

EL CONTROL DE LA HEPATITIS VIRAL A EN INSTITUCIONES CERRADAS

Denis Berdasquera Corcho¹

RESUMEN: A pesar de las mejorías sanitarias que existen en muchos países del mundo, la hepatitis viral A continúa siendo un problema de salud que se presenta en forma de brotes y estos con mayor frecuencia en instituciones cerradas como son los círculos infantiles, los jardines de la infancia, las escuelas semiinternas y de régimen interno, así como en campamentos y unidades militares, entre otras. En este artículo se realiza una revisión documental sobre el tema, y se resumen las principales medidas que el personal de la Atención Primaria de Salud debe tomar en el control de foco de la hepatitis viral A en instituciones cerradas.

DeCS: HEPATITIS A/prevención & control; HEPATITIS VIRAL HUMANA/prevención & control; JARDINES INFANTILES; ESCUELAS; VIRUS DE LA HEPATITIS A; BROTES DE ENFERMEDADES.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Antes del siglo XIX era difícil diferenciar la hepatitis viral de otras enfermedades que cursaban con ictericia como la fiebre amarilla, la leptospirosis y la malaria, pero posteriormente, entre 1807 y 1808, se describe la hepatitis anictérica.

Más de un siglo después, entre 1950 y 1970 se realizan diferentes estudios, uno de ellos desarrollado por *Saul Krugman* en la Escuela Estatal de Willobrook con pacientes con retraso mental, donde se observan 2 tipos de hepatitis con características clínicas y epidemiológicas diferentes: la A infecciosa y la hepatitis B sérica.¹ Posteriormente se detecta el antígeno de superficie

con una alta incidencia en los pacientes con leucemia, y al ser susceptibles los síndromes Dawn a padecer esta enfermedad, se les determina este marcador serológico, más frecuente en los que se encontraban institucionalizados.^{1,2}

Alrededor de 1970, se presentaron casos de hepatitis con períodos de incubación diferentes al virus de la hepatitis A (VHA) y al virus de la hepatitis B (VHB), sin marcadores serológicos para estos virus, llamados entonces hepatitis no A y no B; luego se describe en 1989 genéticamente el virus de la hepatitis C.^{1,2}

Se define la hepatitis como una infección sistémica en que la necrosis e inflamación hepatocelular llevan a una constelación

¹ Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología de Guanajay.

característica de cambios clínicos, bioquímicos, inmunológicos y morfológicos de menos de 6 meses de evolución (lapso fijado de forma arbitraria), aunque ocasionalmente tiene una duración mayor, sin que esto implique un mal pronóstico o evolución a la cronicidad.³ Hoy en día, según su agente etiológico, se clasifican en hepatitis causadas por virus no hepatotropos y por virus hepatotropos (dentro de ellos A, B, C, D, E, G, GB, F).³

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEPATITIS VIRAL A

Esta enfermedad tiene una distribución mundial. Se presenta en forma esporádica y epidémica, y en el pasado tenía tendencia a recurrencias cíclicas.⁴

En los países subdesarrollados se presenta de forma endemoepidémica por la existencia de condiciones socioeconómicas propicias para su transmisión, y constituye un verdadero problema de salud.³ En los países desarrollados, las epidemias frecuentemente evolucionan de manera lenta y abarcan grandes zonas geográficas. Esta enfermedad es más común entre los escolares y adultos jóvenes. En años recientes, la mayor parte de los brotes de la enfermedad han sido brotes comunitarios o en instituciones cerradas, y se ha comprobado que el principal reservorio son los humanos, y en raras ocasiones, chimpancés en cautiverio.^{3,4} Con menor frecuencia ha aparecido en otros primates no humanos.⁴

Se transmite de una persona a otra por vía fecal oral. Raramente se evocan otros mecanismos de transmisión como el sexual, o por transfusión de sangre y sus derivados. Su período de incubación oscila entre 15 a 50 días, y dependiendo del inóculo, el promedio es de 28 a 30 días. Los estudios

de transmisión en humanos y las pruebas epidemiológicas indican que 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 la aminotransferasa en los casos anictéricos.⁴

¿Cómo enfrentar un brote de hepatitis viral A en una institución cerrada?

