

V. HEPATITIS VIRALES

V.1. HEPATITIS VIRAL TIPO A – CIE-10 B15

(Hepatitis infecciosa, hepatitis epidémica, ictericia epidémica, ictericia catarral, hepatitis viral tipo A).

- **Justificación**

La Hepatitis A es una enfermedad infecto contagiosa en la que se reconocen, por estudios de seroprevalencia, tres patrones epidemiológicos: endemidad alta, media y baja. En nuestro país, han venido ocurriendo brotes epidémicos cada 3-4 años, con altas tasas, hasta el comienzo de la aplicación de la vacuna. Esta ha sido incorporada al Esquema del Calendario Nacional a partir del año 2005 (Res. Ministerial N°653/05), al año de edad. La tasa de infección es inversamente proporcional a la condición sanitaria de la población. Uno de cada 1000 infecciones puede presentar una forma clínica grave (fulminante), siendo el trasplante hepático la única alternativa terapéutica. Como cualquier enfermedad gastroentérica, es un problema potencial en sitios con deficiencia de la higiene personal y del saneamiento del entorno. La mayoría de los casos están directamente relacionados al consumo de agua ó alimentos contaminados, aunque también es importante considerar la transmisión persona a persona. La identificación de factores de riesgo con intervención oportuna, evita la aparición de casos adicionales.

- **Descripción**

El comienzo de la enfermedad sintomática, incluye fiebre, malestar general, anorexia, náuseas y molestias abdominales, seguidas en pocos días de ictericia (coloración amarillenta de la piel y mucosas), dependiendo de la edad en que se adquiere la infección.

En la mayoría de los niños menores de 7 años, la infección es oligo ó asintomática (formas anictéricas 80-90%), lo que hace que jueguen un rol importante en la transmisión y son fuente de infección; en los adultos esta proporción desciende al 25%. La duración de la enfermedad varía de una a dos semanas, hasta varios meses (5-6 meses), con un restablecimiento completo sin secuelas y con un porcentaje bajo (8-10%) de recurrencias en la elevación de los niveles de las aminotransferasas. No existe forma crónica de la enfermedad. En uno de cada 1000 casos puede darse una enfermedad grave, la hepatitis fulminante. La tasa de letalidad en niños menores de 14 años es baja (menos de una defunción por 1000 casos), pero se han señalado cifras mayores en niños menores de 5 años de edad (1,5 por 1000 casos), y en zonas de baja endemia, la tasa se eleva en 27 por 1000 casos en personas mayores de 50 años de edad. La inmunidad después de la infección dura toda la vida.

- **Agente**

El virus de Hepatitis A (HAV) es un virus RNA que se ha clasificado en el género Hepatovirus, miembro de la familia Picornaviridae.

- **Transmisión**

La transmisión es oro-fecal (ano-mano-boca) ó a través de agua o alimentos contaminados con virus, generalmente por materia fecal.

- **Reservorio**

Los humanos y, en raras ocasiones, otros primates.

- **Incubación**

De 15 a 50 días, dependiendo del inóculo y el individuo; el promedio es de 28 a 30 días.

- **Transmisibilidad**

La infectividad máxima ocurre durante la segunda mitad del período de incubación y continúa algunos días después del inicio de la ictericia o coincidente con la elevación máxima de los niveles de las transaminasas en los casos anictéricos. Probablemente la mayor parte de los casos no sean infecciosos después de la primera semana de la ictericia, si bien se ha registrado la excreción duradera del virus (hasta tres meses).

- **Distribución**

Mundial. Se presenta en forma esporádica y epidémica. Tiene tendencia a las recurrencias cíclicas. En los países en desarrollo, los adultos suelen ser inmunes, y en las epidemias de Hepatitis A los primeros afectados son los niños. En los lugares donde el saneamiento es deficiente, la infección es común y aparece a edad más temprana. Las epidemias a menudo evolucionan lentamente, abarcan grandes zonas geográficas. En nuestro país, hasta la inclusión de la vacuna en el PAI nacional, los brotes se han venido produciendo por áreas, extendiéndose paulatinamente a todas las jurisdicciones, en el término de aproximadamente dos años, para luego tener períodos de baja endemicidad por falta de susceptibles.

- **Definición de caso**

Caso sospechoso: toda persona que presenta fiebre, malestar general, anorexia, y molestias abdominales, seguida o no en pocos días de ictericia.

