

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 1 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

1. OBJETIVO:

1.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos de hepatitis A de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Generar procesos sistemáticos de recolección y captura de datos que permitan establecer la distribución y frecuencia de los casos o brotes de hepatitis A.
- Establecer los procesos de laboratorio adecuados para la recolección, transporte y análisis de las muestras para el diagnóstico de hepatitis A.
- Recolectar muestras ambientales (agua para consumo humano) de manera oportuna para análisis virológico que apoye la identificación de la fuente de infección.
- Vigilar y mantener actualizada la información epidemiológica y clínica que permita identificar los factores de riesgo y el modo de transmisión que lleven al aumento en la incidencia de hepatitis A.

2. ALCANCE:

Este documento define los lineamientos establecidos para implementar y mantener la vigilancia y control en salud pública de la hepatitis A, a nivel municipal, departamental y nacional con el fin de identificar el perfil epidemiológico de este evento en el país.

3. RESPONSABILIDAD:

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través de la Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia a través de este documento y de los actores del sistema:

- Ministerio de Salud y Protección Social-Centro Nacional de Enlace.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 2 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

- Instituto Nacional de Salud - Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública y Grupo Virología de la Subdirección Red Nacional de laboratorios.
- Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.
- Unidades primarias generadoras de datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.

4. DEFINICIONES:

Las contempladas en el Decreto 3518 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

5. IMPORTANCIA DEL EVENTO

5.1. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

La hepatitis A, es considerada como una infección frecuentemente subclínica en población infantil y en ocasiones cursa con manifestaciones clínicas sugestivas del diagnóstico, sin embargo, la confirmación sólo puede reconocerse mediante pruebas de laboratorio. Esta enfermedad causa una elevada morbilidad en la población adulta, y ocasionalmente puede llegar a tener consecuencias graves como insuficiencia hepática aguda de evolución fatal (1,2).

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 (orina color "Coca-Cola") e ictericia (color amarillento de la piel y de los ojos). 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 mayor parte de los casos la enfermedad pasa sin dejar ninguna secuela y el hígado se regenera en forma completa (3,4).

Las manifestaciones clínicas de hepatitis A inician súbitamente con anorexia en 80-95% de los niños menores de cinco años y en 10-25% de los adultos, seguida de fiebre, malestar general, náusea y molestias abdominales; días después aparece ictericia en 5-20% de los

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 3 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

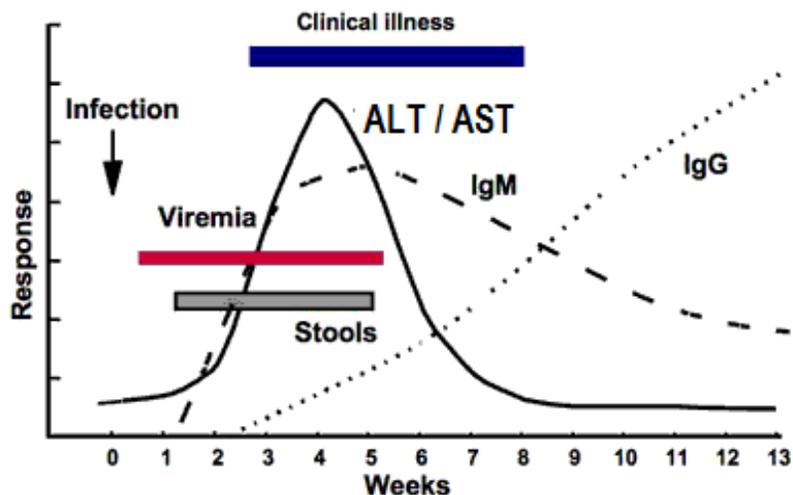
niños menores de cinco años y en 75-90% de los adultos, así como coluria, acolia, hepatomegalia y dolor en el hipocondrio derecho acompañado de mialgias y artralgias (4).

La mortalidad atribuible a esta enfermedad es baja, con aumento gradual de ésta a medida que aumenta la edad de los casos, es así como a los 14 años la mortalidad es 0,1%, entre los 15 – 39 años de 0,3% y de 2,1% a los 40 años (1-3).

Clínica y bioquímicamente la hepatitis A no puede diferenciarse de otras hepatitis; por lo que los anticuerpos detectados en las pruebas serológicas (IgM Anti-VHA) una vez iniciado el cuadro febril y malestar general y que persisten por cuatro a seis meses son necesarios para un diagnóstico definitivo (5,6)

No existe riesgo de cronicidad, ni de reinfección y se estima que 15% de las personas infectadas tendrá síntomas prolongados o una recaída en un período de 6 a 9 meses (1,2).

Gráfica 1. Dinámica de los marcadores serológicos en la hepatitis A.



