

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 1 de 13

HEPATITIS A

INFORME DEL EVENTO HEPATITIS A, HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO III, Colombia, 2016.

Julio César Martínez Angarita, MSc.
Grupo Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Vehiculizadas por agua
Subdirección Análisis del Riesgo en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

La hepatitis viral es una inflamación del hígado causada por uno de los cinco virus de la hepatitis, llamados tipo A, B, C, D y E. La hepatitis A es una virosis hepática que puede causar morbilidad moderada a grave. Cada año se registran aproximadamente 1,4 millones de casos de hepatitis A en todo el mundo; se transmite por la ingestión de alimentos o bebidas contaminados o por contacto directo con una persona infectada por el virus; algunas prácticas sexuales también pueden contribuir a la diseminación del VHA. Esta enfermedad se asocia a falta de agua salubre y a un saneamiento deficiente; las epidemias se pueden propagar de manera explosiva y causar pérdidas económicas considerables. Las mejoras del saneamiento y la vacuna contra la hepatitis A son las medidas más eficaces para combatir la enfermedad. Entre las complicaciones de la hepatitis A figuran la recaída, la hepatitis colestática y la hepatitis fulminante. Esta última se registra en alrededor del 0,01% de las infecciones clínicas y se caracteriza por el deterioro rápido de las funciones hepáticas y por una tasa muy elevada de letalidad. No se produce infección crónica por VHA. El virus de la hepatitis A es una de las causas más frecuentes de infección por transmisión alimentaria. Las epidemias asociadas a alimentos o agua contaminados pueden aparecer de forma explosiva, como la epidemia registrada en Shangai en 1988, que afectó a unas 300 000 personas. La enfermedad puede tener consecuencias económicas y sociales graves en las comunidades. Los pacientes pueden tardar semanas o meses en recuperarse y reanudar sus actividades laborales, escolares o cotidianas. La repercusión en los establecimientos de comidas contaminados por el virus y en la productividad local en general puede ser grave (1).

Paradójicamente, a medida que los sistemas de abastecimiento de agua y de saneamiento mejoran en los países en desarrollo, las infecciones ocurren en etapas posteriores de la vida, cuando el riesgo de enfermedad grave por el virus de la hepatitis A es máximo. Esta tendencia epidemiológica explica el aumento de casos sintomáticos en algunos países y la aparición de brotes de hepatitis A a escala comunitaria (2).

1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

Se calcula que en el mundo se producen alrededor de 1 400 000 de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis A (VHA) por año. En las zonas con endemicidad alta, donde el riesgo de contraer la infección a lo largo de toda la vida supera el 90%, la mayor parte de las infecciones

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 2 de 13

HEPATITIS A

se producen en la primera infancia y son asintomáticas. Así pues, raramente se observa hepatitis A clínica en estos países. Los países en transición de una economía en desarrollo a desarrollada pasan gradualmente de una endemividad alta a la intermedia, y es probable que la hepatitis A clínica se convierta en un problema grave en estas zonas. Aunque en la hepatitis A casi siempre se produce una remisión espontánea y la enfermedad raramente es letal, puede representar una carga económica sustancial, sobre todo en los países con una tasa de incidencia baja e intermedia (3).

A efectos prácticos, el mundo se puede dividir en zonas con endemividad baja, intermedia y alta, aunque la endemividad puede variar de una región a otra dentro de un país. En las zonas con endemividad baja, la enfermedad se produce fundamentalmente en los adolescentes y los adultos pertenecientes a los grupos de alto riesgo (por ejemplo, los homosexuales, los consumidores de drogas por inyección), en las personas que viajan a países con endemividad del VHA intermedia y alta y en ciertos grupos de población (por ejemplo, las comunidades religiosas cerradas). En algunos de estos grupos se pueden registrar también brotes periódicos de hepatitis A. En las zonas con endemividad baja se pueden producir brotes ocasionales de hepatitis A debidos a la transmisión por el agua o los alimentos (3).

En los países en desarrollo con muy malas condiciones de saneamiento e higiene (partes de África, Asia y América Central y del Sur), la infección generalmente se adquiere durante la primera infancia como una infección asintomática o leve. Las tasas de enfermedad reportados en estas áreas son, por tanto, bajas y los brotes poco ocurren. La incidencia de la enfermedad reportada puede llegar a 150 casos por 100 000 habitantes. En los países en desarrollo, los países con economías en transición y en algunas regiones de los países industrializados, donde las condiciones sanitarias son variables (Europa meridional y oriental, algunas regiones de Oriente Medio), los niños escapan a la infección en la primera infancia (3).

