
	<b>MINISTERIO DE SALUD</b> DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA	<b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA	 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>
 <b>Sistema de Vigilancia en Salud Pública</b>			
<b>Boletín Epidemiológico Semanal</b>			
<b>Semana Epidemiológica No. 44</b>		<b>Octubre 27 a Noviembre 2 de 2002</b>	

<b>HEPATITIS A FULMINANTE: UN CASO</b>	<b>1</b>
Resumen de Historia Clínica:	1
Comentarios	2
Algunas consideraciones sobre la Hepatitis A:	3
Algunas recomendaciones generales en la prevención de la Hepatitis A:	4

## HEPATITIS A FULMINANTE: UN CASO

Ajustado a la semana epidemiológica 45 la Secretaría departamental de salud del Cesar reporta un caso de muerte en niño de 11 años, quien presenta cuadro de enfermedad febril aguda de rápida evolución.

### Resumen de Historia Clínica:

Se trata de menor de 11 años, indígena, de sexo masculino, residente y procedente de la vereda Mañakan, del municipio de Pueblo Bello, de donde es remitido del puesto de salud de la IPS Dusakawi al Hospital Rosario Pumarejo de López. Allí ingresa el día 29 de octubre de 2002 con cuadro clínico de más o menos 3 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal asociado a vómito, oliguria, estreñimiento y anorexia; informan además que padece de artritis reumatoidea desde hace 4 años, tratada con medicamentos que no recuerda.

Valorado por pediatría presenta al examen físico sibilancias ocasionales, abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación y hepatomegalia de más o menos 10 cm PDRCD. Se hace una impresión diagnóstica al ingreso de una encefalopatía hepática fulminante, Sepsis, Colangitis.

La ficha clínico epidemiológica diligenciada a 29 de octubre de 2002 solicita serología de hepatitis A y refiere la siguiente sintomatología fiebre, malestar general, mialgias, náuseas, adinamia, coluria, ictericia, dolor abdominal, anorexia, acolia, hepatomegalia, artralgia, vómito y estado de conciencia estuporoso. No registran fecha de inicio de los síntomas. Se anotan algunos datos del ambiente familiar constituido por casa de bahareque, con piso de tierra, sin disposición higiénica de excretas, se realizan las deposiciones a campo abierto, no se tiene adecuada disposición de desechos sólidos y

el suministro de agua es directamente del río, intradomiciliariamente el agua para el consumo no es tratada. Tiene antecedentes de un hermano de 5 años al que le diagnosticaron hepatitis pero no se conoce cuando.

Los laboratorios de ingreso muestran: Hemoglobina: 9.2, Hematocrito: 28.4 plaquetas 71.200, Leucocitos: 13.100

Debido a que requiere ventilación mecánica, es trasladado a la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica Valledupar el mismo 29 de octubre de 2002. A la valoración de ingreso presenta: palidez mucocutánea, tinte icterico generalizado, Frecuencia cardíaca de 100/ min Frec Respiratoria de 35/ min, mucosa oral seca, drenaje de secreción sanguinolenta en cuncho de café por sonda nasogástrica, conjuntivas ictericas, taquicárdico, con roncus y crépitos bilaterales an ambos campos pulmonares; ascitis en abdomen, hepatoesplenomegalia de más o menos 8 cm PDRCD, peristaltismo disminuido y oliguria.

Es manejado con líquidos endovenosos, natrol, katrol, gluconato de calcio, sulfato de magnesio, dopamina, ranitidina, manitol, plasma fresco, crioprecipitados, glóbulos rojos empaquetados, furosemida, vitamina K, complejo B, clindamicina, amikacina, demás medidas de sostén y ventilación mecánica.

Otros laboratorios: La Radiografía de tórax revela derrame pleural, infiltrados de tipo alveolar bilateral, sugerente de edema pulmonar; siklemlia negativa, hemoglobina 7.0 hematocrito 21.0, Antígeno de superficie para Hepatitis B negativo, Transaminasa Oxaloacética : 471, Transaminasa glutamopirúvica. 704, electrolitos normales.