<http://www.microbiologybytes.com/virology/HAV.html>

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 4 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

Aspecto	Descripción
Agente infeccioso	El virus de la hepatitis A es del tipo RNA, de la familia <i>Picornavirus</i> y se conoce un solo serotipo clasificado en el género <i>Hepatovirus</i> , Specie: <i>Hepatitis A virus</i> (3).
Modo de transmisión	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto directo de persona a persona por vía fecal – oral (más frecuente) , por contactos cercanos familiares o institucionales, o por una fuente común debida a la ingestión de agua o alimentos contaminados (leche, frutas, verduras con manipulación inadecuada y moluscos, ostras o almejas crudos o mal cocidos capturados de aguas residuales). • Por transfusión de sangre, que aunque rara, puede ocurrir cuando el donador está en el período de incubación. • También se ha informado de brotes de hepatitis A entre los usuarios de drogas intravenosas, debido a que la viremia puede persistir por varias semanas y el contagio se relaciona con higiene deficiente y el uso compartido de agujas, jeringas, filtros y soluciones para mezclar medicamentos.
Período de incubación	De 15 a 50 días, con promedio de 30 días.
Período de transmisibilidad	El momento de mayor transmisión ocurre en la segunda mitad del período de incubación asociada a la excreción continua de virus en heces hasta la primera semana después del inicio de la ictericia. Los niños y jóvenes tienen un papel importante en la diseminación.
Reservorio	Los seres humanos y, en raras ocasiones chimpancés y otros primates no humanos
Susceptibilidad	Están en riesgo de infección las personas que nunca se han infectado y aquellas que no han sido vacunadas contra la hepatitis A.
Inmunidad	Se adquiere permanentemente (toda la vida) a través de una única infección por el VHA, de tal manera que una vez la persona se recupera de la hepatitis A, nunca se infectará de nuevo. La inmunización confiere protección completa contra la infección.

5.1.1. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

A nivel mundial, anualmente se producen 1,4 millones de casos de hepatitis A, la vía de transmisión es generalmente fecal-oral y su incidencia está inversamente relacionada con el nivel socioeconómico y las condiciones higiénico-sanitarias (6)

Las áreas geográficas con casos de infección por el VHA pueden clasificarse de acuerdo a los niveles de endemicidad como de alta, intermedia o baja endemia y se correlacionan con las condiciones higiénicas y sanitarias de cada área (7,8).

En zonas de alta endemia se encuentran los países en vías de desarrollo con condiciones higiénicas y sanitarias muy deficientes (i.e, África, Asia Central y América del Sur); en estas

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 5 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

áreas la infección se adquiere en la niñez temprana y frecuentemente es asintomática. Aproximadamente, el 80% de la población menor de 10 años presenta marcadores serológicos que demuestran algún contacto en el pasado con el virus (IgG anti VHA positivo). No es habitual la aparición de brotes y la incidencia puede alcanzar cerca de 150 casos por 100.000 habitantes al año. La OMS considera actualmente que en estas áreas no estaría indicada la vacunación (1,7-9).

En zonas de endemia intermedia se encuentran los países en vías de desarrollo, con economías de transición y algunos países industrializados donde las condiciones sanitarias son inconstantes (i.e, Europa suroriental y algunas regiones del Medio Este); la edad promedio de infección es de 5-24 años y la incidencia se mantiene alta debido a las infecciones en los adultos; cerca del 80% de la población a los 25 años de edad presenta positividad de IgG anti VHA. La OMS considera que en estas áreas, además de políticas de saneamiento ambiental, debería considerarse la vacunación en toda la población infantil. Por último, en zonas de endemia baja se encuentran los países desarrollados (i.e, Europa noroccidental, Japón, Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos y Canadá) donde las condiciones higiénicas y sanitarias son adecuadas; en estos países, la edad promedio de infección es 25 años y la proporción de infección es generalmente baja, aunque puede elevarse en grupos de riesgo específicos como viajeros; 80% de la población presenta IgG anti VHA positiva a los 50 años de edad. La OMS considera que las políticas de vacunación deben dirigirse únicamente a grupos poblacionales de riesgo (1).

En América Latina, los niveles más altos de anticuerpos anti-HAV han sido hallados en México y República Dominicana. La seroprevalencia de anti-HAV fue significativamente más alta en las mujeres que en los varones en los seis países, excepto en Brasil y Venezuela. En México, Argentina y Brasil, la seroprevalencia de anti-HAV fue significativamente más alta en los grupos socio-económicos bajos y en términos generales se observaron en la endemia de alta a intermedia en América Latina siendo el grupo más afectado el de los adolescentes y adultos (10,11).

En Colombia, el comportamiento de los casos de hepatitis A desde 1997 hasta la actualidad se ha visto influido no sólo por la cobertura en la vigilancia del evento, sino también por la definición y configuración de los casos. Previo a 2003, los casos eran ingresados al sistema de vigilancia como probables y confirmados, sin embargo, a partir de 2003 los casos de hepatitis A ingresan como confirmados por laboratorio y por nexo epidemiológico, no siendo usado el ingreso como caso probable.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 6 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

Colombia está considerado 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 (7).

