

# DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN  
DE  
SALUD PÚBLICA

# BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN  
PARA LA ACCIÓN



DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA  
GOBERNACION DE ANTIOQUIA

ANTIOQUIA NUEVA, un hogar para la vida



CERTIFICADO  
DE GESTIÓN  
DE LA CALIDAD

ICQTEC

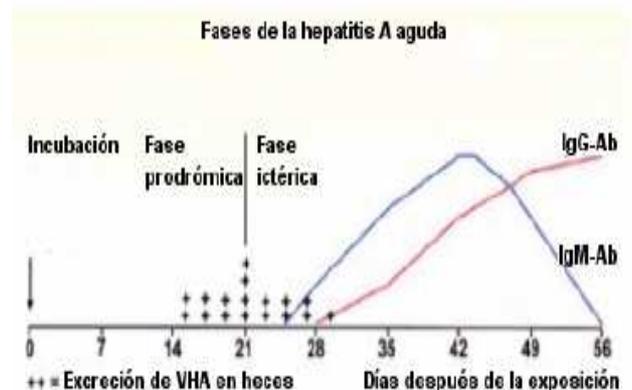
## Comportamiento de la Hepatitis A en Antioquia

Por: Rita Elena Almanza Payares

\* Enfermera Epidemióloga contratista para la DSSA.

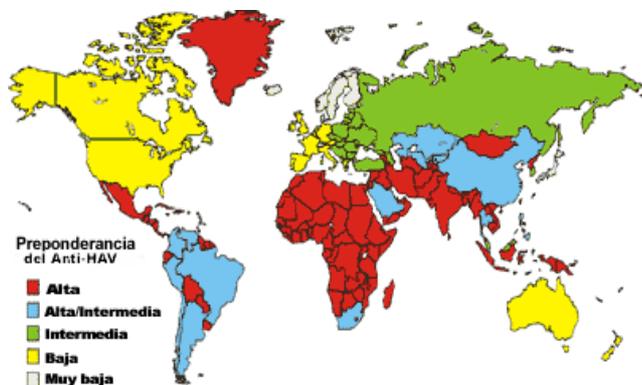
### DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

La Hepatitis A es una enfermedad sistémica transmitida por un enterovirus, en la cual el hígado es el órgano de choque y su contagio se da por vía fecal – oral o por una fuente común debido a la ingesta de aguas o alimentos contaminados, moluscos crudos o mal cocidos, capturados en aguas contaminadas. Su periodo de incubación varía entre 15 a 50 días con un promedio de 30 días. La excreción de VHA se produce desde una semana antes de la fase icterica.



Es muy frecuente en niños, aunque la mayoría de ellos no presentan síntomas al contraer el virus. Los que desarrollan síntomas (aproximadamente el 5% de los niños), presentan náuseas, coluria e ictericia. El 70% de los adultos presenta síntomas. Algunos de los afectados, menos del 1%, pueden llegar a desarrollar una falla hepática fulminante, requiriendo llegar al trasplante hepático. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos la enfermedad pasa sin dejar ninguna secuela y el hígado se regenera en forma completa.

Figura 1. Patrón epidemiológico Mundial, Hepatitis A 2004



Fuente: Centro para el control y la prevención de enfermedades CDC, 2004.

La Hepatitis A es el virus de hepatitis que más frecuentemente ataca el hígado, pero también es el más benigno. Sólo se contrae una vez, ya que el cuerpo genera defensas permanentes contra la enfermedad.

En América Latina se consideran de alta endemicidad todos los países de centro América, Venezuela, Ecuador, Perú y Bolivia.

Son también de alta endemicidad: África, Medio Oriente, y regiones del Pacífico occidental. En estas zonas, el 80% de los niños menores de 10 años, han padecido la enfermedad. Por un déficit de denuncia, la cantidad de casos reales es cinco veces superior a los declarados. No es una enfermedad mortal, pero hay una incidencia de casos fulminantes que oscila en un 0,1-1% (hasta un 3% en mayores de 50 años), con alta mortalidad o necesidad de transplante hepático.