La evolución es tórpida, permaneciendo en muy mal estado general, polipneico y fallece el 1° de noviembre de 2002. Con diagnóstico de egreso como Encefalopatía hepática fulminante - Coagulopatía Intravascular Diseminada.

La muestra enviada al laboratorio departamental de salud pública muestra reactividad para Hepatitis A.

### **Comentarios**

La vereda Mañakan, de donde procede el caso, está ubicada en el municipio de Pueblo Bello del departamento del Cesar. Está ubicada en zona montañosa de la Sierra Nevada de Santa Marta, donde se han documentado en estudios realizados en 1993, por el Instituto Nacional de Salud, prevalencias para Hepatitis B entre 10% y 54%. De igual manera en la zona es importante la magnitud de ictericias que no se tipifican por diversos factores como la debilidad en el cumplimiento de la realización de los exámenes serológicos por las EPS, no disponibilidad permanente de reactivos en el Laboratorio de Salud Pública (LDSP) y fallas en la vigilancia, ente otros.

Para 1999 la tasa de incidencia departamental para Hepatitis B fue de 9.8 por 100.000 habitantes, para Hepatitis A de 13.8 por 100.000 habitantes y de 66.1 por 100.000 habitantes para Hepatitis virales; esta incluye cuadros sin clasificar por falta de muestra o por resultados negativos para A y/o B en los cuales se han descartado otros procesos. Para el año 2000 la tasa de Hepatitis B disminuye a 7.5 por 100.000; debido

probablemente a que no se realizan los exámenes confirmatorios por parte de las EPS y por que el LDSP no puede seguir subsidiando el valor de éstas.

La Hepatitis A en el años 2000, presentó una tasa de 24.1 por 100.000, observándose un aumento comparado con 1999, posiblemente debidos a la inadecuada infraestructura sanitaria, especialmente en el área rural.

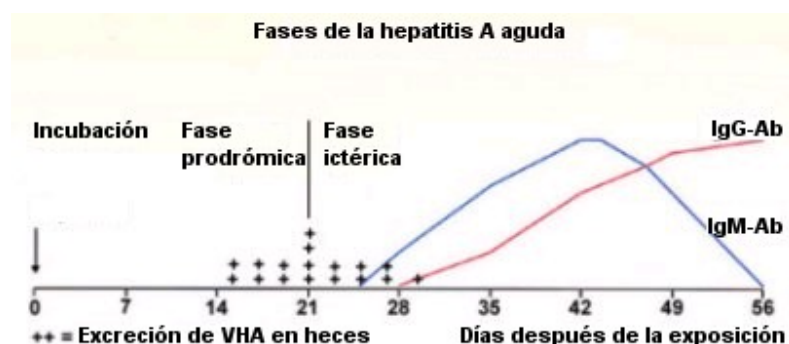
En el año 2000, ocurrieron 5 casos similares al reportado en este informe, con serologías reactivas para Hepatitis A. Los casos procedían de los municipios de Aguachica, San Martín, Pelaya, Becerril y Valledupar. Por este motivo, a finales del año 2001 se incluyó al Cesar dentro del grupo de departamentos para el estudio centinela de las hepatitis virales.

#### Algunas consideraciones sobre la Hepatitis A:

La hepatitis A es transmitida por un enterovirus, que genera una enfermedad hepática autolimitada generalmente y su contagio se da por vía fecal - oral. Su sintomatología es muy amplia y en su espectro puede haber un ligero malestar acompañado o no de fiebre hasta cuadros fulminantes con falla multisistémica.