La responsabilidad del control de foco recae sobre el Director del Centro o Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, con la participación activa del Vicedirector de Higiene y Epidemiología del área de salud y el Médico de Familia, ya sea del círculo infantil, del jardín de la infancia, de la escuela interna o seminternas, el campamento agrícola o la unidad militar donde se presente el brote (Cuba. MINSAP. Indicadores para el control de la hepatitis viral. La Habana: MINSAP, 1986:4-5.).

Se considera un brote de hepatitis viral A cuando se presenta un caso primario o más casos secundarios, siempre que se demuestre epidemiológicamente la posibilidad real de transmisión dentro del centro o institución, y cuando el tiempo de aparición entre uno y otro caso no exceda los límites del período de incubación máximo de la enfermedad (Cuba. MINSAP. Controles de foco en la atención primaria de salud. La Habana: MINSAP, 1997:31-5.).

Se considera un caso confirmado aquel enfermo que presente las características clínicas de la enfermedad, y la transaminasa glutámico pirúvica (TGP) es mayor 2 veces y media de las cifras normales de 12 unidades internacionales; el antígeno de superficie de la hepatitis B es negativo y no existe exposición parenteral en los últimos 6 meses (Cuba. MINSAP. Controles de foco en la atención primaria de salud. La Habana: MINSAP, 1997:31-5.). El caso sospechoso es aquel enfermo que presenta las características clínicas de la enfermedad, y está asociado a un caso confirmado.

MEDIDAS SOBRE EL ENFERMO

1. Verificación del diagnóstico.
2. Notificación inmediata a través del sistema de información directa (SID), por tarjeta de enfermedad de declaración obligatoria (EDO) presuntiva y posteriormente confirmado el caso.
3. Aislamiento domiciliario de los casos confirmados, que serán excluidos de estas unidades hasta el cese del período de transmisibilidad de la enfermedad.
4. Tratamiento sintomático de la enfermedad, brindando educación sanitaria sobre las medidas higiénico sanitarias que se deben tomar.
5. Historia epidemiológica al 100 % de los casos, haciendo énfasis en la evaluación de la exposición o no parenteral relacionada con inyecciones frecuentes, administración de sangre y sus derivados, así como las intervenciones quirúrgicas en los últimos 6 meses, elementos estos importantes para la clasificación de la enfermedad. Se debe contemplar también la fecha de los primeros síntomas, el contacto directo con un enfermo durante los 2 meses anteriores a la fecha de los primeros síntomas, la estancia en lugares donde haya convivido con otras personas en los 2 meses antes de enfermar, la procedencia y calidad del agua de consumo, los lugares de expendio de alimentos donde ha consumido algo en los últimos 2 meses, la disposición de los residuales líquidos y sólidos del centro, así como también el control de los vectores en la institución.
6. El alta clínica de los pacientes, se dará cuando haya desaparecido la sintomatología de la enfermedad y los valores de la TGP estén en sus límites normales.
7. El alta epidemiológica se dará 50 días posteriores al inicio de los síntomas

(período de incubación máximo de la enfermedad).