Caso probable: caso sospechoso con transaminasas elevadas.

Caso confirmado: Caso sospechoso o probable confirmado por laboratorio: presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de Hepatitis A (anti-HAV IgM) en el suero de los pacientes agudos o convalecientes, o bien, asociación epidemiológica con un caso confirmado (nexo epidemiológico).

Los anticuerpos anti-HAV IgM se pueden seguir detectando durante cuatro a seis meses después del comienzo de la enfermedad. Los anticuerpos se detectan por enzoinmunoensayo (EIE).

Brote: dos ó más casos confirmados donde se comprueba nexo epidemiológico. En jardines maternos e infantiles (menores de 5 años), la presencia de un caso confirmado debe considerarse brote.

- **Modalidad de vigilancia**

a) Estrategia: Clínica y Laboratorio. Unidad Centinela (opcional).

b) Modalidad: individual detallada.

c) Periodicidad: inmediata

d) Instrumento de recolección: Individual en Ficha específica(ver anexo de Hepatitis) , C2 y L2. En fichas de la Unidad Centinela (donde éstas existan).

- **Medidas de prevención y control**

Es una enfermedad prevenible por vacuna, la que ha sido ya incorporada al Esquema del Calendario Nacional a partir del año 2005 (Res. Ministerial Nº653/05).

De nivel individual:

Al paciente y a los contactos:

No se dispone de tratamiento específico. Buen saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado de manos y a la eliminación sanitaria de las heces. Control del ambiente inmediato: se recomienda el escrupuloso lavado con agua lavandina al 1% de locales, sanitarios, vajillas, prendas, ropa interior o todo aquel ambiente o material que eventualmente pudiera estar en contacto con la materia fecal.

Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.

Inmunización (ver Normas Nacionales de Vacunación, este párrafo debe actualizarse con ellas):

a) Inmunización pasiva: Gammaglobulina a 0,02 ml/kg de peso administrada por vía intramuscular dentro de las 72 horas siguientes a la exposición, con un máximo de 15 días. La inmunoglobulina sólo está indicada para los contactos familiares y sexuales. La eficacia de la misma cae bruscamente a medida que se aleja del momento del contacto con el virus.

b) Inmunización pasiva-activa: con uso simultáneo de vacuna y gammaglobulina, para alcanzar la protección en el menor tiempo posible. La vacuna, se indica a partir del año de vida, con refuerzo a los 6 meses. Así también la inmunización pasiva-activa, está indicada a grupos de riesgo.

c) Investigación de la probable fuente de infección para su eliminación: la aparición de un caso "sospechoso" ó "probable" desencadenará la notificación inmediata del profesional que asiste al paciente (Clínica, Laboratorio, UCHV), al vigilante epidemiológico ó responsable de esta área en el servicio de salud, quien será el responsable de que se concluya la investigación epidemiológica y laboratorial, y de iniciar las "acciones de bloqueo" que correspondan con vacuna antihepatitis A.

De nivel comunitario

Potabilización del agua y con sistemas adecuados de distribución y de eliminación de excretas.

Educación sanitaria con relación a higiene personal: lavado de manos con agua, jabón y cepillo para uñas para la manipulación de alimentos y disposición final de las excretas.

En caso de brote o epidemia

Ver el punto c) del ítem "Medidas preventivas" a efectos de reforzar:

a) Identificación del modo de transmisión por investigación epidemiológica, es decir, si fue de persona a persona o por un vehículo común, y detectar a la población expuesta a un mayor riesgo de infección. Eliminar cualquier fuente común de infección.

b) En la industria alimentaria se aconseja la identificación del personal susceptible (anti-HAV negativo) y su posterior vacunación.

c) Jardines maternos y salas de internación pediátrica: si en un centro se presentan uno o más casos de Hepatitis A o si se identifican casos en el hogar de dos o más niños atendidos en la institución, se debe considerar la práctica de precauciones entéricas siempre.

d) Se harán esfuerzos especiales para mejorar las prácticas de saneamiento e higiene, y para eliminar la contaminación fecal de los alimentos y el agua, tanto en colegios como en instituciones cerradas, industria de alimentación y manipuladores de alimentos.

Medidas en caso de desastre

La administración masiva de inmunoglobulina no sustituye las medidas ambientales.