En el año 2000, se notificaron 1.511 casos; en 2001, 2.572; en 2002, 6.646; en 2003, 6.595; en 2004, 3.103; en 2005, 2.765; en 2006, 4.202; en 2007, 2.480 casos, en el año 2008, 9.368 casos, para el año 2009 se confirmaron 6987 casos, y para el año 2010 se confirmaron 5242 casos; las entidades territoriales con mayor número de casos con respecto al promedio nacional fueron Antioquia, Bogotá, Santander, Valle, Cundinamarca, Huila y Sucre, los departamentos con mayores proporciones de incidencia fueron Amazonas y Sucre. El grupo de edad más afectado en el año 2010 fue el de 5 a 14 años seguido por el de 15-44 años. El 98% de las personas estaba afiliado a algún régimen de salud (12).

Tabla 1. Comportamiento de la notificación individual de casos de Hepatitis A, 2007 - 2010

DEPARTAMENTO	2007	2008	2009	2010
AMAZONAS	26	50	31	25
ANTIOQUIA	252	1260	1172	629
ARAUCA	58	78	56	33
ATLÁNTICO	81	186	114	103
BARRANQUILLA	59	296	179	140
BOGOTÁ D.C.	104	2509	985	396
BOLÍVAR	57	175	295	205
BOYACÁ	398	340	145	90
CALDAS	61	150	111	77
CAQUETÁ	37	75	41	51
CARTAGENA	32	115	114	97
CASANARE	33	142	41	50
CAUCA		80	128	135
CESAR	87	159	62	54
CHOCÓ	4	10	5	12
CÓRDOBA	3	76	150	104
CUNDINAMARCA	47	490	469	351
GUAINÍA		6	3	4
GUAVIARE	21	12	7	14

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 7 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

HUILA	6	264	373	454
LA GUAJIRA	4	89	92	106
MAGDALENA	10	34	55	42
META	57	158	175	146
NARIÑO	196	389	205	108
NORTE DE SANTANDER	105	167	104	50
PUTUMAYO	55	58	80	41
QUINDIO	68	74	206	252
RISARALDA	71	73	68	58
SAN ANDRÉS				1
SANTA MARTA	28	37	36	30
SANTANDER	22	544	495	461
SUCRE	236	462	318	477
TOLIMA	3	220	184	114
VALLE	235	575	471	301
VAUPÉS	11	7	1	3
VICHADA	13	7	16	24
EXTERIOR		1		4
TOTAL	2480	9368	6987	5242

Fuente: Sivigila, INS 2007 -2010

5.2. INFORMACIÓN Y CONFIGURACIÓN DEL CASO

5.2.1. DEFINICIÓN OPERATIVA DEL CASO

Tipo de Caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica	Paciente con anorexia, náusea, elevación de aminotransferasas a más de 2,5 veces el valor normal y aumento de urobilinógeno en orina, no atribuible a otras causas, acompañado o no de fiebre, malestar general, ictericia, coluria, acolia o dolor en hipocondrio derecho, en el cual el médico tratante hace impresión diagnóstica de hepatitis A.
Caso confirmado por laboratorio	Caso confirmado por clínica y que presenta IgM anti-VHA positivo.
Caso confirmado por nexa epidemiológico	Persona con anorexia y náuseas acompañadas o no de fiebre, malestar general, ictericia, coluria, acolia o dolor en hipocondrio derecho y antecedente de contacto con: fuente común contaminada (agua para consumo humano), o persona con diagnóstico confirmado por clínica o por laboratorio, en los últimos 50 días previos al inicio de los síntomas.
Brote de HA	Episodio en el cual dos o más personas presentan sintomatología similar (caso confirmado por clínica), contacto con fuente común contaminada (agua para consumo humano), y donde la evidencia epidemiológica o los resultados de laboratorio implican la presencia del virus.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 8 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

5.3. PROCESO DE VIGILANCIA

Vigilancia pasiva

La vigilancia de la hepatitis A operará desde las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) hasta el nivel central y generará información que se deberá consolidar y analizar, de manera que se genere un diagnóstico situacional periódico del evento en los municipios, distritos y departamentos.

La vigilancia pasiva incluye lo siguiente.

- Notificación de todo caso confirmado por clínica, laboratorio o nexo epidemiológico
- En caso de brotes, investigación epidemiológica de campo oportuna, notificación inmediata según Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (ver Anexos 1,2,3).
- Recolección de muestras para confirmación o descarte del diagnóstico.
- Orientación de las medidas de control.

Vigilancia activa

Teniendo en cuenta las características epidemiológicas (sintomatología inespecífica y modos de transmisión) y el impacto de la enfermedad en la población infantil y joven es necesario realizar las siguientes acciones:

- Búsqueda específica de nuevos casos o de los no ingresados al Sivigila y la verificación en UPGD donde hay silencio epidemiológico para hepatitis A.
- Búsquedas activas institucionales en los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) en búsqueda del diagnóstico específico de hepatitis A y certificados de defunción (ver tabla siguiente).

