue negativa debe investigarse para otras causas de hepatitis virales, como VHB y VHC, y de acuerdo al algoritmo para la clasificación de casos asociados a síndrome febril icterico.

## 4. Fuentes de los datos

### 4.1. Definición de la fuente

Primarias:

Historias clínicas, fichas de notificación de datos básicos, certificados de defunción, visitas epidemiológicas de campo, Registros Individuales de Prestación en Salud (RIPS), Registro Único de Afiliaciones módulo defunciones (RUAF).

Secundarias:

Registros de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud, rumores de casos, medios de comunicación.

### 4.2. Periodicidad del reporte

Notificaciones	Responsabilidad
Notificación inmediata	Los casos asociados a un brote deberán reportarse de manera inmediata (vía telefónica, fax o correo electrónico) desde la UPGD a la unidad notificadora municipal UNM respectiva, para que ésta inicie la investigación de campo. La unidad notificadora municipal configurará los brotes. Si el municipio no tiene la capacidad para atender el brote, éste debe notificar de manera inmediata al nivel departamental, y si es necesario al nivel nacional. También será inmediata desde la UNM a UND al INS o MPS (CNE – Centro Nacional de Enlace), en las siguiente situación: · Brotes que involucren población cerrada o cautiva, entre los cuales están cárceles, ancianatos, colegios, guarderías, batallones o similares, y población desplazada.
Notificación semanal	Los casos aislados se notificarán de manera individual con periodicidad semanal desde la UPGD a la unidad notificadora municipal. Las unidades notificadoras municipales consolidarán y notificarán al ámbito departamental semanalmente en archivos planos y de manera individual los casos de brotes y los casos aislados, utilizando la ficha única de notificación, cara A (datos básicos) con Código INS 330 para hepatitis A. Para la notificación de la información del brote en la ficha única de notificación colectiva, para enfermedades transmitidas por alimentos y de origen hídrico (349), únicamente cuando se verifique la positividad del virus en muestras de agua. El ámbito departamental o distrital (dirección o secretaría departamental o distrital de salud) consolidará y notificará al Instituto Nacional de Salud en archivos planos y de manera individual, los casos aislados y los casos de brotes.

### 4.3 Flujo de información

El flujo de la información se genera desde la Unidad primaria generadora de datos – UPGD, hacia el municipio, y del municipio hasta el nivel nacional e internacional (si es el caso), y desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores (Ver manual “metodología Sivigila” ([http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion\\_Vigilancia/sivigila/Documentos%20SIVIGILA/Metodologia\\_SIVIGILA.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion_Vigilancia/sivigila/Documentos%20SIVIGILA/Metodologia_SIVIGILA.pdf))).

### 4.4. Responsabilidad por niveles

- Institución prestadora de servicios de salud (UPGD)
- Garantizar la atención integral del caso de acuerdo con la práctica clínica (según la normatividad vigente), incluidos los paraclínicos que se requieran.
  - Garantizar el acceso al diagnóstico adecuado según los lineamientos nacionales.
  - Realizar la notificación del caso y remisión de la ficha de notificación al nivel correspondiente según flujo de información.



#### Direcciones municipales de salud

- Consolidar la información del área de su jurisdicción y realizar la notificación al nivel correspondiente según flujo de información.
- Realizar la investigación epidemiológica para brotes o conglomerados ocurridos en población cautiva.
- Realizar las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 y según lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública.

#### Entidades administradoras de planes de beneficios de salud

- Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar por laboratorio los casos de hepatitis A y asegurar las intervenciones individuales del caso.
- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.
- Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en salud pública.
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.

#### Secretarías departamentales y distritales de salud

- Consolidar la información del área de su jurisdicción y realizar la notificación al nivel correspondiente según flujo de información.
- Realizar asistencia técnica a la unidad local de salud según evaluación de riesgo para el evento.
- Concurrir con la unidad local de salud, si se requiere, en la investigación epidemiológica de campo para brotes o conglomerados ocurridos en población cautiva.
- Concurrir con la unidad local de salud en las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.

#### Instituto Nacional de Salud

- Realizar asistencia técnica y acompañamiento a las entidades territoriales según evaluación de perfil de riesgo para el evento.
- Realizar análisis de la información registrada en el Sistema de vigilancia en salud pública y divulgar estos resultados (Informe de evento, circulares, alertas entre otros) para contribuir al diseño de estrategias de prevención y control a nivel nacional y sub nacional.