Cuando gran número de personas está en condiciones de aglomeración y/o hacinamiento, las deficientes acciones de saneamiento son un problema potencial. Habrá que extremar las medidas sanitarias Adecuada eliminación de excretas y la seguridad de los abastecimientos de agua: indicar no beber agua del lugar salvo que esté clorada o proveer agua potable en envases individuales; en caso de provisión de agua por cisternas fijas o móviles, proceder a la cloración en el lugar de su uso; controlar la eliminación sanitaria del agua utilizada. Reforzar la adecuada eliminación de excretas ¡!

Medidas internacionales

No constituye patología de denuncia internacional.

En caso de brote de áreas limítrofes con países vecinos, debe notificarse a los mismos, de manera inmediata por acuerdo del MERCOSUR.

V.2. HEPATITIS VIRAL TIPO B – CIE-10 B16

(Hepatitis viral tipo B, hepatitis por suero, ictericia por suero homólogo, hepatitis por antígeno de Australia, HB).

• Justificación

La Hepatitis B es una enfermedad que afecta a 300 millones de personas en el mundo y se estima que es responsable de entre 250.000 y 500.000 muertes al año. La prevalencia de la infección varía en forma importante en diferentes partes del mundo. Argentina es un país de baja endemia de acuerdo a la prevalencia de HBs Ag en bancos de sangre. Es prevenible por vacunación, obligatoria para el personal de salud por Ley N° 24151/92, e incorporada al Esquema de Vacunas en el Calendario Nacional, en el año 2000 (R.M.N°940/00), y por Resolución Ministerial N°175/2003, se agrega la obligatoriedad de la vacunación al grupo de preadolescentes. Existe además una gammaglobulina hiperinmune específica (HBIG), para ser usada en la inmunización pasiva, la que contiene altos títulos de anticuerpos neutralizantes antiHBs. La evolución de la enfermedad depende de la edad al momento de la infección. La infección perinatal evoluciona en un 90% de los casos a hepatitis crónica, cirrosis y carcinoma hepatocelular. La probabilidad de una evolución a la cronicidad disminuye con la edad del paciente al momento de la infección, alcanzando a los 6 ó 7 años de edad, el 5-10% como la tasa en adultos. Debido a esta diferencia en la evolución, es muy importante aplicar inmunidad pasiva-activa al neonato de madre con antigenemia positiva en el momento del parto : esto significa aplicar simultáneamente vacuna y gammaglobulina hiperinmune B, antes de las 12 horas de vida (ver Normas Nacionales de Vacunación). La Argentina es país de baja endemia, de acuerdo con la prevalencia HBV en donantes de Bancos de sangre.

• Descripción

La mayoría de estas infecciones (más del 60%) son asintomáticas, siendo una enfermedad de un comienzo insidioso, con anorexia, molestias abdominales, náuseas y vómito, a veces artralgias y erupciones, que puede culminar en ictericia. La fiebre puede ser leve o estar ausente. La gravedad va desde las formas no manifestadas que se detectan sólo mediante pruebas de la función hepática, hasta casos fulminantes y mortales de necrosis hepática aguda.

Los individuos con infección crónica pueden o no tener el antecedente de hepatitis clínica.

• Agente

El virus de Hepatitis B (HBV) es un virus DNA, que se ha clasificado en el género Hepadnavirus, miembro de la familia Hepadnaviridae.

• Transmisión

La vía de transmisión es siempre parenteral, y los modos de transmisión son:

1-Contacto sexual

2-Vía perinatal (vertical)

3-Sangre y derivados: a través de las mucosas a los líquidos corporales infectantes, transfusión de sangre o sus derivados, uso compartido de agujas durante la inyección de drogas intravenosas, hemodiálisis, acupuntura, tatuajes y pinchazos de aguja u otras lesiones por instrumentos cortantes sufridas por personal hospitalario.

La transmisión horizontal puede ocurrir por compartir en forma diaria utensilios (cepillos de dientes, máquinas de afeitar, corta uñas, tijeras, etc.) de pacientes con antigenemia positiva.

• Reservorio

Los humanos.

- **Incubación**

Por lo general es de 45 a 180 días (promedio de 60 a 90 días).

- **Transmisibilidad**

Todas las personas con positividad al antígeno de superficie del virus de Hepatitis B (HBsAg) son infectantes. En el paciente infectado, el período de mayor transmisibilidad empieza antes del período de estado (ascenso de los niveles de actividad de enzimas hepáticas), cuando está presente, y sigue hasta la negatividad del HBsAg, independientemente del curso clínico.