Paradójicamente, estas condiciones económicas y sanitarias mejoradas pueden conducir a una mayor incidencia de enfermedades, como las infecciones ocurren en los grupos de mayor edad, las tasas de hepatitis A clínicamente son más altas. En los países desarrollados (Norte y Europa Occidental, Japón, Australia, Nueva Zelanda, EE.UU., Canadá) con buenas condiciones sanitarias e higiénicas, las tasas de infección son generalmente bajas. En los países con tasas muy bajas de infección por el VHA, la enfermedad puede ocurrir en grupos específicos de riesgo, como los viajeros (4).

Se sabe que la seroprevalencia y la incidencia del VHA en España varían según la zona geográfica. La incidencia general de la hepatitis A ha disminuido en los últimos 10 años, de 15,1 casos por 100 000 habitantes en 1996 a 3,9 casos por 100 000 habitantes en 2006. Si bien el número total de casos está disminuyendo, la infección por el VHA sigue siendo un problema importante de salud pública en la región, por la probabilidad de la ocurrencia de brotes como el registrado en la República Checa, Latvia y Eslovaquia en 2008 (5).

En diferentes zonas de la región del Pacífico Occidental se ha notificado endemividad baja, moderada o alta de la infección por el VHA, pero en los últimos 20 años algunos de estos patrones han cambiado. Los países de altos ingresos del Pacífico Occidental y Australasia han

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 3 de 13

HEPATITIS A

tenido regularmente tasas de prevalencia extremadamente bajas de infección por el VHA. En las últimas décadas, en el Asia Oriental aparentemente se ha pasado de tasas de seroprevalencia intermedias a tasas de seroprevalencia bajas. En algunas zonas de China la endemicidad del VHA sigue siendo alta, y se ha informado que la prevalencia de anticuerpos IgG séricos en la población general se eleva hasta el 81% (5).

1.2. Comportamiento del evento en América

La endemicidad del VHA es intermedia en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe; más del 50% de la población ha adquirido inmunidad al llegar a la edad de 15 años. Sin embargo, la prevalencia varía de una región a otra. Por ejemplo, la seroprevalencia de anticuerpos anti-VHA entre las edades de 15 y 19 años es del 57% en el Caribe y del 96% en la región andina (5).

En los Estados Unidos, país con una endemicidad relativamente baja de hepatitis A, los cálculos basados en los datos de la vigilancia a partir de 1989 indican que los costos anuales correspondientes a médicos y jornadas de trabajo perdidas ascienden a unos 200 millones de dólares EE.UU (3).

En Estados Unidos, los porcentajes más elevados de infección por el VHA se presentan en forma desproporcionada en los estados del oeste. Arizona, Alaska, Oregón, Nuevo México, Utah, Washington, Oklahoma, Dakota del Sur, Idaho, Nevada y California, encabezan la lista. En un estudio de 10 años realizado de 1987 a 1997, la incidencia anual promedio de infección por VHA en Arizona fue de 48 por cada 100 000 habitantes. En contraste, el promedio nacional fue de unos 11 por cada 100 000, según el Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria - NDSS (National Notifiable Diseases Surveillance System). Debido al porcentaje anterior de infección reportado, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades – CDC (Centers for Disease Control and Prevention) recomienda que todos los niños de dos años de edad y mayores en esos estados, se vacunen contra la hepatitis A (6).

En Nicaragua la tasa de morbilidad por Hepatitis A presenta una tendencia al aumento, al pasar el número de casos de 1 088 (2005) a 1 899 (2012), para una tasa de morbilidad actual de 3.69 por 10 000 habitantes (7).

En países como Argentina y Brasil, la infección por el VHA se ha convertido en una de las principales causas de insuficiencia hepática fulminante (IHF). En la India se comprobó que el VHA se asociaba hasta con el 50% de los casos de IHF en niños. En Chile la hepatitis A se presenta como endemia intermedia, con ciclos epidémicos que desde 1990 en adelante se han presentado con menos frecuencia y menor intensidad. A partir del año 2006, las tasas se han mantenido bajas, con un riesgo inferior a 6 por cien mil habitantes (8).