Colombia se encuentra en una etapa de transición endémica de alta a intermedia y Chile se encuentra en endemicidad intermedia.

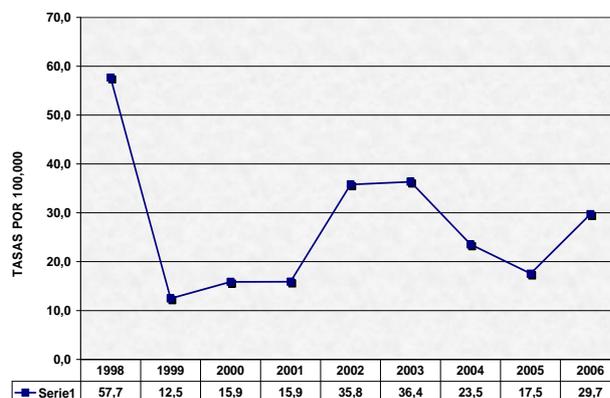
La población susceptible varía dependiendo de las condiciones sanitarias por lo que los brotes dependerán de la contaminación de aguas y alimentos.

La notificación de los casos de Hepatitis A es obligatoria. Esta se realiza a partir de la presencia de 2 o más casos confirmados por laboratorio o con asociación epidemiológica.

Los Municipios cuentan con el apoyo del Laboratorio Departamental de Salud Pública para la realización de la IgM para VHA que se realiza de manera gratuita a todos los usuarios pobres sin subsidio y subsidiados o en caso de brotes al total de casos probables independiente del régimen de afiliación. La Dirección Seccional de Salud de Antioquia suministra la Gammaglobulina necesaria para el cerco epidemiológico en todos los casos probables reportados en comunidades de alto riesgo.

Los casos se ingresan al SIVIGILA en la ficha colectiva con las siguientes variables: institución de donde procede, edad, sexo, Municipio de procedencia, estado final del caso (vivo o muerto) y fecha de consulta, razón por la cual en la actualidad no es posible la evaluación de otros indicadores.

Fig. 2. Tendencia de La Hepatitis A en el Departamento de Antioquia 1998-2006



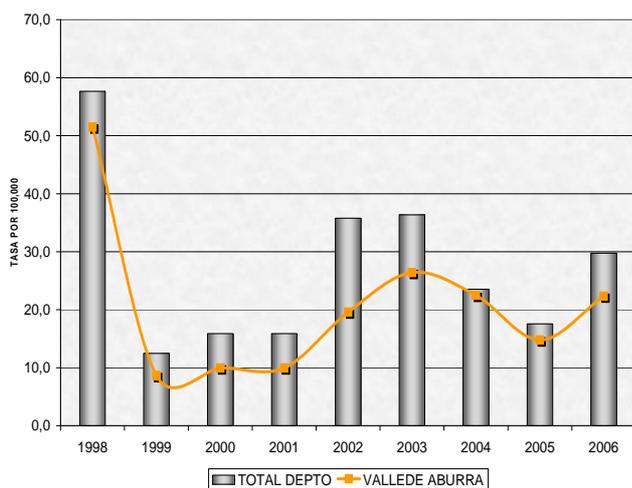
Fuente: SIVIGILA Antioquia.

Según los datos consolidados a través del software SIVIGILA, la Hepatitis A en el Departamento alcanzó su pico máximo en el 1998 con una tasa de 57,7 (3081 casos) por 10.000 habitantes; en este periodo la región que aportó el mayor número de casos fue Magdalena Medio con un registro de 16,6 (152) casos por 10.000 habitantes, de igual manera las regiones de

Nordeste y Occidente con 14.5 (260) y 10.8 (246) casos respectivamente. Posteriormente se observó un período de descenso entre 1999 y 2001 con tendencia al incremento en el último quinquenio.