- **Distribución**

Mundial, endémica, sin variaciones estacionales. En nuestro país es una enfermedad de baja endemicidad. Existen personas con conductas de riesgo de infección como el uso de drogas inyectables, las que tienen relaciones hetero u homosexuales con múltiples contactos sin protección; grupos de riesgo como pacientes y el personal de instituciones para discapacitados mentales, de centros de hemodiálisis, personal de atención de la salud y de seguridad pública.

- **Definición de caso**

Caso sospechoso: paciente con anorexia, astenia, náuseas ó vómitos.

Casos probable: es un caso sospechoso que presenta hepatograma alterado.

Caso confirmado: caso sospechoso o probable confirmado por laboratorio: en la forma aguda detección de anticuerpos contra el antígeno Core del HBV de clase IgM (antiHBc IgM) con o sin presencia del antígeno de superficie del HBV (HBsAg) y , en la forma crónica presencia de HBsAg con ausencia de antiHBc IgM .

Brote: dos ó más casos confirmados donde se comprueba nexo epidemiológico.

Portador: persona con HBsAg positivo, durante más de seis meses

- **Modalidad de vigilancia**

a) Estrategia: Clínica - Laboratorio-UC y Bancos de Sangre. Unidades Centinela (opcional).

b) Modalidad: individual

c) Periodicidad: semanal.

d) Instrumento de recolección: Individual en Ficha específica(ver anexo de Hepatitis), C2 y L2 y Ficha de UC

- **Medidas de prevención y control**

De nivel individual

-Control del paciente y de los contactos:

En el paciente con infección aguda no se recomienda tratamiento específico, solo el sintomático y seguimiento para determinar cual es la evolución (autolimitada o crónica). En los casos crónicos el Hepatólogo determinara cual de las terapéuticas disponibles (inmunomoduladores o antivirales o su combinación) es la que corresponde en cada caso y la duración de la misma.

Observar las precauciones universales para evitar exposición a sangre y líquidos corporales.

Desinfección concurrente del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes (Ver Normas de Bioseguridad para Uso de Establecimientos de Salud/ Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus y SIDA Resolución Secretarial Nº 228/93).

Inmunización (ver Normas Nacionales de Vacunación, este párrafo debe actualizarse con ellas):

a) Inmunización activa: Vacuna. En el Calendario de Vacunación Nacional, se indica la obligatoriedad de la vacunación, dentro de las primeras 12 horas de vida del niño, segunda dosis a los dos meses y completando el esquema de tercera dosis a los 6 meses de vida (Resolución Ministerial Nº 940/00). A partir del 1º de noviembre de 2003, se agrega la obligatoriedad de la vacunación al grupo de preadolescentes (Resolución Ministerial Nº 175/2003)

b) Inmunización pasiva: consiste en la administración intramuscular de gammaglobulina hiperinmune contra HBV (HBIG) en dos dosis separadas por 30 días. La dosis varía de acuerdo al peso del individuo. Generalmente se combina con la vacuna para que la inmunización sea duradera

c) Inmunización activa-pasiva: consiste en el uso simultáneo de vacuna e inmunoglobulina hiperinmune. En sujetos que no hayan sido inmunizados y que han experimentado un accidente con exposición a sangre de una fuente con positividad del antígeno de superficie, debe administrarse lo antes posible, en el término de 24 horas, después de la exposición al pinchazo de aguja, una sola dosis de HBIG (0,06 ml por Kg de peso ó 5 ml para adultos), y en forma simultánea la primera dosis de vacuna contra la Hepatitis B. Para completar luego el esquema.

c.1.) Los niños que nacen de madres HBsAg positivas deben recibir una dosis de inmunoglobulina contra la hepatitis B (HBIG) 0,5 ml por vía intramuscular y simultáneamente en otro lugar la primera dosis de vacuna en las primeras 12 horas del nacimiento. Se debe completar luego el esquema de vacunación y una segunda dosis de HBIG a los 30 días.

c.2.) Contacto sexual: después de la exposición sexual con una persona infectada con HBV (HBsAg positivo), se recomienda administrar una sola dosis de HBIG (0,06 ml/kg) en forma precoz, si es posible en el término de hasta 14 días del último contacto sexual

d) Investigación de la probable fuente de infección para su control/eliminación: la aparición de un caso confirmado desencadenará la notificación inmediata del profesional que asiste al paciente (Clínica, Laboratorio, UCHV, Banco de Sangre), al vigilante epidemiológico ó responsable de esta área en el servicio de salud, a los efectos de se concluya la investigación epidemiológica buscando posibles "contactos" y aplicar las medidas de control pertinentes.