## 5. Recolección y procesamiento de datos

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Protección Social.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

Los ajustes a la información de casos probables de hepatitis A, se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico, cuatro semanas inmediatamente posteriores a la notificación de los casos de acuerdo a

los criterios de confirmación o descarte de los casos y de los brotes.

Teniendo en cuenta las características de este evento los ajustes que podrían realizarse son 3 (confirmado por laboratorio), 5 (confirmado por nexo epidemiológico), 6 (descartado por laboratorio), D (descartado por error de digitación) y 7 (calidad del dato).

## 6. Análisis de la información

El análisis de la información recolectada, se deberá realizar por niveles a través de medidas de frecuencia y tendencia cuyo objetivo será conocer el comportamiento del evento. Antes del proceso de análisis se deberá desarrollar un proceso de depuración, eliminación de registros repetidos y revisión de la calidad de los datos de cada una de las variables. El proceso de análisis debe incluir:

- Comportamiento de la notificación de casos por semana epidemiológica.
- Distribución de casos por entidad territorial por niveles (departamento/ distrito – municipio).
- Comportamiento demográfico y social.
- Comportamiento del evento en población de menores de 5 años.

- Incidencia del evento por nivel y comparación del comportamiento con el nivel nacional.
- Tendencia del evento y comparación del comportamiento con el nivel nacional.
- Revisión de ajustes por periodo epidemiológico.
- Porcentaje de cumplimiento para brotes de investigación epidemiológica de campo, envío de informe de 24 y 72 horas, toma y envío de muestras de laboratorio, entre otros).

### 6.1. Indicadores

Tipo de indicador	Impacto
Definición	Número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un periodo de tiempo determinado.
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Propósito	Evaluar la magnitud del evento
Definición operacional	Numerador: Número de casos nuevos (confirmados por laboratorio) de hepatitis A notificados en el periodo de tiempo. Denominador: Población expuesta al riesgo de enfermar de esa causa en el periodo
Coefficiente de multiplicación	100 000
Fuente de información	Sivigila, Registros de laboratorio
Interpretación del resultado	En el periodo __ se notificaron __ casos nuevos del evento por cada 100.000 habitantes o personas en riesgo.
Nivel	Nacional, departamental y municipal
Meta	No aplica

Nombre del indicador	Oportunidad en la notificación inmediata de brotes de Hepatitis A en población cerrada o cautiva.
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de brotes en población cautiva notificados de manera inmediata.
Periodicidad	Mensual / anual
Propósito	Permite evaluar la oportunidad en la notificación inmediata de los brotes desde el nivel municipal, departamental o distrital al INS.
Definición operacional	Numerador: número de brotes Hepatitis A notificados en las primeras 24 horas desde que se captaron los primeros casos, población cerrada y cautiva.
	Denominador: Total de brotes de Hepatitis A en población cerrada y cautiva.
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila, registros de notificación inmediata (informes, registros de llamadas, notificación al ERI, entre otros)
Interpretación del resultado	El % de brotes en población cautiva notificados de manera oportuna en el periodo __ es del __ %
Nivel	Departamental, municipal, distrital
Meta	100%
	Parámetros: Bueno: Mayor a 60%, Regular: Entre 60% 79%, Deficiente: Menor de 59.9%.

Nombre del indicador	Porcentaje de brotes de Hepatitis A en población cerrada o cautiva, con análisis virológico en muestras de agua.
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de brotes en población cautiva notificados de manera inmediata con toma de muestras de agua.
Periodicidad	Mensual / anual
Propósito	Permite evaluar el cumplimiento en la toma y envío de muestras de agua en brotes en población cautiva desde el nivel municipal, departamental o distrital al INS.
Definición operacional	Numerador: número de brotes Hepatitis A población cerrada y cautiva con toma y envío de muestras de agua
	Denominador: Total de brotes de Hepatitis A en población cerrada y cautiva.
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila, registros de laboratorio
Interpretación del resultado	El % de brotes en población cautiva con muestra de agua en el periodo __ es del __ %
Nivel	Departamental, municipal, distrital
Meta	100%
	Parámetros: Bueno: Mayor a 70%, Regular: Entre 40% 69,9 %, Deficiente: Menor de 39.9%.

## 7. Orientación de la acción

### 7.1. Acciones a Nivel Individual

Para todo caso probable o confirmado por clínica es importante la gestión para confirmación por laboratorio.