La presencia o ausencia de Hepatitis A depende del estado sanitario de las comunidades y la contaminación de aguas y alimentos, sin embargo, existe otro factor que no se debe desconocer y que incide de manera directa en este comportamiento es la disposición del personal médico para reportar los casos de Hepatitis A desde probables realizando seguimiento de los mismos y concluyendo su clasificación final en los siguientes 4 semanas.

Fig. 3. Tendencia de La Hepatitis A en el Departamento de Antioquia y Valle de Aburrá 1998-2006.



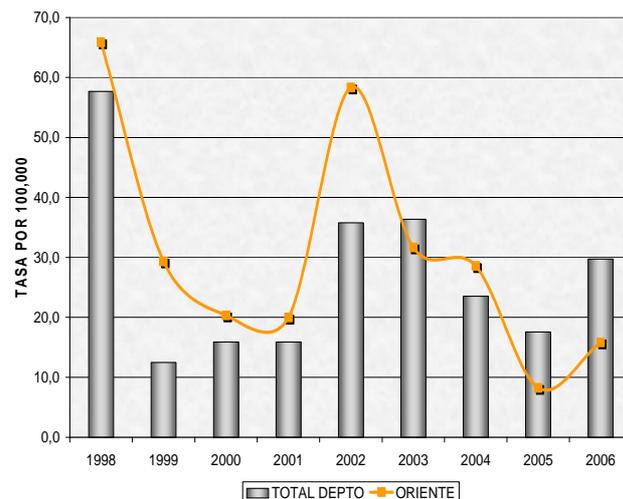
Fuente: SIVIGILA Antioquia.

### VALLE DE ABURRA

Esta subregión comprende 10 Municipios, los cuales tienen acceso a agua potable y a una adecuada infraestructura sanitaria en gran parte de su población. Esta situación es coherente con el comportamiento de la Hepatitis A, la cual registra las tasas de incidencia más bajas del departamento. Durante el 2006 el Municipio que registró la tasa más baja fue Sabaneta con 0.6 (3 casos) por 10.000 habitantes, seguido de Bello con 1.2 (47 casos) por 10.000 habitantes. En este

grupo el Municipio de Barbosa fue quien reportó la mayor incidencia con 5.1 casos por 10.000 habitantes. El grupo de edad más afectado fue el de 5 a 14 años.

Fig. 4. Tendencia de La Hepatitis A en el Departamento de Antioquia y región oriente 1998-2006



Fuente: SIVIGILA Antioquia, 2006.

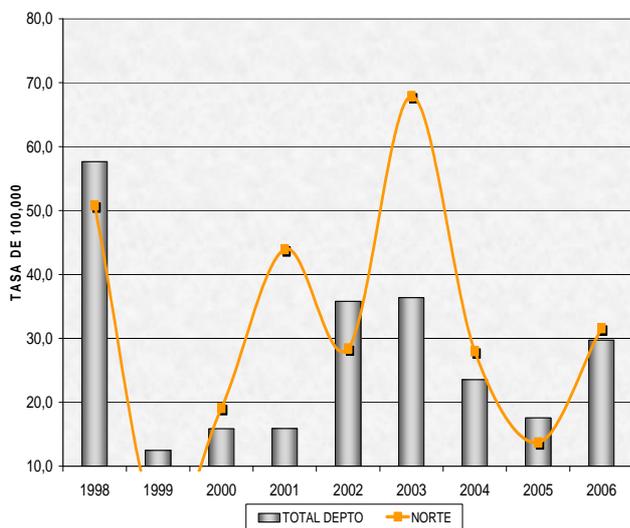
### ORIENTE

Esta subregión está conformada por 23 Municipios. Durante la última década su incidencia se ha mantenido superando las tasas departamentales y solo en los dos últimos años ha descendido de manera importante con registros por debajo del referente departamental. Su tasa más alta la registró en 1998 (6.6 por 10.000 habitantes) con un brote en Marinilla y una tasa de 41.4 (166 casos) por 10.000 habitantes y en San Vicente con 11.5 (29 casos) por 10.000 habitantes. Posteriormente durante los años 2002 y 2003 en la subregión se observó otro pico importante, para estas fechas las tasas alcanzadas fueron de 5.8 y 3.1 respectivamente.