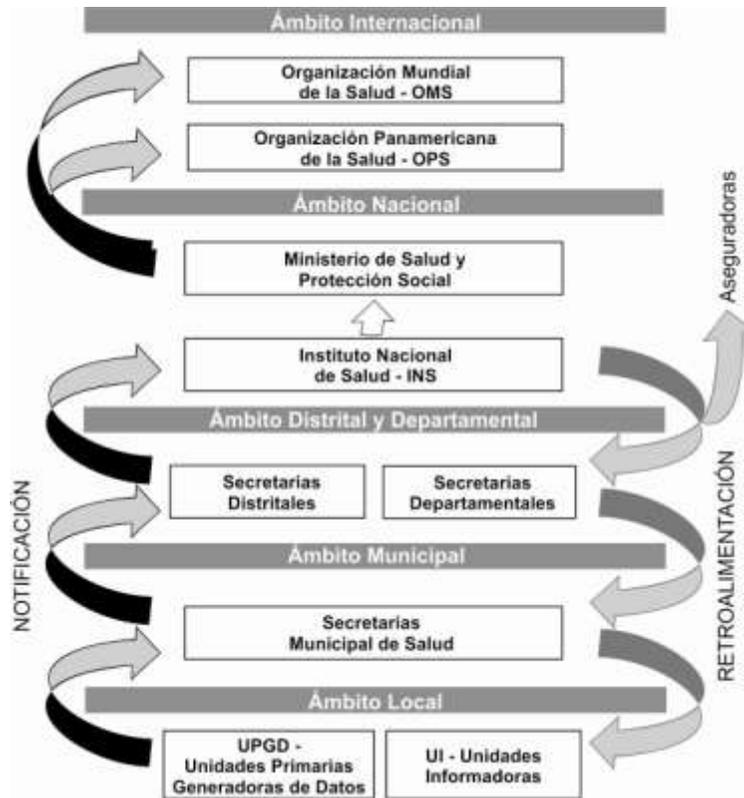
Código Internacional de Enfermedades, décima versión CIE-10. Clasificación específica para hepatitis A.	
B15	HEPATITIS AGUDA TIPO A
B17	OTRAS HEPATITIS VIRALES AGUDAS
B19	HEPATITIS VIRAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
*B150	HEPATITIS AGUDA TIPO A, SIN COMA HEPÁTICO
B159	HEPATITIS AGUDA TIPO A, CON COMA HEPÁTICO
B178	OTRAS HEPATITIS VIRALES AGUDAS
B190	HEPATITIS VIRAL NO ESPECIFICADA CON COMA

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 9 de 24
			Versión: 00
			PRO-R02.003.0000.040
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

B199	HEPATITIS VIRAL NO ESPECIFICADA SIN COMA
Z205	CONTACTO CON Y EXPOSICIÓN A HEPATITIS
Z246	NECESIDAD DE INMUNIZACIÓN CONTRA LA HEPATITIS VIRAL

Fuente: CIE 10

5.3.1. FLUJO DE INFORMACIÓN



El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio y del municipio hasta el nivel nacional e internacional, y desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 10 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

5.3.2. NOTIFICACIÓN

Tipo de Caso	Características de la clasificación por tipo de caso
Notificación inmediata	<p>Los casos confirmados asociados a un brote deberán reportarse de manera inmediata (vía telefónica, fax o correo electrónico) desde la UPGD a la unidad notificadora municipal UNM respectiva, para que ésta inicie la investigación de campo. La unidad notificadora municipal configurará los brotes. Si el municipio no tiene la capacidad para atender el brote, éste debe notificar de manera inmediata al nivel departamental y si es necesario al nivel nacional.</p> <p>También será inmediata desde la UNM a UND al INS o MPS (CNE – Centro Nacional de Enlace), en las siguiente situación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brotes que involucren población cerrada o cautiva, entre los cuales están cárceles, ancianatos, colegios, guarderías, batallones o similares.
Notificación semanal	<p>Los casos aislados se notificarán de manera individual con periodicidad semanal desde la UPGD a la unidad notificadora municipal. Las unidades notificadoras municipales consolidarán y notificarán al ámbito departamental semanalmente en archivos planos y de manera individual los casos de brotes y los casos aislados utilizando la ficha única de notificación, cara A (datos básicos) y para la notificación de la información del brote en la ficha única de notificación colectiva.</p> <p>El ámbito departamental o distrital (dirección o secretaría departamental o distrital de salud) consolidará y notificará al Instituto Nacional de Salud, en archivos planos y de manera individual, los casos de brotes y los casos aislados.</p>
Ajustes por períodos epidemiológicos	<p>Los ajustes a la información de casos confirmados de hepatitis A se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico, cuatro semanas inmediatamente posterior a la notificación de los casos de acuerdo a los criterios de confirmación de los casos y de los brotes.</p>

Las UPGD, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

REG-R02.003.0000-001	Ficha de notificación Datos básicos
REG-R02.003.0000-054	Ficha de notificación colectiva de brotes

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud y Protección Social.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 11 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

5.4. ANÁLISIS DE DATOS

La determinación de la incidencia global y de cada una de las variables incluidas en la ficha única de notificación permite describir el comportamiento y detectar cambios en la epidemiología de la enfermedad, así como decidir a qué grupos de edad y poblacional de riesgo dirigir las acciones de control.