Un informe de la Superintendencia nacional de salud de 2001 registra que un estudio realizado con niños entre 6 meses y 10 años de edad, procedentes de diferentes regiones, en el que se contó con 3699 niños, mostró un porcentaje global de positividad de 51,56 % para Anti HAV IgG por Eliza. Internacionalmente se establece como zonas de alta endemicidad a aquellas con una positividad de 40 % en menores de 5 años, por tanto nuestro país está considerado en esta franja

**Figura 1. Curso clínico de la hepatitis A.**



El curso clínico típico de la hepatitis A tiene 4 etapas (Figura 1):

1. Periodo de incubación
2. Fase prodrómica
3. Fase icterica
4. Recuperación

Periodo de incubación

Se calcula que el periodo de incubación de la hepatitis A es entre 15 y 50 días, con una duración promedio de casi 1 mes. Durante esta fase, la excreción viral alcanza su máximo y los pacientes están en la etapa más infecciosa. Sin embargo, en ese momento desconocen normalmente que tienen problemas de salud.

### **Algunas recomendaciones generales en la prevención de la Hepatitis A:**

La hepatitis A es una enfermedad subestimada; puede durar semanas o meses. Es un motivo serio de tiempo laboral perdido y angustia, y puede tener complicaciones serias, algunas veces mortales. También en los niños pueden ocurrir complicaciones graves como la hepatitis fulminante.

En la actualidad, no existe un tratamiento específico para la hepatitis A. Sin embargo, la enfermedad puede prevenirse. Los beneficios de la prevención en los individuos son obvios: no padecerán los malestares de la enfermedad y los riesgos asociados, posiblemente enfermedad severa e incluso muerte. También se ha demostrado que en términos económicos vale la pena prevenir la hepatitis A mediante la vacunación

La hepatitis A puede prevenirse mediante:

1. **Mejores medidas de sanidad e higiene:** El método más común de transmisión de hepatitis A es la vía fecal - oral. Las medidas que pueden interrumpir esta vía de transmisión y por lo tanto ayudar a controlar la diseminación de la enfermedad, incluyen:

- suministro de agua limpia para beber y bañarse
- eliminación adecuada de aguas negras
- buenas condiciones de vida sin aglomeraciones
- control de mariscos, pescado y otros alimentos potencialmente contaminados
- una buena higiene personal incluyendo lavarse las manos después de ir al baño y antes de manejar alimentos.

Estas medidas pueden tener un impacto significativo para restringir la diseminación de la hepatitis A. Sin embargo, por sí mismas no evitarán los brotes de la enfermedad

2. **Inmunización pasiva:** la inyección de gamaglobulinas que contienen una mezcla de anticuerpos, incluyendo anti-VHA, puede proporcionar inmunidad pasiva contra la hepatitis A. Esta técnica era la medida preventiva más eficaz hasta la introducción de las vacunas eficaces contra hepatitis A.

#### ***Ventajas de la inmunización pasiva:***

- Proporciona virtualmente protección inmediata.
- Cuando se administra 2 semanas después de una exposición al VHA, la IG es más de 85% eficaz para prevenir la hepatitis A. La eficacia es mayor cuando las inmunoglobulinas se administran a principios del periodo de incubación; cuando se aplican mas tarde en este periodo, la IG con frecuencia sólo atenúa la expresión clínica de la infección por VHA.

#### ***Desventajas de la inmunización pasiva:***

- Proporciona sólo protección a corto plazo. Dosis estándares (0.02 mL/kg)

protegen durante menos de 3 meses; dosis más elevadas (0.06 mL/kg) hasta 5 meses

- Para mantener la protección, debe repetirse a intervalos de 5 meses
- Está asociada con ciertas preocupaciones sobre seguridad, desde que se detectó que los productos sanguíneos pueden estar contaminados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), de la hepatitis C (VHC) y otros patógenos. Sin embargo, no se ha reportado ninguna transmisión del virus de la hepatitis B, VIH o VHC u otros virus por administración intramuscular de IG
- Es más costosa que la vacunación como un medio para proporcionar protección a largo plazo

En algunos países, como en el Reino Unido y Canadá, ahora la vacunación activa con la vacuna inactivada de hepatitis A es la opción preferida para la profilaxis en los viajeros.

3. **Inmunización pasiva y vacunación:** durante brotes de hepatitis A, cuando existe un riesgo inmediato de infección pueden administrarse simultáneamente (pero en sitios de inyección distintos) una vacuna contra hepatitis A y gamaglobulinas o inmunoglobulinas específicas. El principio es que las gamaglobulinas o inmunoglobulinas específicas proporcionen cierta protección inmediata, en tanto que la vacuna confiera protección a más largo plazo.

La administración concomitante de IG no tiene impacto sobre el efecto protector de la vacuna.

4. **Vacunación:** la vacunación es la forma más cómoda y eficaz para prevenir la hepatitis A. Esta técnica utiliza antígenos virales para producir una respuesta inmunológica, con la producción de anticuerpos anti VHA específicos- protectores.

Una vacuna eficaz contra hepatitis A se ha vuelto más y más deseable debido a que más personas llegan a la niñez, adolescencia y edad adulta sin inmunidad natural contra esta enfermedad y, por lo tanto, están en riesgo de morbilidad y mortalidad por hepatitis A. La OMS establece que en aquellos países donde la hepatitis A clínica es un problema de salud importante, la inmunización es probablemente una herramienta coste-efectiva para controlar la enfermedad

La vacunación contra la hepatitis A proporciona protección previa frente a una infección por VHA en niños y adultos. Debido a la incidencia elevada de la enfermedad y papel decisivo en la transmisión de VHA, los niños deben ser el foco de las estrategias de vacunación.

En EEUU, el Comité Consultor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) emitió las siguientes recomendaciones para el uso de la vacuna contra hepatitis A:

- Niños que deben ser vacunados de rutina o considerados para vacunación: Niños que vivan en áreas donde las tasas de hepatitis A son por lo menos del doble de las del promedio nacional (> o igual a 20 casos por 100,000 personas) deben vacunarse de rutina. Niños que vivan en áreas donde las tasas de hepatitis A son mayores que las del promedio nacional pero menores del doble de las del promedio nacional (>10 casos pero < de 20 casos por 100,000 personas) deben considerarse para vacunación de rutina. La vacunación de rutina en niños y

adolescentes también se recomienda en uno o más cohortes de edad única (ejemplo, edades al entrar a preescolar, primaria y/o escuela intermedia) y entornos seleccionados (ejemplo, guarderías). [61]

- Personas en mayor riesgo para adquirir la infección por hepatitis A que deben vacunarse en forma rutinaria: Viajeros a países de alta endemicidad, varones que tiene relaciones sexuales con varones, usuarios de drogas ilegales, personal con riesgo ocupacional, personas con trastornos de la coagulación y susceptibles con enfermedad hepática crónica.
- ◆ La vacunación para el control de brotes debe considerar las características de la epidemiología de la hepatitis A en la comunidad y programas de vacunación contra hepatitis A existentes.

En diversos informes se sugiere que la hepatitis A aguda concomitante con la infección por VHB crónica u otra enfermedad hepática crónica, está asociada con una enfermedad más grave y una tasa de casos de mortalidad más elevada que hepatitis la A sola. Pese a que las personas con enfermedad hepática crónica no están en riesgo mayor de infección por VHA, sí lo están por HA fulminante. Los sujetos susceptibles con enfermedad hepática crónica deben vacunarse contra la hepatitis A. Los individuos que esperan o han recibido transplantes de hígado también deben vacunarse.

#### **SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.**

TODAS LAS DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD NOTIFICARON A TIEMPO ESTA SEMANA.

Sin embargo, el porcentaje de cumplimiento en la notificación de las unidades notificadoras locales fue de 83.7%

**La notificación es obligatoria y debe realizarse a más tardar hasta las 6 p.m. del día miércoles de cada semana.**

Publicado en Web por la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Colombia. Encontrará otros boletines en <http://www.col.ops-oms.org/sivigila>