En la actualidad es una de las regiones con la incidencia departamental más baja registrada con 5 Municipios silenciosos: San Vicente,

Guatapé, Alejandría, Cocorná, El Peñol y Concepción.

Fig. 5. Tendencia de La Hepatitis A en el Departamento Antioquia y región Norte 1998-2006



Fuente: SIVIGILA Antioquia, 2006.

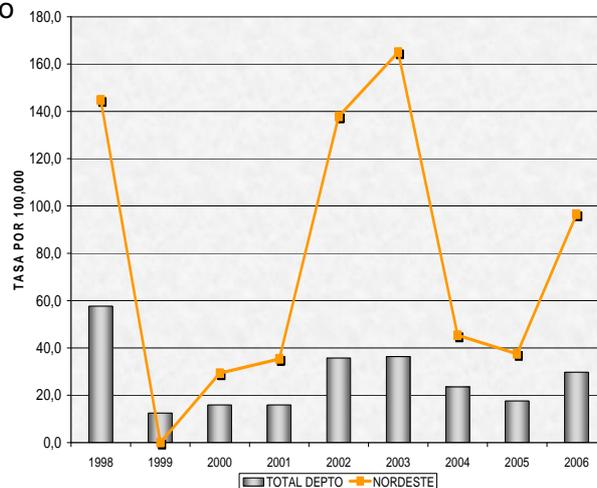
## NORTE

Subregión conformada por 17 Municipios, con un comportamiento que presenta fluctuaciones a través de la década. Registra su pico más alto durante el 2003 en donde la tasa alcanzada como subregión fue de 6.8 (171) infecciones por 10.000 habitantes. Para esta fecha los Municipios que registraron la tasa más alta fueron San Andrés de Cuerquia con 47.9 (52) por 10.000 y Valdivia con 24.5 (29) infecciones por 10.000 habitantes.

Durante el 2006 la región norte ocupó el 4º lugar en el Departamento siendo una de las regiones que más casos aportaron, su tasa alcanzó 3.1 (44) infecciones por 10.000 habitantes.

El Municipio de Campamento con una tasa de 24.5 (9) infecciones por 10.000 habitantes fue quien reportó el mayor número de casos mientras que Angostura, Belmira, Carolina del Príncipe y San José de la Montaña aparecen silenciosos.

Fig. 6. Tendencia de La Hepatitis A en el Departamento de Antioquia y región Occidente. 1998-2006



Fuente: SIVIGILA Antioquia, 2006.

## OCCIDENTE

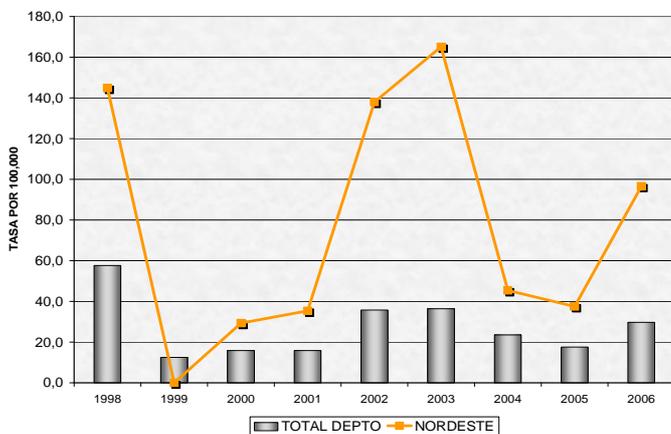
Conformada por 18 Municipios, la región de occidente en la última década ha mantenido su reporte de infecciones por Hepatitis A por encima del referente departamental. A partir de 2004 se observó un incremento sostenido y progresivo alcanzando su pico máximo en el 2006 con una tasa de 14.3 (172) por 10.000 infecciones superando notoriamente los años anteriores. Durante este año hubo brotes en los siguientes Municipios: **Sabanalarga** (49.2 (35) casos) por 10.000) en este municipio la mayoría de los casos se registraron en el grupo de 15 a 44 años, seguido por el de 1 a 4 mostrando la alta endemicidad del evento que hace que desde temprana edad se tenga contacto con el virus. Con respecto a la notificación, en su mayoría los casos son confirmados por laboratorio y no persisten casos probables en el sistema.