En México, se han realizado estudios serológicos del VHA desde 1973 y se considera que es una zona de endemia intermedia para la infección. Los cambios de los últimos años en el país, en condiciones sanitarias y sociales, tienden a mostrar una heterogeneidad en la prevalencia de este virus. Un indicador es la disminución de la infección en niños menores de seis años en

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 4 de 13

HEPATITIS A

ciertas poblaciones del país. A la fecha, sólo un estudio ha determinado el genotipo del VHA en México. En dicho estudio se encontró agua contaminada con VHA genotipo I, subgenotipo B en las playas de Mazatlán y de Altata, sin embargo, la asociación entre los genotipos del VHA y el desarrollo de complicaciones como resultado de la infección no ha sido evaluada (9).

1.3. Comportamiento del evento en Colombia

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 el año 2000, se notificaron 1 511 casos; para el 2001, 2 572 casos; en año 2002, 6 646 casos; en el año 2003, 6 595 casos; en el año 2004, 3 103 casos; en el 2005, 2 765 casos; en 2006, 4 202 casos; en el año 2007, 8 710 casos, en el año 2008, 8 981 casos; para el año 2009, 6 708 casos; para el año 2010, 5 064 casos; en el 2011, 5 573 casos; para el 2012, 5 339 casos y en el año 2013 se notificaron 4 807 casos (10, 11, 12).

En los últimos cinco años, la incidencia de casos de Hepatitis A para el país muestra una disminución significativa, en el año 2008 la incidencia fue de 20,2 por 100 000 habitantes, constituyéndose en el indicador más alto de los últimos años; el año 2009 fue de 14,9 por 100 000, en el 2010 de 11,1 por 100 000, en el 2011 de 12,1 por 100 000, y para el 2012 de 11,4 por 100 000 habitantes; este descenso está probablemente asociado a factores de fortalecimiento de aspectos sanitarios, estrategias de vigilancia (oportunidad en la notificación y la intervención de brotes) e inversión de algunas entidades territoriales en vacunación (10, 11, 12).

Se considera que Colombia, a pesar de ser un país con endemidad intermedia, cuenta con regiones de alta endemia, donde se presentan dificultades en las condiciones de saneamiento, abastecimiento de agua y prácticas de higiene deficientes, el riesgo de infección en algún momento de la vida es superior al 90%, la morbilidad es escasa, y los brotes epidémicos se concentran principalmente en establecimientos educativos y en donde se reúne población cerrada o cautiva (10, 11, 12).

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de hepatitis A,
- Establecer la frecuencia y distribución de morbilidad y mortalidad registrada por este evento en el país.

HEPATITIS A

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un informe de tipo descriptivo retrospectivo sobre la notificación realizada al Sivigila y los resultados del Laboratorio Nacional de Referencia – Grupo de Microbiología del Instituto Nacional de Salud hasta el tercer periodo epidemiológico de 2016, presentando el comportamiento, tendencia e incidencia con casos de hepatitis A, en tiempo, lugar y persona; igualmente se estableció su distribución por grupos de edad, género, área de residencia, tipo de régimen de afiliación en salud, pertenencia étnica y criterio de confirmación.

4. HALLAZGOS

4.1. Comportamiento de la notificación

Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de hepatitis A, a semana epidemiológica 12 de 2016 el día 24 de marzo de 2016, una vez depurada y analizada la base se identificó lo siguiente:

- Registros de la base de datos original: 236 registros
- Registros duplicados: nueve
- Registros con ajuste tipo “6” (descartado por laboratorio): dos registros
- Registros con ajuste tipo “D” (error de notificación): tres registros
- Registros finales en base de datos depurada: 222 registros

4.2. Magnitud en lugar y persona

Hasta la semana epidemiológica 12 se notificaron 222 casos de hepatitis A, el 62,0 % (139 casos) fueron confirmados por laboratorio, 35,6 % (79 casos) por clínica y 1,8 % (cuatro casos) por nexos epidemiológicos.

Por procedencia, Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, Huila y Caldas notificaron el 70,0 % de los casos (ver tabla 1).

Tabla No.1
Casos de hepatitis A según lugar de procedencia, Colombia, periodo epidemiológico III, 2016.