La mortalidad debe ser analizada en todos los casos, buscando establecer fallas en la oportunidad del diagnóstico, manejo médico, acceso a los servicios de atención y saneamiento ambiental. Con el fin de diseñar estrategias de mejoramiento.

Ante un aumento inusitado de la incidencia o brote de hepatitis A se debe determinar la etiología del brote, así como el número de casos, modo de transmisión, contactos y lugares con riesgo y la fuente de la infección.

5.4.1. INDICADORES

Ver manual de indicadores de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública

5.5. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN

5.5.1. ACCIÓN INDIVIDUAL

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 12 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

Las acciones ante un caso de hepatitis A incluyen el diligenciamiento completo de la historia clínica y los aspectos socio demográfico (edad, sexo, zona de residencia, condiciones ambientales o higiénicas sanitarias y de acceso a los servicios de salud).

Aislamiento:

En caso de Hepatitis A confirmada, tomar precauciones de tipo entérico durante las primeras dos semanas del cuadro; la excepción sería en un brote en una unidad de cuidado intensivo neonatal, donde deben tomarse precauciones de tipo entérico por largo tiempo.

Identificación de los grupos poblacionales de mayor riesgo

- Personas que viven en el mismo hogar o que tienen contacto sexual con una persona infectada con la hepatitis A.
- Hombres que tienen sexo con hombres.
- Usuarios de drogas intravenosas.
- Niños y empleados en guarderías.
- Personas que viajan a países donde la hepatitis A es común.
- Personas con problemas de coagulación de la sangre que reciben factores concentrados de coagulación.
- Residentes y personal de instituciones de atención de personas con impedimentos del desarrollo.
- Trabajadores de la salud.

Determinación de manejo ambulatorio u hospitalario

De acuerdo con el criterio del clínico y la presencia de complicaciones, se debe observar las normas de protección universal para el manejo de sangre y líquidos corporales, entre ellas, el lavado de manos; el uso de guantes y gafas y la eliminación de agujas y jeringas (Desechables previa desinfección durante 30 minutos) o su disposición final ruta sanitaria para inactivación y destrucción.

También deben darse instrucciones al enfermo y la familia para aislamiento entérico por lo menos una semana después de desaparecida la ictericia o de pasado el periodo de transmisibilidad.

- Abstenerse de ir al estudio o al trabajo, así como de preparar alimentos.
- Lavarse las manos después de usar el baño.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 13 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

- Usar de manera exclusiva los utensilios de cocina (desinfección terminal con hipoclorito de sodio a 200 partes por millón).
- Intensificar las actividades de desinfección de las unidades sanitarias.
- Eliminar la materia fecal y orina (adicionando hipoclorito 30 minutos antes), especialmente donde hay deficiencias en la eliminación de excretas.
- Lavar y hervir los elementos que utilice el enfermo como vajilla, cubiertos, ollas(4).

5.5.2. ACCIÓN COLECTIVA

Vacunación:

Debe plantearse la conveniencia de usar la vacuna contra la Hepatitis A en otros grupos de población expuestos a un alto riesgo de infección por el VHA, conductas sexuales de riesgo, usuarios de drogas intravenosas, personas que trabajan con primates infectados por el VHA o con el propio virus en laboratorios de investigación o control de calidad.

- Vacunación: dirigida a grupo especial (establecer por tasas más altas), iniciarla en fase temprana del brote, asegurar coberturas > 70%, en guarderías, hospitales y demás no se justifica la vacunación rutinaria.
- Promover la utilización de servicios de salud y el comportamiento de búsqueda de atención.
- Educación y vinculación de la comunidad en el proceso de vigilancia de la salud pública para la detección y remisión de casos sospechosos y susceptibles, así como para la evaluación y control de las intervenciones. Además, fortalecer los procesos relacionados con la potabilización de agua, higiene personal o lavado de manos, adecuada manipulación de alimentos y disposición final de excretas.
- Capacitación a los administradores de acueductos en relación con la cloración del agua para consumo humano.
- Capacitación a los manipuladores de alimentos en relación con su manejo higiénico.
- Verificar si los manipuladores de alimentos son aptos según certificación médica y de manipulación.
- Difusión y aplicación en los trabajadores de la salud de las normas de protección universal para el manejo de sangre y secreciones corporales.
- Coordinación con el sector educativo para la identificación y notificación oportuna de casos de hepatitis A.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 14 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

- Coordinación con las instituciones formadoras del recurso humano en salud y las asociaciones o sociedades científicas para la difusión de estos protocolos.
- Realización de búsquedas activas con periodicidad trimestral a nivel institucional, especialmente en los registros de laboratorio de las UPGD para determinar la existencia de casos no reportados al sistema de vigilancia epidemiológica, considerando que la concordancia del número de casos por laboratorio y los notificados al Sivigila debe ser de 100%.
- No requiere medidas internacionales.

Investigación epidemiológica de campo y estudio de brote

Etapa rápida: asegurarse que se trata de un verdadero brote de hepatitis A y no de rumores.

La investigación debe realizarse dentro de las primeras 24 horas después de notificado el brote. Si ésta comienza con retraso, se pueden perder datos importantes para el análisis; debe comenzarse teniendo en cuenta la información de la ficha individual que diligencia la UPGD en estos casos.