**San Jerónimo** (27.5 (21) casos por 10.000) el mayor número de casos lo aporta el grupo de 5 a 14 años, sin embargo llama la atención que en el grupo de menor de 1 año se registró un caso; en relación a la notificación no se hizo el cierre de casos en 11 pacientes y los 21 restantes fueron confirmados por laboratorio y

por nexo epidemiológico, esto es un mal indicador en el seguimiento de los casos.

**Sopetrán** (con una tasa de 21 (18) casos por 10.000) el 68% de los casos se ubicaron en el grupo de 5 a 14 años, el 35% de los casos persistieron probables en el sistema. **Buriticá** (23.4 (5) casos por 10.000) en este municipio se hizo cierre de los casos en el 41% de los casos el 59% restante permaneció probable en el sistema. Los grupos de edad mas afectados fueron por igual de 5 a 14 y de 15 a 44 donde se concentró el mayor numero de infecciones y **Frontino** (23.2 (45 casos) por 10.000) al igual que en el resto del departamento el grupo de edad mas afectada fue la población de 5 a 14 años con ausencia de casos en los mayores de 45 años. En este Municipio durante el 2006 se confirmaron por laboratorio 33 casos (73%) y el 27% restante permaneció probable. Se mantuvieron silenciosos Abriaquí, Anzá, Heliconia, Liborina y Olaya.

Fig. 7. Tendencia de La Hepatitis A en el Departamento de Antioquia y región Nordeste. 1998-2006



Fuente: SIVIGILA Antioquia, 2006.

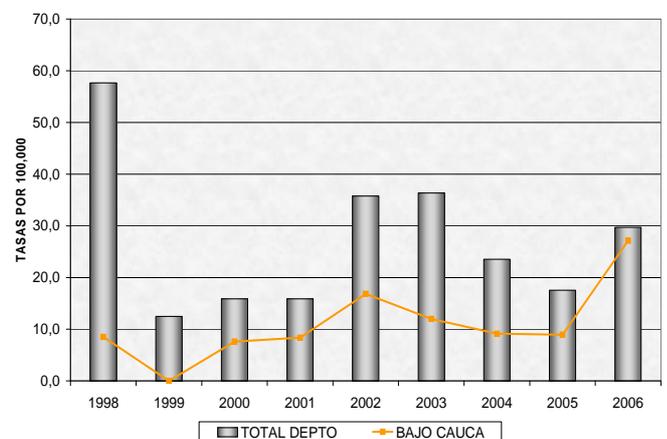
### NORDESTE

Subregión conformada por 10 Municipios cuyas tasas de infección por Hepatitis A superan en la última década al referente departamental. Al igual que en el resto de subregiones los años 2002 y 2003 fueron los que aportaron el mayor

numero de casos en la última década. Durante el 2006 registró un incremento importante en relación al año inmediatamente anterior, es así, como su tasa asciende de 3.8 a 9.6 por 10.000 habitantes.

Los Municipios de la subregión que realizaron el mayor número de aportes fueron: **Amalfi** (65 (131 casos) por 10.000 infecciones) en este Municipio se registraron casos en todos los grupos de edad, siendo el grupo de 5 a 14 el que realizó el mayor número de aportes con el 45% de los casos reportados. El 100% de los casos fueron confirmados por laboratorio o por nexo epidemiológico. **Anorí** presentó un descenso importante con relación al año anterior pasó de una tasa de 35 a 7.4 por 10.000 habitantes. El mayor aporte lo realizó el grupo de edad de 15 a 44 años de edad. Persiste silencioso en esta región el Municipio de Remedios quien en los 2 últimos años no ha realizado reporte de casos.

Fig. 8. Tendencia de La Hepatitis A en el Departamento de Antioquia y Bajo Cauca. 1998-2006



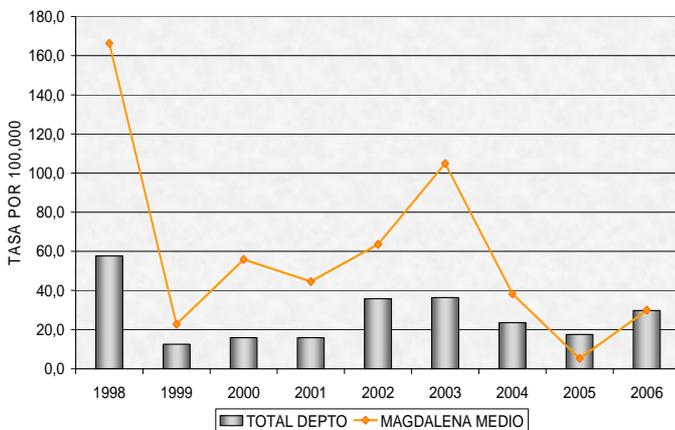
Fuente: SIVIGILA Antioquia, 2006.

### BAJO CAUCA

Subregión conformada por 6 Municipios, ha mantenido la incidencia reportada por esta infección por debajo del referente departamental, sin embargo durante el año 2006 registró un

caso con complicación hepática en una menor de 3 años procedente del corregimiento El Jardín del Municipio de Cáceres. La tasa reportada, más alta en los últimos 10 años fue durante 2006 cuya incidencia alcanzó 2.7 (53) infecciones por 10.000 habitantes. Para este año El Municipio que realizó el mayor número de aportes fue Zaragoza, con predominio del grupo de edad de 15 a 44 años seguido de Cáceres con 5.4 (15) casos por 10.000 habitantes en donde el predominio fue en el grupo de edad de 1 a 4 años; en su consecuencia la exposición desde tan temprana edad hace que los grupos de adultos no reporten casos. Una situación especial la presenta El Bagre, el cual comparte igualdad de condiciones geográficas y sanitarias que Zaragoza y que registra para 2006 una tasa de 0.22 (11 casos) por 100.000 habitantes, dejando en evidencia el subregistro sobre la presencia de este evento en la comunidad.

Fig. 9. Tendencia de La Hepatitis A en el Departamento de Antioquia y Magdalena Medio. 1998-2006



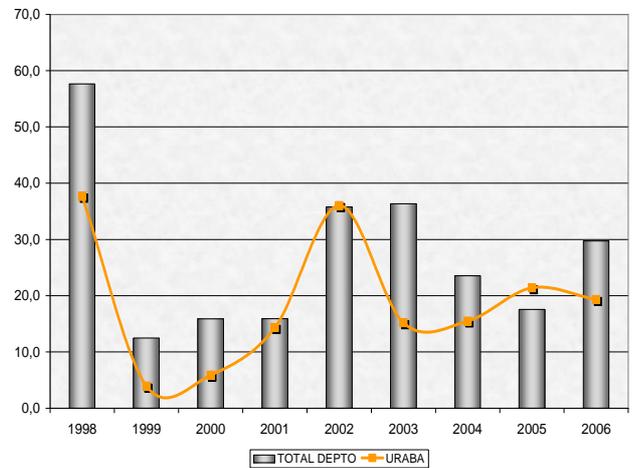
Fuente: SIVIGILA Antioquia, 2006.

### MAGDALENA MEDIO

Región conformada por 6 Municipios, en la última década la Hepatitis A muestra un comportamiento con fluctuaciones periódicas, un pico representativo presentado durante 1998 en donde la infección alcanzó una tasa de

16.6 (152) infecciones por 10.000 habitantes, duplicando el referente departamental. Otro pico importante lo registró durante el 2003 en el cual las tasas ascendieron a 10.5 (98) casos por 10.000 habitantes, durante este año la tasa departamental fue de 3.6. Durante el año 2006 el Municipio de Yondó fue el más afectado, el grupo edad de 5 a 14 realizó el mayor número de aportes. El Municipio de Puerto Nare permaneció silencioso para este año.

Fig. 10. Tendencia de La Hepatitis A en el Departamento de Antioquia y Región Urabá. 1998-2006



Fuente: SIVIGILA Antioquia, 2006

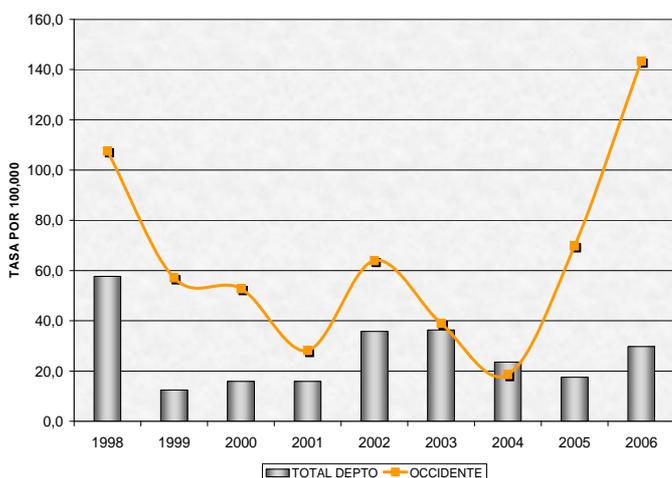
### URABÁ

Región conformada por 11 Municipios, con la excepción de 2005 el comportamiento de la Hepatitis A se ha mantenido por debajo del nivel departamental. Su incidencia más alta la registró durante los años 1998 y 2002 en donde alcanzó tasas de 3.7 (160) y 3.6 (167) infecciones por 10.000 habitantes.

Durante el 2006 permanecieron silenciosos Murindó, Mutatá, Vigía del Fuerte y Necoclí. Para el año 2006 el Municipio que realizó el mayor número de aportes fue San Pedro de Urabá con una tasa de 12.1 (35) infecciones por 10.000 habitantes; en este municipio hay presencia de casos en todos los grupos de edad excepto en los menores de 1 año, con predominio del grupo de

15 a 44 años y no se reportaron complicaciones de los mismos. El 100% de los casos fue confirmado por laboratorio.

Fig. 11. Tendencia de La Hepatitis A en el Departamento de Antioquia y Suroeste 1998-2006



Fuente: SIVIGILA Antioquia, 2006.

## SUROESTE

Región integrada por 24 Municipios aportó durante el 2006 el 10% de los casos del departamento. Con la excepción de 1998 (año de mayor incidencia en el departamento), su incidencia ha superado el referente departamental, con un registro importante durante los años 2002 y 2003 con 7.4 (290) y 6.5 (242) casos por 10.000 habitantes duplicando en ambos años la cifra departamental. Durante el 2006 los Municipio que registraron picos epidémicos fueron: **Pueblo Rico:** con una tasa de 23.2 (13) infecciones por 10.000 habitantes, sus casos predominaron en el grupo de 5 a 14 y 15 a 44 años con ausencia de casos en mayores de 45 años en su mayoría los casos fueron confirmados por laboratorio y nexos epidemiológico, quedando en el sistema sin definir la condición final 3 casos. **Andes:** con una tasa de 16.6 (68 casos) por 10.000 habitantes, su mayor incidencia se registró en el grupo de 15 a 44 años, el total de casos fue confirmados y no se reportaron

complicaciones. Persistieron silenciosos en la subregión los Municipios de Angelópolis, Betania, Caramanta, Hispania, Jericó, La Pintada, Montebello, Támesis, Urrao y Valparaíso.

## INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN

La vigilancia de este evento exige un adecuado funcionamiento del sistema de vigilancia en salud pública, desde la notificación oportuna de los casos como probables hasta la ejecución del cerco epidemiológico, el cual incluye las siguientes actividades:

- *Tomar muestras de sangre* para pruebas serológicas tipo IgM para Hepatitis A, bilirrubinas y transaminasas a los contactos sintomáticos. En caso de brote tomar muestra sólo al 10% de los contactos.
- *Aplicar gammaglobulina estándar* a los contactos de alto riesgo en comunidades cerradas y núcleo familiar a dosis de 0.02 ml por kg de peso (solo si ha transcurrido menos de 2 semanas del contacto, en caso contrario puede ser ineficaz).
- *Información precisa a la familia*, sobre el manejo del aislamiento entérico y las precauciones con el paciente.
- *Énfasis en potabilización y manejo adecuado del agua* para consumo humano.
- *Énfasis en hábitos h higiénicos* y lavado de las manos antes y después de utilizar el sanitario y antes y después de preparar los alimentos.
- *Vacunación:* en la actualidad se cuenta con una vacuna la cual aún no está disponible en el PAI. El esquema es de 3 dosis IM a partir de 1 año de edad, (esquema 0, 6, 12 m) con lo cual se obtiene una eficacia cercana al 95%.
- **Estudio por laboratorio:** se recomiendan Anticuerpos tipo IgM contra el virus de la hepatitis A.

**Tipo de muestra:** 4 a 5 ml de suero no bemozido. Paciente en ayunas preferiblemente

**Envío de muestras:** remitir al Laboratorio Departamental de Salud Pública, a temperatura ambiente lo más pronto posible. La muestra debe estar plenamente identificada y acompañada de la solicitud de la prueba

- **Vigilancia de la aparición del evento:** El sistema de vigilancia epidemiológica debe ser capaz de detectar los brotes de Hepatitis A, por lo que la notificación pasiva de los casos sospechosos debe complementarse con sistemas de vigilancia activa. La notificación se realizara de manera colectiva a través de las fichas técnicas dispuestas para ello con las variables mínimas solicitadas por el SIVIGILA, y serán enviadas a la Dirección Local de Salud (Unidad Notificadora), la cual es responsable de las acciones de control a nivel comunitario. Esta realizará la investigación de cada caso y recopilará los datos epidemiológicos básicos que permitan conocer las características epidemiológicas con las que se presenta la enfermedad, instaurando de manera inmediata las medidas de control como si se tratara de la aparición de un brote.
- **Control de contactos:** se define como contactos aquellos que viven en la misma casa que el caso o que compartan por más de una hora juegos, estudios, entre otras. Este grupo debe estar bajo vigilancia durante 14 días después del último contacto con el caso. Ante la aparición de sintomatología será excluido de consultas, escuelas, instituciones, etc., hasta que sea médica y epidemiológicamente evaluado para determinar su etiología y la potencial transmisión a susceptibles.

## **INDICADORES PARA EVALUAR EL SISTEMA**

### **Indicadores de impacto**

- Tendencia de la Hepatitis A según grupos de edad y procedencia.
- Mapeo geográfico por barrio o sector, de la presencia de casos compatibles o confirmados y brotes.

### **Indicadores de proceso**

- Proporción de brotes investigados oportunamente.
- Cumplimiento institucional de la notificación
- Porcentaje de casos clasificados como compatibles (casos que se clasifican por clínica por que no tuvieron examen de laboratorio)
- Promedio de contactos estudiados por brote.
- Promedio de contactos a los que se les administró gammaglobulina estándar por cada caso investigado.
- Porcentaje de casos cuya muerte fue por hepatitis A, a los cuales se les tomó muestra para serología y patología

## **BIBLIOGRAFÍA**

GALEANO Marín, Armando; TABARES Morales Zulma, VELEZ Londoño, Lina María, PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, Direccin Seccional de Salud, Dirección de salud Pública, 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, El control de las enfermedades transmisibles, 2001.

CENTRO PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

CDC.<http://www.cdc.gov/spanish/indice.htm#H> consultada 23 julio de 2007