De nivel comunitario

Educación para la Salud: educación sexual, precauciones universales

Por Ley 24.151/92 la vacunación es obligatoria para el personal de salud.

Mantener bajo vigilancia a todos los casos de hepatitis postransfusional y notificar a los bancos de sangre para identificar a los dadores involucrados (Ver Normas de Hemoterapia Resolución Ministerial Nº 865/2006)

En caso de brote o epidemias

Cuando surgen dos o más casos, relacionados con una fuente común de contagio, deberá buscarse otros casos más, se emprenderán medidas estrictas de asepsia. Si algún derivado de la sangre, como el factor hemofílico, plasma de diversos donadores o trombina intervienen en el problema, se retirará ese lote y se localizará a todos los enfermos que recibieron productos del mismo, en busca de casos adicionales.

Medidas internacionales

No constituye patología de denuncia internacional.

En caso de brote de áreas limítrofes con países vecinos, debe notificarse a los mismos, de manera inmediata.

V.3. HEPATITIS VIRAL TIPO C - CIE-10 B17.1

(Hepatitis viral tipo C, Hepatitis no-A, no-B transmitida por vía parenteral; hepatitis no-B relacionada con transfusiones; hepatitis no-A, no-B postransfusional; infección por HCV)

- **Justificación**

La Hepatitis C, denominada anteriormente no A–no B, es una infección cuyos síntomas pueden no estar presentes por muchos años, es por eso que se le ha llamado “la epidemia silenciosa”. Esta patología presenta distintos niveles de gravedad, hepatitis crónica severa, cirrosis hepática y hepatocarcinoma. No existe hasta el momento (año 2007), una vacuna disponible contra esta infección, como tampoco inmunoglobulina hiperinmune (HClg) específica. La aplicación de buenas prácticas clínicas y de laboratorio disminuye la incidencia de la Hepatitis C. A diferencia de HBV, no varía la evolución por la edad de infección, siendo aproximadamente en el 80%, una infección persistente, en su mayoría con enfermedad crónica. El 20% de esta enfermedad crónica, desarrollará cirrosis y hepatocarcinoma, en un tiempo no mayor a los 20 años.

- **Descripción**

La mayoría de estas infecciones (más del 90%) son asintomáticas o subclínicas. Rara vez la presentación es aguda, con anorexia, molestias abdominales, náusea, vómitos e ictericia. La enfermedad crónica suele ser subclínica con oscilaciones o elevación persistente de los niveles de transaminasas y viremia.

- **Agente**

El virus de Hepatitis C es un virus RNA, que se ha clasificado en el género Hepacivirus y pertenece a la familia Flaviviridae.

- **Transmisión**

La Transmisión se produce por exposición percutánea a sangre y hemoderivados contaminados. La eficiencia de la Transmisión por contacto sexual o personal es baja, y la transmisión vertical es también baja (5-8%) y se ve incrementada en la coinfección con HIV de la gestante (15-20%). Tiene importancia la identificación de vías “parenterales no aparentes” que explicarían un elevado porcentaje de infecciones sin factores de riesgo conocidos (manicuría y/o pedicuría no controladas, acupuntura no profesional, inyecciones no seguras, practicas medicas invasivas sin, material apropiado etc).

- **Reservorio**

Los humanos.

- **Incubación**

Oscila de 2 semanas a 6 meses, pero por lo común es de 6 a 9 semanas.

- **Transmisibilidad**

Desde el final del período de incubación, y de acuerdo con la historia natural de la infección, mientras la viremia sea detectable.

- **Distribución**

Mundial, endémica, sin variaciones estacionales. Existen grupos de personas con alto riesgo de infección: las que se inyectan drogas, las que tienen relaciones hétero u homosexuales con múltiples contactos, los pacientes y el personal de instituciones para discapacitados mentales, los pacientes y empleados de centros de hemodiálisis, personal de atención de la salud y de seguridad pública.

- **Definición de caso**

Caso sospechoso: paciente con anorexia, astenia, náuseas ó vómitos.