MEDIDAS SOBRE LA VÍA DE TRANSMISIÓN

1. Inspección sanitaria estatal diaria investigando sobre las condiciones higiénicas de la institución, con vistas a detectar situaciones que puedan influir en la ocurrencia y mantenimiento de la transmisión de la enfermedad: la calidad y control del agua de consumo, la manipulación de alimentos, el hacinamiento, la calidad y cantidad del sistema de disposición de residuales líquidos y sólidos, el control de vectores, etcétera.
2. Limpieza terminal de toda la instalación la cual comprenderá locales, enseres de uso colectivo, utensilios de cocina, etcétera.
3. Determinación de cloro residual y tomas de muestras de agua para análisis bacteriológico en los puntos clave de la red de distribución, u otros que se consideren necesarios.
4. Limpieza de tanques, cisternas y otros recipientes utilizados para el almacenamiento del agua.
5. Detección de roturas de la red de distribución de agua potable dentro del área del brote.
6. Detección y solución de roturas u obstrucciones del alcantarillado.
7. Control de vectores dentro del centro.

MEDIDAS SOBRE EL HUÉSPED O SUSCEPTIBLE

1. Investigación y pesquisa activa de casos entre los contactos y conviventes, realizando a todos los contactos familiares, educacionales o laborales estudios con TGP para valorar de forma individual

sus resultados y hacer énfasis en los manipuladores de alimentos.

2. Educación sanitaria a todo el personal de la institución, orientada fundamentalmente a interrumpir la transmisión de la enfermedad mediante correctos hábitos de higiene personal, higiene de los alimentos e higiene de la vivienda.
3. Inmunoprofilaxis pasiva a todos los contactos, aplicando gammaglobulina humana normal a razón de 0,02 mL/kg de peso en dosis única por vía intramuscular, excepto los inmunizados hasta con 3 meses de anterioridad con vacunas a virus vivos. La misma se debe aplicar en las primeras 24 h posteriores a la confirmación del caso, y pierde su efectividad a los 10 días de diagnosticado.
4. La cuarentena no es necesaria.
5. Durante el brote no se realiza vacunación, pues esta no cumple ningún objetivo, además de no contar con una vacu-

na contra esta enfermedad en Cuba. Tal proceso debe realizarse de forma preventiva. A escala mundial actualmente se cuenta con una vacuna hecha de virus inactivados, y se ha demostrado que es inocua, inmunógena y eficaz, capaz de iniciar la protección contra la hepatitis clínica tipo A, incluso 14 a 21 días después de una sola dosis de la vacuna, surgen anticuerpos protectores en un plazo de 30 días.⁴

El brote de hepatitis viral A se cerrará pasados los 50 días de la fecha del último caso confirmado. Se comunicará el cierre a cuantas instancias resulte pertinente: Vicedirector de Higiene y Epidemiología del Área, Director del Centro o Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, con la posterior confirmación al Departamento de Salud Ambiental del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología correspondiente.

SUMMARY: In spite of the sanitation improvement in many countries, viral hepatitis A remains a health problem that occurs in the form of outbreaks which very frequently affect enclosed institutions such as day-care centers, kindergartens, boarding schools, camps, and military barracks, among others. This article makes a documentary review on the topic and summarizes the main measures that the primary health care personnel should take to control viral hepatitis A foci in enclosed institutions.

Subject headings: **HEPATITIS A/prevention & control; HEPATITIS, VIRAL HUMAN/prevention & control; CHILD DAY CARE CENTERS; SCHOOLS; HEPATITIS A VIRUS; DISEASE OUTBREAKS.**

Referencias bibliográficas

1. Suárez Mendoza GM, Vega Sánchez H, González Cárdenas L, Soria Hernández Y. Prevalencia de los marcadores serológicos de hepatitis viral B y C en retardados mentales. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(6): 533-7.
2. Aguirre García J. La hepatitis viral a través del tiempo. *Rev Gastroenterol Mex* 1995; 60(4 Suppl):12-7.
3. Hernández Garcés HR, Espinosa Alvarez RF. Hepatitis viral aguda. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(5):484-93.
4. Bennenson AS. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Washington, DC: OPS, 1997:231-4.

Recibido: 4 de enero de 2001. Aprobado: 2 de julio de 2001.

Dr. Denis Berdasquera Corcho. Calle 88 s/n entre 57 y 61, municipio Guanajay, La Habana, Cuba.