Entidad Territorial	Número de Casos	Porcentaje
Antioquia	118	53,2
Valle del Cauca	11	5,0
Bogotá	10	4,5
Huila	9	4,1
Caldas	8	3,6

HEPATITIS A

Nariño	7	3,2
Atlántico	6	2,7
Casanare	6	2,7
Norte de Santander	6	2,7
Cundinamarca	5	2,3
Santander	5	2,3
Bolívar	4	1,8
Guajira	3	1,4
Tolima	3	1,4
Boyacá	2	0,9
Cartagena	2	0,9
Cauca	2	0,9
Córdoba	2	0,9
Magdalena	2	0,9
Meta	2	0,9
Sucre	2	0,9
Arauca	1	0,5
Barranquilla	1	0,5
Choco	1	0,5
Putumayo	1	0,5
Quindío	1	0,5
Risaralda	1	0,5
Vichada	1	0,5
Total	222	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La incidencia nacional a periodo epidemiológico III fue de 0,46 por 100 000 habitantes. Antioquía, Casanare, Vichada, Caldas y Huila registran incidencias mayores que la nacional (ver tabla 2).

Tabla No. 2
Incidencia de hepatitis A, Colombia, periodo epidemiológico III, 2016.

Entidad Territorial	Número de casos	Incidencia por 100 000 habitantes
Antioquia	118	1,81
Casanare	6	1,65
Vichada	1	1,36
Caldas	8	0,81
Huila	9	0,77
Norte De Santander	6	0,44
Nariño	7	0,40

HEPATITIS A

Arauca	1	0,38
La Guajira	3	0,30
Putumayo	1	0,29
Santander	5	0,24
Atlántico	6	0,24
Valle Del Cauca	11	0,24
Sucre	2	0,23
Tolima	3	0,21
Meta	2	0,20
Chocó	1	0,20
Cartagena	2	0,20
Bolívar	4	0,19
Cundinamarca	5	0,18
Quindío	1	0,18
Magdalena	2	0,16
Boyacá	2	0,16
Cauca	2	0,14
Bogotá	10	0,13
Córdoba	2	0,12
Risaralda	1	0,10
Barranquilla	1	0,08
Nacional	222	0,46

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 75,4 % de los casos de hepatitis A se registró en el sexo masculino; el 58,0 % de los casos pertenecen al régimen contributivo. Por pertenencia étnica, ocho casos (el 3,6 %) se notificaron en afrocolombianos y dos casos (el 0,9 %) en indígenas; los grupos de edad más afectados fueron los de 20 a 24 años (el 17,9 %) y 15 a 19 años (el 14,3 %). El 39,6 % de los casos fueron hospitalizados (ver tabla 3).

HEPATITIS A

Tabla No. 3

Distribución de los casos de hepatitis A, por grupos de edad, Colombia, periodo epidemiológico III, 2016.

Grupo de edad	No. CASOS	Porcentaje
Menor de 1 año	1	0,5
1 a 4 años	7	3,2
5 a 9 años	20	9,0
10 a 14 años	16	7,2
15 a 19 años	31	14,0
20 a 24 años	40	18,0
25 a 29 años	30	13,5
30 a 34 años	23	10,4
35 a 39 años	14	6,3
40 a 44 años	8	3,6
45 a 49 años	9	4,1
50 a 54 años	6	2,7
55 a 59 años	5	2,3
60 a 64 años	5	2,3
65 y más años	7	3,2
Total	222	100

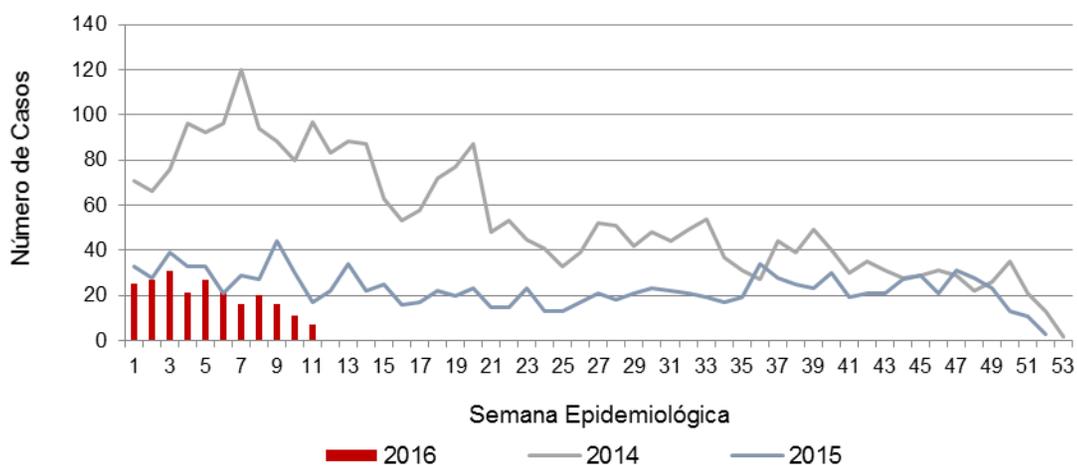
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