Deben diligenciarse los formatos establecidos en los anexos 1, 2 y 3 con el fin de suministrar información válida y oportuna, teniendo en cuenta la periodicidad allí establecida (informe preliminar 24 horas, informe de avance 72 horas e informe final cuatro semanas epidemiológicas).

Activación del Equipo de investigación

Este equipo debe contar con personal de epidemiología, laboratorio de salud pública y saneamiento ambiental. Con base en la información de la existencia del brote y con el conocimiento de su diseminación se debe realizar la planificación inicial, que tiene como fin obtener la cooperación entre los servicios involucrados e intercambiar información inmediata. Esta planificación inicial debe realizarse en muy corto tiempo.

Planificación inicial

- Reunión con el personal disponible y capacitado que participara en la investigación
- Delegar funciones, tareas o pasos y atribuciones entre los miembros; si no estuviera presente el jefe del equipo se designara un profesional para que dirija y coordine la investigación.
- Revisión bibliográfica pertinente al evento.
- Proporcionar y discutir toda la información existente hasta ese momento.
- De acuerdo con las características del brote, solicitar la ayuda de otras disciplinas.
- Plantear los objetivos de la investigación

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 15 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

- Determinar las actividades a realizar
- Verificar la disponibilidad inmediata de recursos para la investigación: vehículos, combustible, formularios, equipos para recolección y transporte de muestras
- Evaluar la capacidad del laboratorio y condiciones de recolección y envío de muestras.

Se deben llevar a cabo los 10 pasos para la investigación de un brote.

1. Preparar el trabajo de campo.
2. Establecer la existencia del brote.
3. Verificar el diagnóstico.
4. Definir e identificar los casos.
 - Establecer la definición de casos.
 - Identificar y contar el número de casos.
5. Descripción epidemiológica del brote.
6. Plantear hipótesis.
7. Confirmar las hipótesis planteadas.
8. Si es necesario, reconsiderar y mejorar las hipótesis planteadas.
9. Desarrollar las medidas de prevención y control del caso.
10. Comunicación de los hallazgos.

Evalúe clínicamente y tome muestras de laboratorio a 10% de los sintomáticos y convalecientes que son considerados como contactos de riesgo familiar, social o institucional y están dentro del periodo de incubación de la enfermedad. Si el brote es menor de 10 casos, tome muestras a 50% de los contactos de riesgo que se encuentran sintomáticos o convalecientes.

Verifique lo siguiente.

- El estado sanitario de tanques y depósitos de agua, el uso y consumo de agua potable; tome de muestras de ser necesario con el fin de identificar materia fecal.
- Procedimientos de elaboración y manipulación de los alimentos, así como estado de salud de los manipuladores.
- Disposición de heces
- Limpieza y desinfección de unidades sanitarias y otros según lo encontrado
- Manejo de residuos sólidos

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 16 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

Defina los casos y cuantifíquelos.

- Use las definiciones de casos
- Formule una hipótesis
- Georeferenciación de los casos
- Use las fichas de investigación (que contenga la información de la ficha de notificación básica, datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, incluya los casos y los contactos de riesgo tanto los que enfermaron como los que no)
- Organice los casos en términos de tiempo, lugar y persona.

• **TIEMPO:** haga la curva epidémica y determine el momento de exposición al agente, periodo de incubación, modo de transmisión y la forma de diseminación o patrón epidémico (por fuente común se entiende aquella que da origen a todos o la mayoría de los casos, y por fuente propagada, aquella en la cual cada caso es identificado a su vez como fuente de contagio para otros casos).

• **LUGAR:** elabore un croquis con la ubicación de los casos; e identifíquelos con su nombre y en el orden en que aparecieron, así como también algún nexo familiar (familiogramas, diagramas de casos y contactos de riesgo).

• **PERSONA:** clasifique los casos según edad, sexo, ocupación y otros. Además defina posible antecedente vacunal.

Determine quién tiene riesgo y haga las primeras recomendaciones de aislamiento entérico de los casos y preventivas a los contactos de alto riesgo.

Determine la etiología del brote, número de casos, modo de transmisión, personas y lugares con riesgo y la fuente de la infección.

Verifique Hipótesis

Evalúe la hipótesis de acuerdo a la evidencia o los hallazgos, lo cual puede ser suficiente, o mediante una investigación con metodología analítica utilizando estudios de cohorte o casos y controles. Para ello se programa la recolección, sistematización y depuración de información adicional como identificación de factores de riesgo en los expuestos y no expuestos, la población de sanos objeto de comparación y la población servida por acueducto, entre otros.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 17 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

Analice la información, calcule tasas de ataque, riesgo relativo o razón de disparidad según el tipo de estudio que definió utilizar.

En este momento puede elaborar el informe y las recomendaciones definitivas.