En caso de Hepatitis A confirmada, tomar precauciones de tipo entérico durante las primeras dos semanas del cuadro, pero no más de una semana después de la aparición de la ictericia; la excepción sería en casos de hepatitis prolongada o recidivante, donde la excreción del virus se mantiene hasta por tres meses, o en situaciones presentadas en unidad de cuidado intensivo neonatal, donde deben tomarse precauciones de tipo entérico por largo tiempo.

De acuerdo con el criterio del clínico y la presencia de complicaciones, se debe observar las normas de protección universal para el manejo de sangre y líquidos corporales, entre ellas, el lavado de manos, el uso de guantes y gafas, y la eliminación de agujas y jeringas (desechables previa desinfección durante 30 minutos), o su disposición final ruta sanitaria para inactivación y destrucción.

También deben darse instrucciones al enfermo y la familia para aislamiento entérico por lo menos una semana después de desaparecida la ictericia o de pasado el periodo de transmisibilidad:

- Abstenerse de ir al centro educativo o al trabajo
- Abstenerse de preparar alimentos.
- Lavarse las manos después de usar el baño.
- Usar de manera exclusiva los utensilios de cocina (desinfección terminal con hipoclorito de sodio a 200 partes por millón).
- Intensificar las actividades de desinfección de las unidades sanitarias.
- Eliminar la materia fecal y orina (adicionando hipoclorito 30 minutos antes), especialmente donde hay deficiencias en la eliminación de excretas.
- Lavar y hervir los elementos que utilice el enfermo como vajilla, cubiertos, ollas (4).
- Teniendo en cuenta el periodo de transmisibilidad, la recomendación de lavado de manos después de usar el baño debe extenderse a los contactos aún asintomáticos.

- Deben extenderse recomendaciones hacia los padres y cuidadores de menores de 5 años en actividades como cambio de pañal y lavado de manos después de asistirlos en el momento de ir al baño. Teniendo en cuenta la frecuencia de casos asintomáticos en más del 80 % de los pacientes en este grupo de edad.

### 7.2. Acciones a nivel colectivo

- Ante la identificación en población confinada en cárceles, establecimientos militares y comunidades religiosas o instituciones que albergan niños menores de cinco años un solo caso confirmado determina un brote y se deberá iniciar de manera inmediata el abordaje e Investigación epidemiológica de campo cuyo objetivo general es caracterizar de manera adecuada el brote, identificar casos no captados, caracterizar la posible fuente y el modo de transmisión e iniciar de manera oportuna acciones de control de brote. La investigación epidemiológica de campo debe incluir:
  - Búsqueda activa institucional y comunitaria de casos.
  - Identificar y caracterizar los grupos de población expuesta según tiempo, lugar y persona.
  - Identificar y caracterizar posible fuente y el modo de transmisión.
  - Según hallazgos realizar recolección de muestras: biológicas, alimentos, agua, superficies, según el caso.
  - Se deberá incorporar al análisis de la situación los hallazgos de la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano así como otros factores de riesgo ambiental que puedan aportar elementos a la caracterización y comprensión del evento.
  - Si se considera al agua como posible fuente es necesario realizar un proceso completo de caracterización del sistema de abastecimiento de agua en conjunto con las instituciones involucradas en el proceso y realizar toma de muestras.
- En conjunto con el grupo de salud ambiental se deben realizar las acciones de IVC a los establecimientos o lugares implicados según hallazgos.



- En paralelo a las acciones de investigación de campo se deberán generar acciones de control de brote y de comunicación del riesgo dirigida a profesionales de la salud y población general.
- La descripción de hallazgos así como de las acciones desarrolladas se deberá consolidar (informe de 24 horas, 72 horas y final) y enviar sin excepción al responsable del evento con copia al Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata del INS.

Nota: Para mayor información sobre el proceso de investigación epidemiológica de campo consultar el Documento General para Investigación de Casos.

### 7.3. Acciones de Laboratorio

Muestras Biológicas:

Casos aislados:

Se realizará la recolección de muestras de suero a los casos compatibles con los signos, síntomas y periodo de incubación, con el fin de realizar Ac IgM (VHA).

Brotos

La recolección de la muestra de suero se realizará a un número representativo (mínimo al 10% del total de los casos), o 50 % si son menos de 10 los casos asociados.

## 8. Comunicación del riesgo



A nivel nacional, tanto el INS como el ICA producen Con periodicidad semanal la información deberá ser analizada por el equipo de Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua a nivel municipal, distrital, departamental y nacional para disponer de un insumo que oriente las acciones de promoción de la salud, prevención, atención de pacientes y gestión de contingencias; este análisis deberá permitir en cada nivel hacer una evaluación del riesgo y definir zonas o áreas prioritarias para el evento.

La información nacional será publicada de forma oficial a través del informe de evento con periodicidad

El diagnóstico por laboratorio incluye:

- a) Detección en sangre (suero o plasma) de anticuerpos anti-VHA, mediante pruebas de ELISA o EIA: la infección aguda suele tener un incremento IgM anti-VHA a partir de la primera semana luego de la infección viral.
- b) La IgG aparece después de la semana 2 de la infección, no obstante no es utilizada como diagnóstico confirmatorio del evento, por estar asociada a antecedente vacunal o de infección previa.

Muestras de agua:

Al tratarse de brotes en población cerrada o cautiva, en el marco de las acciones de investigación de campo, se debe realizar toma de muestras de agua (100 % de los brotes en población cautiva o cerrada). Los tipos de muestras de agua y el procedimiento para recolección de muestra es el descrito según la fuente seleccionada en el Manual de Instrucciones para la Toma, Preservación y Transporte de Muestras de Agua para Consumo Humano (13).

trimestral el cual puede ser consultado en la página electrónica del Instituto Nacional de Salud. Cada entidad territorial deberá enlazarse a esta publicación a través de sus páginas web institucionales.

Para obtener más información sobre alertas o circulares generadas en relación a este evento se recomienda la consulta de la del), Ministerio de Salud y Protección Social (<https://www.minsalud.gov.co>), Organización Panamericana de la Salud (<http://www.paho.org/hq/>) y del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (<http://www.cdc.gov/>).

## 9. Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Hepatitis A. 2000. Revisado en: WHO/CDS/CSR/EDC/2000.7
2. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Viral Hepatitis A (2000). <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/slideset/htoc.htm>
3. Lemon S, Martin A, Hepatology 2006;43(2):Supp1: S166
4. David M. Knipe and Peter M. Howley. Hepatitis A virus, Chapter 27, Fields Virology, Vol. 1, Fifth edition, 2007
5. MMWR Prevention of Hepatitis A through active or passive immunization. Recommendations ACIP. May 19, 2006. 55(RR07); 1-23.
6. Brundage S, Fitzpatrick N. American academy of family physicians, Hepatitis A. 2006; 73 (12): 2165
7. WHO/VSQ/GEN/96.02. Weekly Epidemiology Rec 2000
8. López E, et al. *Pediatr Infect Dis J*, 2001; 20:48-52.
9. Van Damme P et al. *Lancet* 2003; 362:1065–71;
10. Targa C, et al. Hepatitis A Acute Liver Failure: Follow up of pediatric patients South Brazil *Journal of Viral Hepatitis* 2008;15 (Sup2): 66-68
11. C Mariño y col. Resultados preliminares. Hepatitis A Global Meeting Miami Diciembre 2007
12. Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria, Argentina
13. Margarita Ramonet, Raúl O. Ruvinsky, Mirta Ciocca, hepatitis por virus A: Aspectos Clínicos, Impacto y costos. Sociedad Argentina de pediatría, comité nacional de infectología grupo de trabajo de hepatología.
14. Lineamiento Estratégico para la Introducción de la Vacuna contra la Hepatitis A en el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI. Colombia 2013.
15. Jacobsen KH, Wiersma ST (2010) Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. *Vaccine* 28: 6653-6657.
16. FitzSimons D, Hendrickx G, Vorsters A, Van Damme P (2010) Hepatitis A and E: update on prevention and epidemiology. *Vaccine* 28: 583-588.
17. Carlota Russ, Miriam Bruno Sociedad Argentina de pediatría, comité Nacional de Infectología, Grupo de trabajo de Hepatología.

## 10. Control de revisiones



VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2012	01	12	Publicación del protocolo de vigilancia	Equipo Funcional Hepatitis A
01	2014	06	11	Publicación del protocolo de vigilancia	Equipo Funcional Hepatitis A
02	2017	12	29	Actualización de conceptos	Angélica Ma Rojas Bárcenas Contratista Grupo ERIA Y P

REVISÓ	APROBÓ
Oscar Eduardo Pacheco García	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirector de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

## 11. Anexos



En el siguiente enlace puede descargar la ficha