4.3. Tendencia del evento

El promedio de casos por semana en el año 2016 fue de 20,2; entre los años 2011 a 2015, el mayor número de casos se presentó en el año 2011 (5 573 casos), seguido del año 2012 (5 339) y en el año 2013 (4 791 casos) (ver gráfica 1).

Gráfica No. 1

Distribución de notificación de casos de hepatitis A por semana epidemiológica, Colombia, 2014- 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

HEPATITIS A

4.4. Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Hasta el tercer epidemiológico no se notificaron brotes de hepatitis A en población cerrada o cautiva; sin embargo las entidades territoriales que se muestran en la tabla 4 han enviado muestras de agua para identificación del virus de la hepatitis A. Hasta semana epidemiológica 12 no se han notificado muertes atribuidas al evento.

Tabla No. 4

Entidades territoriales que han enviado muestras de agua, Colombia, periodo epidemiológico III, 2016.

Entidad Territorial	Positivo virus de la hepatitis A	Muestras enviadas
Bogotá	0	1
Santander	0	2
Total	0	3

Fuente: Laboratorio de virología, Instituto Nacional de Salud. Colombia

5. DISCUSIÓN

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2016 se observa una disminución en la notificación de los casos de hepatitis A comparado con las mismas semanas del año anterior. Esta disminución muy probablemente se puede estar presentando debido a la notificación tardía, debido a la continua rotación del talento humano en el modelo de vinculación laboral por contrato de prestación de servicios en periodos cortos y demoras en la renovación de los mismos, es el resultado entre otros factores, la incapacidad de los territorios para dar respuesta a las necesidades en salud pública bajo los preceptos de efectividad, calidad y oportunidad.

El seguimiento continuo a la notificación ha permitido identificar algunas entidades territoriales que han permanecido silenciosas para este evento a pesar que Colombia es un país endémico para la hepatitis A dadas las condiciones sanitarias en algunas regiones por sus problemas relacionados con el acceso de agua apta para el consumo humano y a través de estrategias de vigilancia en salud pública como las búsquedas activas institucionales y comunitarias se ha permitido identificar los casos que no habían sido notificados al sistema.

La mayor proporción de los casos de hepatitis A fueron confirmados por laboratorio, que si bien la cifra es menor, si se ha venido aumentando a través del fortalecimiento de los procesos de la vigilancia de este evento prestando especial atención en la confirmación de casos por laboratorio, debido a que existen múltiples situaciones de riesgo que no permiten diferenciar las hepatitis virales (A, B, C, E) y en este sentido existe la posibilidad de incluir casos que cursan con síndrome febril icterico de diferentes etiologías o con antecedentes transfusionales, quirúrgicos, vida sexual activa, adicción a sustancias psicoactivas, tatuajes y/o piercing, que son situaciones condicionantes y de mayor frecuencia en población mayor de 15 años.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 10 de 13

HEPATITIS A

El adecuado diagnóstico de la hepatitis A, a través de la confirmación por laboratorio se debe en gran medida al acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, que incluyó la prueba de confirmación diagnóstica de ELISA Ac IgM VHA en el Plan Obligatorio de Salud (POS) para el primer nivel de atención en salud, con lo que ha favorecido a los pacientes que requieren hospitalización y continuaban con diagnóstico de egreso de hepatitis A confirmada clínicamente.

Los grupos de edad más afectados por hepatitis A fueron los de 5 a 9 años, seguido por los de 15 a 19 años y 20 a 24 años, esto podría entenderse desde los numerosos factores de riesgo a los cuales este grupo específico de población (escolares y jóvenes) se está expuesto a adquirir el virus de la hepatitis A por el consumo de alimentos fuera del hogar que pueden no estar garantizando las condiciones higiénico sanitarias en la manipulación, almacenamiento y comercialización de los alimentos, factores que favorecen la propagación de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES

- Hasta la semana epidemiológica 12 se notificaron 222 casos de hepatitis A.
- El mayor número de casos notificados proviene de Antioquia.
- La incidencia nacional a periodo epidemiológico III fue de 0,46 por 100 000 habitantes. Antioquía, Casanare, Vichada, Caldas y Huila registran incidencias mayores que la nacional.
- El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 24 años (el 17,9 %) y 15 a 19 años (el 14,3 %).
- Hasta el segundo periodo epidemiológico no se notificaron brotes de hepatitis A en población cerrada o cautiva, ni muertes atribuidas a este evento.

7. RECOMENDACIONES

Los departamentos deben mantener actualizado el canal endémico del evento de manera que puedan identificar de forma inmediata cualquier situación irregular que se presente. Es importante realizar la investigación de campo de los brotes de hepatitis A siguiendo los pasos definidos para tal fin dentro del protocolo de vigilancia del evento.

Los municipios del país deben contar con la conformación y activación de los grupos de respuesta inmediata y se deben coordinar acciones conjuntas entre vigilancia, salud ambiental y laboratorio de salud pública para determinar fuente y modo de transmisión, caracterización de la situación, con el fin de orientar las medidas de control más apropiadas, al igual que analizar la información del comportamiento de este evento en su jurisdicción, mediante la relación de condiciones sanitarias y sociales del lugar en que se presentaron los casos.

Es importante fortalecer en las UPGD la necesidad de solicitar pruebas de laboratorio específicas para el VHA, (Ac IgM), principalmente en población mayor de 14 años, debido a que existen situaciones de riesgo que no me permiten diagnosticar por clínica una hepatitis viral sin diferenciar el tipo. Las pruebas deben realizarse de igual forma en pacientes hospitalizados

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 11 de 13

HEPATITIS A

para esclarecer el diagnóstico y en menores de 1 año, específicamente días, pues la ictericia puede estar asociada a otras alteraciones fisiológicas o patologías propias del período neonatal.

Al incrementarse el riesgo de falla hepática y complicaciones con la edad se hace necesario realizar un oportuno diagnóstico de esta patología. Con la introducción de la vacuna los niños de 1 año de edad deben ser objeto de seguimiento individual y verificar el diagnóstico mediante Ac IgM.

Se recomienda la activación de los grupos funcionales en los departamentos que permitan realizar un análisis de la información recolectada a través del SIVIGILA y el SIVICAP, buscando una posible correlación entre la calidad del agua y la presencia de brotes de hepatitis A.

Fortalecer el proceso de notificación oportuno y con calidad de casos de hepatitis A por parte de las entidades territoriales con el fin de detectar tempranamente brotes o cluster que pueden de manera masiva afectar la salud de la población.

Debido a que una de las debilidades para el cumplimiento del indicador de oportunidad en la notificación de brotes es la no revisión de las bases de datos y el no indagar a nivel de las UNM sobre la relación y asociación de los casos de manera oportuna, se hace necesaria la revisión semanal del evento en todos los niveles para capturar de manera oportuna situaciones de alerta y poder configurar y notificar los brotes dentro de los tiempos establecidos. En algunos de los brotes se evidencia acciones a nivel municipal de manera oportuna, que desconocimiento de la situación a nivel de las entidades territoriales entorpece el flujo regular de la notificación inmediata, se deben tener claras estas competencias para mejorar el indicador de oportunidad.

Las entidades territoriales deben realizar búsqueda institucional de casos según lineamiento nacional y enviar los informes dentro de las fechas establecidas incluyendo los diagnósticos diferenciales del evento según CIE-10.

Las UPGD y entidades territoriales deben fortalecer la evaluación de calidad del dato y poner en marcha el ingreso de datos a la ficha cara C o de laboratorio, con el fin de contar con la certeza de estar ingresando los verdaderos positivos de hepatitis A y descartando los verdaderos negativos.

Los departamentos silenciosos o sin notificación de casos deben: realizar seguimiento a todos sus municipios y éstos a sus UPGD, fortalecer los procesos de capacitación en los protocolos de vigilancia del evento, realizar búsqueda activa de casos en las UPGD y en la comunidad; igualmente establecer estrategias de información, educación y comunicación-IEC para mejorar la notificación del evento; los casos detectados deberán ser notificados al Sivigila.

Es importante recordar que aquellos brotes de Hepatitis A donde el resultado de la muestra de agua sea positivo para VHA, deben ingresar al Sivigila en ficha colectiva para brotes de ETA código 350, el número de casos asociados y previamente notificados en ficha individual, diligenciando como vehículo implicado agua y como agente hepatitis A.

Las situaciones de brote que se presenten deben generar un plan de mejoramiento ligado a las fallas detectadas y a los hallazgos relacionados como factores de riesgo, este plan de

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 12 de 13

HEPATITIS A

mejoramiento debe reunir los responsables de su ejecución, ser medible y contar con un cronograma de seguimiento y verificación de cumplimiento.

Es importante tener en cuenta la definición operativa de brote para hepatitis A, que toma como punto de referencia los casos ocurridos en población cautiva, como aparece en el protocolo de vigilancia para el evento y que es objeto de notificación inmediata y toma de muestra de agua, pero no debemos olvidar la importancia en el seguimiento de las situaciones de brote en comunidad que afectan de manera indiscriminada a diferentes sectores en un mismo momento.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa, Hepatitis A, nota descriptiva 328. [Fecha de consulta: Enero 18 del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Marco para la acción mundial. [Fecha de consulta: Enero 18 del 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130014/1/WHO_HSE_PED_HIP_GHP_2012_1_spa.pdf?ua=1&ua=1
3. Organización Mundial de la Salud. Vacunas contra la Hepatitis A, documento de posición de la OMS. [Fecha de consulta: Marzo 20 del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/immunization/PP_hepA_SP.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis A, WHO/CDS/CSR/EDC/2000.7. [Fecha de consulta: Marzo 20 del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisA_who.cdscs.redc2000_7.pdf?ua=1
5. Organización Mundial de la Salud, Prevención y control de las hepatitis virales. [Fecha de consulta: Marzo 20 del 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130014/1/WHO_HSE_PED_HIP_GHP_2012_1_spa.pdf?ua=1&ua=1
6. Parents of kids with infectious diseases. Hepatitis A, La hepatitis vírica más común y silenciosa en los niños. [Fecha de consulta: Marzo 20 del 2015]. Disponible en: http://www.pkids.org/files/pdf/Spa_phrhav.pdf
7. Ministerio de Salud de Nicaragua. Vigilancia Epidemiológica. Boletines Epidemiológicos de las Semana 52, casos y tasa acumuladas para los años 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012. [Fecha de consulta: Marzo 20 del 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/Boletin%20Informativo%20sobre%20Hepatitis.pdf>

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

HEPATITIS A

8. Situación epidemiológica de la Hepatitis A en Chile. Ministerio de Salud, gobierno de Chile. [Fecha de consulta: Marzo 20 del 2015]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/Taller2012/Presentaciones26deSeptiembre/JornadaTarde/02Hepatitis%20A%20Cecilia.pdf>
9. Panduro A., Escobedo G., Fierro N., Ruiz B., Zepeda E., Román S. Epidemiología de las hepatitis virales en México. Salud Publica Mex 2011;53 supl 1:S37-S45.
10. Instituto Nacional de Salud. Informe nacional de Hepatitis A. Bogotá Colombia 2010. [Fecha de consulta: Mayo 15 del 2015]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolqico/Hepatitis%20A%202010.pdf>
11. Instituto Nacional de Salud. Informe nacional de Hepatitis A. Bogotá Colombia 2011. [Fecha de consulta: Mayo 15 del 2015]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolqico/Hepatitis%20A%202011.pdf>
12. Instituto Nacional de Salud. Informe nacional de Hepatitis A. Bogotá Colombia 2013. [Fecha de consulta: Mayo 15 del 2015]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolqico/HEPATITIS%20A%202013.pdf>.
13. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Hepatitis A. Bogotá Colombia 2014. [Fecha de consulta: Mayo 15 del 2015]. Disponible en <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Hepatitis%20A.pdf>.