- Monitoreo en la calidad y potabilización del agua
- Instrucciones a la comunidad sobre las medidas para cortar cadena de transmisión.
- Políticas en relación con el tratamiento de aguas residuales.
- Profilaxis pos exposición con la vacuna anti hepatitis A en los contactos de alto riesgo de comunidades cerradas y en menores de quince años del núcleo familiar.

Acciones de laboratorio

Es importante la participación de los laboratorios de salud pública (LDSP), en la configuración de los brotes y análisis del comportamiento de los eventos, de acuerdo a las funciones establecidas en el decreto 2323 del 2006.

El diagnostico por laboratorio incluye:

- Detección en sangre de anticuerpos anti-VHA: la infección aguda suele tener un incremento IgM anti-VHA a partir de la primera semana. La IgG aparece después de la 2 semana de la infección.

Pruebas de función hepática: la determinación en sangre de los niveles de transaminasas (alaninoaminotransferas), bilirrubinas, fosfatasa alcalina y de Urobilinógeno en orina, orientan al médico tratante hacia el diagnóstico de hepatitis, sin embargo, no permiten identificar la etiología viral de la hepatitis.

El diagnóstico diferencial suele hacerse de acuerdo a la edad del sujeto. Ictericia fisiológica del recién nacido, anemia hemolítica, sepsis y atresia biliar en el neonato. En el lactante se deben descartar quistes del colédoco y carotenemia. En la infancia: síndrome urémico hemolítico, Síndrome de Reye, Paludismo, Leptospirosis, Brucelosis, cálculos biliares e infecciones graves. El lupus eritematoso sistémico, hepatotoxinas y fármacos como el acetaminofen y el ácido valproico suelen dar síntomas similares a la hepatitis A.

Se debe sospechar la hepatitis A cuando existen antecedentes de ictericia en los contactos familiares, amigos, compañeros de pacientes febriles o con otros síntomas de una probable hepatitis. Igualmente en viajeros a zonas endémicas con clínica de hepatitis.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 18 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

Búsqueda activa de contactos de alto riesgo

Los que comparten la fuente de abastecimiento de agua o alimentos presuntamente contaminados, convivientes o familiares, contactos institucionales o sociales en las primeras 24 horas de identificado el caso aislado o el brote a través de la inducción o canalización a la atención médica por parte del prestador respectivo, acción que debe fortalecer el equipo de vigilancia en salud pública del municipio, distrito o departamento

Recolección de las muestras biológicas

Casos aislados

Se realizará la recolección de muestras a los casos compatibles con los signos, síntomas y periodo de incubación, el tipo de muestra serológica para la IgM (VHA).

Brotos

La recolección de la muestra se realizara a un número representativo (mínimo al 10% del total de los casos)

Se puede requerir el envío al INS de muestras fecales para la identificación del virus de hepatitis A, específicamente en estudios de epidemiología molecular.

Condiciones para recolección de muestras biológicas

Muestras de suero: dos a cuatro mililitros de suero no hemolizado, tomados lo más pronto posible al inicio de los síntomas.

Recolección y envío de la muestra: la muestra de sangre debe ser tomada en tubo seco y el suero separado en un tubo estéril tan pronto se retraiga el coágulo. Conservar y enviar refrigerado al laboratorio a la menor brevedad posible en tubo sellado con cinta adhesiva y rotulado claramente con nombre, número de identificación, fecha de inicio de los síntomas y procedencia.

Estudios *post mortem*

Estudio serológico: pueden realizarse estudios serológicos por punción cardiaca inmediatamente después de la muerte y enviar el suero refrigerado al laboratorio de referencia.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 19 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

Estudio histopatológico: los estudios histopatológicos se realizan con muestra de hígado tomada a partir de necropsia o viscerectomía, la cual debe ser enviada al laboratorio de patología en formol salino al 10%.

Muestras ambientales (agua de consumo humano)

Enviar al Laboratorio de Virología del INS mínimo 20 litros de agua utilizada para consumo humano. La recolección del agua debe realizarse en garrafas limpias, sino estériles (sirven las garrafas del agua comercial de 5L), sin aditivos ni preservantes. De ser posible, conservarse a temperatura de refrigeración (4°- 8° C), o en lugar fresco, protegiendo los garrafones de luz solar directa. Enviar lo antes posible al INS.

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

1. World Health Organization. Hepatitis A. 2000. Hallado en: WHO/CDS/CSR/EDC/2000.7
2. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Viral Hepatitis A to E: An Overview. 2000.
<http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/slideset/htoc.htm>
3. Lemon S, Martin A, Hepatology 2006;43(2):Supp1: S166
4. David M. Knipe and Peter M. Howley. Hepatitis A virus, Chapter 27, Fields Virology, Vol. 1, Fifth edition, 2007
5. MMWR Prevention of Hepatitis A through active or passive immunization. Recommendations ACIP. May 19, 2006. 55(RR07); 1-23.
6. Brundage S, Fitzpatrick N. American academy of family physicians, Hepatitis A. 2006; 73 (12): 2165
7. WHO/VSQ/GEN/96.02. Weekly Epidemiology Rec 2000
8. Lopez E, et al. Pediatr Infect Dis J, 2001;20:48-52.
9. Van Damme P et al. Lancet 2003; 362:1065–71;
10. Targa C, et al. Hepatitis A Acute Liver Failure: Follow up of pediatric patients South Brazil Journal of Viral Hepatitis 2008;15 (Sup2): 66-68
11. C Mariño y col. Resultados preliminares. Hepatitis A Global Meeting Miami Diciembre 2007
12. Instituto Nacional de Salud. Informe nacional de Hepatitis A. Bogotá Colombia 2010