Caso probable: es un caso sospechoso que presenta hepatograma alterado.

Caso confirmado: caso sospechoso o probable con confirmación de laboratorio, con presencia de anticuerpos específicos en suero, contra el virus de la Hepatitis C (anti HCV) y/o antígeno (HCVAg) y/o viremia (HCV RNA).

- **Modalidad de vigilancia**

a) Estrategia: Clínica - Laboratorio-UC y Bancos de Sangre

b) Modalidad: individual

c) Periodicidad: semanal y cuatrimestral para grupos centinela

d) Instrumento de recolección: Individual en Ficha específica(ver anexo de Hepatitis), C2 y L2 y Ficha de UC

- **Medidas de prevención y control**

De nivel individual

-Control del paciente y de los contactos:

En el paciente infectado (agudo o crónico) el Hepatólogo determinará cual es la mejor estrategia a aplicar de acuerdo a las terapéuticas disponibles (combinación de inmunomoduladores con antivirales) y la duración de la misma.

Precauciones universales para evitar exposición a sangre y líquidos corporales.

Desinfección concurrente: del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales (Ver Normas de Bioseguridad para Uso de Establecimientos de Salud/ Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus y SIDA Resolución Secretarial Nº 228/93).

De nivel comunitario

Educación para la Salud: educación sexual, precauciones universales

Utilización de equipo descartable (jeringas, agujas, estiletes para la punción de dedos). Búsqueda de anticuerpos contra el HCV por medio de pruebas sensibles en todos los dadores de sangre, órganos, tejidos y semen.

Mantener bajo vigilancia a todos los casos de hepatitis postransfusional y notificar a los bancos de sangre para identificar a los dadores involucrados. (Ver Normas de Hemoterapia Resolución Ministerial Nº 865/2006)

En caso de brotes o epidemias

Cuando surgen dos o más casos relacionados con una fuente común de contagio, deberá buscarse otros casos más. Se emprenderán medidas estrictas de asepsia. Si algún derivado de la sangre, como

el factor antihemofílico, plasma de diversos donadores o trombina intervienen en el problema, se retirará ese lote y se localizará a todos los enfermos que recibieron productos del mismo, en busca de casos adicionales.

Medidas internacionales

No constituye patología de denuncia internacional.

En caso de brote de áreas limítrofes con países vecinos, debe notificarse a los mismos, de manera inmediata.

V.4. HEPATITIS VIRAL TIPO D - CIE-10 B17.0

(Hepatitis viral tipo D, Hepatitis por virus delta, hepatitis por Agente delta, hepatitis asociada con el Agente delta).

- **Justificación**

La Hepatitis D, es una enfermedad producida por un virus defectivo (HDV), que necesita de la infección del virus de Hepatitis B (HBV) para replicarse. Por lo tanto coinfecta con el HBV o superinfecta a un portador del HBV. Si bien no existe una vacuna disponible contra esta infección, la inmunización contra el virus de Hepatitis B, inmuniza contra esta infección.

- **Descripción**

La evolución de la coinfección con HBV generalmente sigue el curso de la enfermedad por Hepatitis B. El comienzo es semejante a la Hepatitis B, pudiendo ser grave y llegando a una presentación fulminante, en un 25% de los casos. En caso de una superinfección, en general, agravará el curso de la infección crónica por el HBV, dando lugar a un cuadro agudo con presentación incluso fulminante.

- **Agente**

El virus de Hepatitis D, antiguamente "Agente Delta", es un virus RNA, sin clasificación taxonomica, aunque se ha propuesto como único miembro de un nuevo genero : Deltavirus sin familia asignada.

- **Transmisión**

Es semejante a la del virus de la Hepatitis B, es decir que la vía de transmisión es siempre parenteral, y los modos de transmisión son:

1. Contacto sexual
 2. Vía perinatal (vertical)
 3. Sangre y derivados: a través de las mucosas a los líquidos corporales infectantes, transfusión de sangre o sus derivados, uso compartido de agujas durante la inyección de drogas intravenosas, hemodiálisis, acupuntura, tatuajes y pinchazos de aguja u otras lesiones por instrumentos cortantes sufridas por personal hospitalario.
- La transmisión horizontal, por compartir en forma diaria utensilios (cepillos de dientes, máquinas de afeitar, corta uñas, tijeras, etc.) de pacientes con antigenemia positiva.

- **Reservorio**

Los humanos.

- **Incubación**

Aproximadamente de 2 a 8 semanas.

- **Transmisibilidad**

Desde el final del período de Incubación, y de acuerdo con la historia natural de la infección, mientras la viremia sea detectable.

- **Distribución**

Mundial, pero su prevalencia varía ampliamente. Se presenta en forma epidémica o endémica en grupos de población que muestran gran riesgo de adquirir la infección por el HBV. Se halla en conglomerados urbanos, especialmente entre los drogadictos endovenosos.

- **Definición de caso**

Caso sospechoso: paciente con Hepatitis B inactiva con anorexia, astenia, náuseas ó vómitos.

Casos probable: es un caso sospechoso que presenta hepatograma alterado.

Caso confirmado: caso sospechoso o probable confirmado por laboratorio, con detección de anticuerpos contra HDV (anti HDV) por EIE, antiHBcIgM (+) en coinfección y antiHBcIgM (-) en superinfección.

- **Modalidad de vigilancia**

a) Estrategia: Clínica - Laboratorio-UC y Bancos de Sangre

b) Modalidad: individual

c) Periodicidad: semanal

d) Instrumento de recolección: Individual en Ficha específica(ver anexo de Hepatitis), C2 y L2 y Ficha de UC

- **Medidas de prevención y control**

De nivel individual

-Control del paciente y de los contactos:

Para el paciente : en principio idem Hepatitis B luego el Hepatologo determinara cual es la mejor estrategia de tratamiento de acuerdo a cada caso en particular.

Debido a que una persona inmune para Hepatitis B lo es para Hepatitis D, se recomienda seguir las Medidas de control para HBV.

Precauciones universales para evitar exposición a sangre y líquidos corporales.

Desinfección concurrente: del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales (Ver Normas de Bioseguridad para Uso de Establecimientos de Salud/ Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus y SIDA Resolución Secretarial Nº 228/93).

De nivel comunitario

Educación para la Salud: educación sexual, precauciones universales

Utilización de equipo descartable (jeringas, agujas, estiletes para la punción de dedos). Búsqueda de anticuerpos contra el HCV por medio de pruebas sensibles en todos los dadores de sangre, órganos, tejidos y semen.

Mantener bajo vigilancia a todos los casos de hepatitis postransfusional y notificar a los bancos de sangre para identificar a los dadores involucrados. (Ver Normas de Hemoterapia Resolución Ministerial Nº 865/2006)

Medidas en caso de epidemias

Cuando surgen dos o más casos, relacionados con una fuente común de contagio, deberá buscarse otros casos más. Se emprenderán medidas estrictas de asepsia. Si algún derivado de la sangre, como el factor hemofílico, plasma de diversos donadores o trombina intervienen en el problema, se retirará ese lote y se localizará a todos los enfermos que recibieron productos del mismo, en busca de casos adicionales.

Medidas internacionales

No constituye patología de denuncia internacional.

En caso de brote de áreas limítrofes con países vecinos, debe notificarse a los mismos, de manera inmediata.

V.5. HEPATITIS VIRAL TIPO E - CIE-10 B17.2

(hepatitis viral tipo E, hepatitis no-A, no-B, de Transmisión entérica; hepatitis no-A, no-B epidémica; hepatitis no-A, no-B fecal-oral).

- **Justificación**

La Hepatitis E es una enfermedad de transmisión entérica. Si bien se ha desarrollado una vacuna contra este agente, no está disponible, a la fecha (2007) para su uso masivo. Se debe estimular la notificación de casos agudos de esta enfermedad confirmados por laboratorio, ya que se ha documentado la infección en diferentes grupos de riesgo y en poblaciones especiales del país con diferentes prevalencias (por ej. donantes de sangre 2%, infectados HIV 10%). En nuestro país se ha demostrado la relación del HEV y la ocurrencia de falla hepática fulminante en niños.

- **Descripción**

Cuando se presenta, el curso clínico es semejante al de la Hepatitis A: con fiebre, malestar general, anorexia, náusea y molestias abdominales, ictericia. No hay forma crónica. Se han descrito casos epidémicos y esporádicos.

- **Agente**

El virus de Hepatitis E, es un virus RNA, del género Hepevirus y de la familia Hepeviridae.

- **Transmisión**

Es la misma que para la Hepatitis A: transmisión oro-fecal (ano-mano-boca) o a través de agua o alimentos contaminados con virus, generalmente por materia fecal.

- **Reservorio**

Los humanos. Recientemente (en los años noventa) se ha propuesto a la Hepatitis E, como una zoonosis, a partir de su transmisión al hombre desde el cerdo, jabalíes, ciervos y otros animales salvajes consumidos por el hombre (crudos o con bajo nivel de cocción).

- **Incubación**

De 15 a 64 días; la media del período de incubación ha variado entre 26 y 42 días en diferentes epidemias.

- **Transmisibilidad**

La infectividad máxima ocurre durante la segunda mitad del período de incubación y continúa algunos días después del inicio de la ictericia o durante la actividad máxima de las transaminasas en los casos anictéricos. Probablemente la mayor parte de los casos no sean infecciosos después de la primera semana de la ictericia.

- **Distribución**

Mundial. Se han identificado brotes y casos esporádicos de Hepatitis E en zonas geográficas muy diversas, sobre todo en países con deficiencias en su sanidad ambiental.

- **Definición de caso**

Caso sospechoso: toda persona que presenta fiebre, malestar general, anorexia, y molestias abdominales, seguida en pocos días de ictericia, (especialmente adultos).

Caso probable: caso sospechoso con transaminasas elevadas.

Caso confirmado: Caso sospechoso o probable confirmado por laboratorio, con presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de Hepatitis E (anti-HEV IgM) en el suero de los pacientes agudos o convalecientes, o bien, asociación epidemiológica con un caso confirmado (nexo epidemiológico).

- **Modalidad de vigilancia**

a) Estrategia: Clínica - Laboratorio-UC y Bancos de Sangre

b) Modalidad: individual

c) Periodicidad: semanal

d) Instrumento de recolección: Individual en Ficha específica (ver anexo), C2 y L2 y Ficha de UC

- **Medidas de prevención y control**

De nivel individual:

Al paciente y a los contactos:

se recomienda seguir las Medidas de control para HAV.

-No se dispone de tratamiento específico. Buen saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado de manos y a la eliminación sanitaria de las heces. Control del ambiente inmediato: se recomienda el escrupuloso lavado con agua lavandina al 1% de locales, sanitarios, vajillas, prendas, ropa interior o todo aquel ambiente o material que eventualmente pudiera estar en contacto con la materia fecal.

Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.

- Investigación de la probable fuente de infección para su eliminación: la aparición de un caso "sospechoso" ó "probable" desencadenará la notificación inmediata del profesional que asiste al paciente (Clínica, Laboratorio, UCHV, Banco de Sangre), al vigilante epidemiológico ó responsable de esta área en el servicio de salud, quien será el responsable de que se concluya la investigación epidemiológica y laboratorial.

De nivel comunitario

Potabilización del agua y con sistemas adecuados de distribución y de eliminación de excretas.

Educación sanitaria con relación a higiene personal: lavado de manos con agua, jabón y cepillo para uñas para la manipulación de alimentos y disposición final de las excretas.

En caso de brote o epidemia

Identificar el modo de transmisión por investigación epidemiológica, es decir, si fue de persona a persona o por un vehículo común, y detectar a la población expuesta a un mayor riesgo de infección. Eliminar cualquier fuente común de infección.

Se harán esfuerzos especiales para mejorar las prácticas de saneamiento e higiene, y para eliminar la contaminación fecal de los alimentos y el agua, tanto en colegios como en instituciones cerradas, industria de alimentación y manipuladores de alimentos.

No se ha corroborado aún la eficacia de la inmunoglobulina preparada del plasma reunido de personas en zonas endémicas de HEV.

Medidas en caso de desastre

es un problema potencial cuando grandes números de personas están en condiciones de aglomeración, saneamiento inadecuado y deficiencia de los abastecimientos de agua. Habrá que extremar las medidas sanitarias y la seguridad de los abastecimientos de agua: indicar no beber agua del lugar salvo que esté clorada o proveer agua potable en envases individuales; en caso de provisión de agua por cisternas fijas o móviles, proceder a la cloración en el lugar de su uso; controlar la eliminación sanitaria del agua utilizada. En el caso que se recolecte también proceder a su tratamiento Individual.

Medidas internacionales

No constituye patología de denuncia internacional.

En caso de brote de áreas limítrofes con países vecinos, debe notificarse a los mismos, de manera inmediata.