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 20 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

7. CONTROL DE REGISTROS

CONTROL DE REGISTROS									
IDENTIFICACIÓN		ARCHIVO DE GESTIÓN				ARCHIVO CENTRAL			ARCHIVO HISTÓRICO
CÓD	NOMBRE	ORDENACIÓN DOCUMENTAL	RESPONSABLE	LUGAR	TIEMPO DE RETENCIÓN	MÉTODO UTILIZADO	RESPONSABLE	TIEMPO	MÉTODO UTILIZADO
REG-R02.003.000-001	Ficha de notificación de Datos básicos	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	NA
REG-R02.003.000-054	Ficha de notificación colectiva de brotes	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	NA

8. CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN
	AA	MM	DD	
00	2012	01	12	Creación del documento de acuerdo a los lineamientos nacionales de vigilancia y control en salud pública

9. ANEXOS

- 9.1. Anexo 1. Informe Preliminar 24 horas – Brotes
- 9.2. Anexo 2. Informe Avance 72 horas – Brotes
- 9.3. Anexo 3. Informe Final - Brotes

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 21 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

ANEXO 1. Informe Preliminar 24 horas – Brotes

<p>NOMBRE DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL/DISTRITAL</p> <p>INFORME PRELIMINAR</p> <p>POSIBLE BROTE HEPATITIS A</p>	
Fecha de notificación inmediata: día: _____ mes _____ año _____	
Fecha de ocurrencia: día: _____ mes _____ año _____	
Lugar de ocurrencia: _____	
Fecha de aparición de signos y síntomas de caso índice: día: ___ mes ___ año ___	
Número de casos expuestos Vs Enfermos	
Posibles fuentes implicadas : _____	
Signos y Síntomas : _____	
Estado de pacientes: vivos _____ muertos _____	
No de hospitalizados: _____	
Hipótesis Inicial : _____	
Medidas iniciales de control: _____	
Requiere apoyo de otras instancias: Si _____ No _____	
Cuál _____	
Nombre de profesional que elaboró el informe: _____	
Teléfono o Celular: _____	
Email: _____	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 23 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

Persona:

GRUPO DE EDAD	HOMBRES No.	%	MUJERES No.	%	TOTAL	%
Menor de 1 año						
De 1 – 4 años						
De 5 a 14 años						
De 15 a 44 años						
De 45 a 64 años						
De 65 años y más						
TOTAL						

Lugar:

Hogar	Restaurante comercial	Ancianato
Establecimiento educativo	Casino institucional	Club social
Establecimiento militar	Establecimiento penitenciario	Seminario
Hogar de bienestar	Otro	Cuál:

Muestras y resultados: (Si hubo recolección de muestras biológicas, de alimentos o de superficies, indicar que se recolectó, para que tipo de análisis y quien hará el análisis).

TIPO DE MUESTRA	Cuál	Análisis	Quién lo realiza	Resultados
Muestra Virologica	Suero	IgM (VHA)	LDSP - RNL	
Muestra de agua		Virologico	RNL/Virologia/INS	

Descripción de la situación sanitaria del lugar: (lo debe realizar quien tenga la competencia)

Condiciones de saneamiento básico: _____

Medidas de control: _____

Nombre de profesional que elaboró el informe: _____

Teléfono o Celular: _____

Email: _____

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL HEPATITIS A	Página 24 de 24
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000.040	Fecha próxima revisión: 2015/01
Elaborado por: Equipo Funcional Hepatitis A Fecha: 2012/01/02	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martinez - Contratista Coordinadora Grupo Factores de Riesgo Ambiental Fecha: 2012/01/06	Aprobado por: Danik de los Angeles Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/12	

ANEXO 3. Informe Final - Brote

NOMBRE DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL/DISTRITAL
DEPARTAMENTO

INFORME FINAL - PUBLICACION

BROTE HEPATITIS A

Resumen de la situación: número de afectados, lugar, fuentes implicadas (no mayor a 5 renglones),

Descripción del brote: (según variables de tiempo, lugar y persona, presentar gráficas, mapas, figuras, tablas)

Muestras y Resultados

Factores Determinantes

Medidas de Control (tomadas por la dirección territorial de salud, o cualquier otra entidad competente)

Medidas sanitarias aplicadas a:

Formulación y evaluación de la hipótesis.

Conclusiones (Ejemplo: cómo fue el manejo del brote, la configuración del mismo, la justificación si no se recolectaron muestras, si se tomaron las medidas de control).

Recomendaciones: (hechas al lugar donde se presentaron los hechos, a la dirección de salud territorial, a la comunidad entre otros.)

Nombre de los profesionales que elaboraron el informe: