



**Comunidad  
de Madrid**

Dirección General  
de Salud Pública  
CONSEJERÍA  
DE SANIDAD

**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**  
**Enfermedades de Declaración Obligatoria**

**PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE**  
**HEPATITIS A**

**Junio 2023**

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La hepatitis A es una enfermedad aguda del hígado, generalmente autolimitada, que está causada por el virus de la hepatitis A (VHA). Se presenta tanto en forma esporádica como epidémica. A efectos prácticos, el mundo se puede dividir en zonas con endemidad muy baja, baja, intermedia y alta, aunque la endemidad puede variar de una región a otra dentro de un país. Los países del norte de Europa se pueden considerar de endemia muy baja, produciéndose la mayoría de los casos en grupos de riesgo definidos como personas que viajan a zonas endémicas y personas que consumen drogas por vía inyectada. En las zonas de baja endemidad (Europa occidental, América del norte y Australia), la hepatitis A se manifiesta habitualmente en forma de casos aislados en los grupos de alto riesgo o de brotes que afectan a un pequeño número de personas. En los países con endemidad intermedia (Europa oriental) la mayor parte de los casos se observan hacia el final de la infancia y el comienzo de la edad adulta; en estas zonas la hepatitis A representa una carga importante desde el punto de vista médico y económico. En las zonas de alta endemidad (algunas zonas de África, Asia, América Central y Sudamérica) la mayor parte de los habitantes contraen la infección de manera asintomática durante la infancia y son raros los casos clínicos de hepatitis A.

Los síntomas típicos son la ictericia y la coluria. Se acompañan habitualmente de anorexia, náuseas, vómitos intermitentes, malestar general, fiebre, cefalea, dolor abdominal, heces pálidas y pérdida de peso. El riesgo de desarrollar una infección sintomática, así como la gravedad, se relacionan directamente con la edad. En menores de 6 años, la infección por el VHA suele ser asintomática, produciéndose ictericia sólo en el 10% de ellos. A partir de esa edad la infección suele conllevar enfermedad clínica, acompañada de ictericia en más del 70% de los casos. A veces en la infancia se pueden presentar síntomas atípicos como diarrea, tos, coriza o artralgias.

El cuadro clínico varía desde la forma leve, que dura de una a dos semanas, hasta una forma grave e incapacitante de varios meses de duración. El fracaso hepático fulminante, que se desarrolla dentro de las 8 semanas de inicio de los síntomas (con un promedio de letalidad del 0,5%) es raro y suele ocurrir en personas de edad avanzada o con alguna hepatopatía subyacente.

### Agente

El VHA es un virus de ácido ribonucleico (ARN), sin envoltura, que pertenece a la familia *Picornaviridae*, que incluye a los enterovirus y rinovirus humanos y se engloba dentro del género *Hepatovirus*. Hay 7 genotipos reconocidos: 4 humanos y 3 simios y un único serotipo en todo el mundo. El virus es relativamente estable a pH bajo y temperatura moderada, pero se inactiva por el calor, el formol, el cloro o la radiación ultravioleta. En condiciones favorables, el VHA puede sobrevivir en el medio ambiente durante meses.

### Reservorio

El único reservorio significativo es humano aunque en ocasiones se han producido casos en otros primates no humanos.

### Modo de transmisión

La transmisión es persona a persona por vía fecal oral, estrechamente relacionada con condiciones sanitarias deficientes; los casos de menor edad juegan un papel importante en la transmisión del virus de la hepatitis A y son fuente de infección para otros ya que una gran mayoría padecen infecciones asintomáticas que pasan inadvertidas. La mayoría de los contagios ocurren en contactos estrechos, convivientes y familiares; dado que la transmisión del VHA durante la actividad sexual ocurre, probablemente, a través del sexo oral-anal, las medidas usadas habitualmente para prevenir otras infecciones de transmisión sexual no previenen la transmisión del VHA. Otras formas de transmisión son la hídrica y alimentaria (alimentos manipulados por personas infectadas, como sándwiches y ensaladas crudas o manipuladas después de su cocción; ingestión de moluscos crudos o mal cocidos capturados en aguas contaminadas; y hortalizas y frutas contaminadas como lechugas y fresas) y muy raramente la

hemática (se han notificado casos por transfusión de sangre y concentrados de factores de coagulación, así como brotes en usuarios de drogas por vía parenteral, teniendo en cuenta que en este colectivo tiene mucha importancia la higiene deficiente). En los países desarrollados, con buenas condiciones higiénico-sanitarias del agua, los brotes de transmisión hídrica son infrecuentes.

### Periodo de incubación

El período de incubación es de 15 a 50 días, con una media de 28 días, dependiendo del inóculo.

### Periodo de transmisibilidad

El virus, que se multiplica en el hígado y se elimina por la bilis, se encuentra en concentraciones altas en las heces, de ahí que ésta sea la principal fuente de infección. Las concentraciones máximas aparecen 2 semanas antes de la ictericia o el aumento de las transaminasas, correspondiendo al periodo de mayor infectividad, y disminuyen rápidamente después de que surjan la disfunción hepática o los síntomas, que coinciden con la aparición de los anticuerpos circulantes contra el VHA en el suero.

### Susceptibilidad

El VHA como tal no tiene un efecto citopático, debiéndose las lesiones de los hepatocitos probablemente a la respuesta inmunitaria mediada por células. Aunque no produce infección crónica se han descrito infecciones recidivantes, que duran hasta un año, en el 15% de los casos; se producen con un intervalo de 4 a 15 semanas tras la infección original y la gravedad de los síntomas y las anomalías bioquímicas suelen ser similares a las que aparecen en el cuadro inicial. No se conocen casos de segundas infecciones por el virus por lo que se piensa que la inmunidad es de por vida.

## VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos

1. Conocer y describir el patrón de presentación de la hepatitis A en la población.
2. Detectar precozmente los casos para controlar la difusión de la enfermedad, establecer medidas de prevención y evitar brotes.

### Definición de caso

#### Criterio clínico

Persona con una aparición paulatina de fatiga, dolor abdominal, inapetencia, náuseas y vómitos intermitentes

Y al menos una de las tres manifestaciones siguientes:

- Fiebre
- Ictericia
- Niveles elevados de aminotransferasas séricas

#### Criterio de laboratorio

Al menos uno de los tres siguientes:

- Detección del ácido nucleico del virus de la hepatitis A en suero o heces.
- Respuesta de anticuerpos específicos (IgM) del virus de la hepatitis A.
- Detección del antígeno del virus de la hepatitis A en heces.

#### Criterio epidemiológico

Al menos uno de los cuatro siguientes:

- **Transmisión de persona a persona:** cualquier persona que haya tenido contacto con un caso humano confirmado por laboratorio y que haya tenido la oportunidad de adquirir la infección.

- **Exposición a una fuente común:** cualquier persona que haya estado expuesta a la misma fuente o vehículo de infección que un caso humano confirmado.
- **Exposición a alimentos o agua de beber contaminados:** cualquier persona que haya consumido un alimento o agua con una contaminación confirmada por laboratorio.
- **Exposición medioambiental:** cualquier persona que se haya bañado en un agua o haya tenido contacto con una fuente ambiental contaminada confirmada por laboratorio.

### Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: persona que satisface los criterios clínicos y con una relación epidemiológica.

Caso confirmado: persona que satisface los criterios de laboratorio.

### Definición de brote

Dos o más casos de hepatitis A que tengan una relación epidemiológica.

### MODO DE VIGILANCIA

En la Comunidad de Madrid los casos probables y confirmados de hepatitis A son de declaración obligatoria semanal. Las sospechas de brotes se deben comunicar por el medio más rápido posible al Área de vigilancia y control de Enfermedades Transmisibles (teléfono: 91 370 08 88, correo electrónico: [epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org](mailto:epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org)) de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid si es en horario laboral de mañana (de 8:00 a 15:00 horas) y durante las tardes, noches, sábados, domingos y festivos al [Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública \(SARSP\)](#) llamando al 061. Los datos a recoger sobre estos casos se incluyen en la Encuesta Epidemiológica (anexo I).

La Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública notificará al Centro Nacional de Epidemiología los casos probables y confirmados de forma individualizada con una periodicidad semanal. La información de los casos podrá actualizarse después de la declaración inicial y se hará una consolidación anual de la información. En el caso de brotes, además de recoger los datos de la encuesta epidemiológica para cada caso, la unidad técnica correspondiente del Área de vigilancia y control de Enfermedades Transmisibles deberá remitir al Servicio de Alertas y Brotes Epidémicos el informe final en un plazo máximo de un mes después de que haya finalizado su investigación. La Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública remitirá, a su vez, el informe del brote al Centro Nacional de Epidemiología en un periodo de tiempo no superior a tres meses tras la finalización de la investigación.

Ante casos o brotes en los que se sospeche asociación con un alimento elaborado y/o distribuido fuera del ámbito familiar, se comunicará a la Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental y, en las situaciones en que esté implicado algún colectivo de su competencia, al Ayuntamiento de Madrid.

Si se sospecha un brote supracomunitario o cuando su magnitud o extensión requieran medidas de coordinación nacional, se informará también de forma urgente al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad y al Centro Nacional de Epidemiología.

### MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

#### MEDIDAS PREVENTIVAS

##### A. Vacunación

Se dispone de vacunas frente a la hepatitis A, que se preparan a partir de cepas del virus adaptadas para los cultivos celulares e inactivadas con formaldehído. También existe un preparado de vacuna combinada hepatitis A y hepatitis B.

Todas las vacunas de hepatitis A son altamente inmunógenas, entre un 94-100% de las personas vacunadas desarrollan anticuerpos un mes después de la primera dosis; todas las personas presentan

anticuerpos después de la segunda dosis. Las vacunas se administran por vía intramuscular en series de dos dosis separadas por un intervalo de 6-18 meses. Diversos estudios han demostrado persistencia de anticuerpos tras más de 10 años de recibir la última dosis. No hay ninguna vacuna autorizada para menores de 12 meses. No se ha estudiado el uso en mujeres embarazadas pero al ser virus inactivados el riesgo ha de ser bajo.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacunación en grupos de riesgo y como medida post-exposición para prevenir infección en contactos. Todas las Comunidades Autónomas vacunan a los grupos de riesgo.

La vacuna está indicada para las personas nacidas con posterioridad a 1966 (personas nacidas anteriormente se consideran inmunes) que estén incluidas en alguno de los siguientes grupos:

- Personas que viajan a zonas de alta o moderada endemidad, especialmente si se desplazan a zonas rurales o lugares con condiciones higiénico-sanitarias deficientes.
- Personas que padecen procesos hepáticos crónicos o hepatitis B o C; aunque no tienen un mayor riesgo de infección, tienen un mayor riesgo de hepatitis A fulminante.
- Personas que reciben transfusiones o hemoderivados de forma repetida y pacientes candidatos a trasplante de órganos.
- Familiares y otras personas que atienden (contacto directo) a pacientes con hepatitis A.
- Sujetos infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Hombres que tengan sexo con hombres y heterosexuales con prácticas de riesgo.
- Personas que consumen drogas por vía parenteral.
- Sujetos con mayor riesgo ocupacional: personal que con frecuencia se ve implicado en situaciones de catástrofes (policías, cuerpo de bomberos, personal de las Fuerzas Armadas, personal de Protección Civil, etc.), personal de laboratorio que manipula virus de la hepatitis A, personas que trabajan con animales infectados con el VHA o trabajan en un laboratorio de investigación con VHA, personal que trabaja en contacto con aguas residuales no depuradas.
- Recomendaciones en situaciones especiales: personas que manipulan alimentos y personal que trabaja en guarderías.

En cuanto a los mayores de 1 año cuyos progenitores, originarios de países endémicos, viajen o estén en contacto con personas provenientes de entornos de alta endemidad, la vacunación deberá someterse a valoración por su pediatra en función del riesgo de infección que se estime.

## B. Inmunoglobulinas

La inmunidad pasiva con inmunoglobulinas (Ig) puede proporcionar una protección completa contra la infección, lo que indica que los anticuerpos séricos son suficientes para prevenir la infección. Sin embargo la administración de Ig ofrece sólo una protección de corta duración en comparación con la inmunidad prolongada que confiere la vacunación. Se recomienda una dosis de Ig de 0,02 ml/kg de peso por vía intramuscular, que confiere protección durante un periodo menor a 3 meses, o una dosis de 0,06 ml/kg de peso de Ig (repartida en inyecciones en varios lugares), que confiere protección durante 5 meses.

## MEDIDAS DE CONTROL ANTE LOS CASOS Y SUS CONTACTOS

En los casos de hepatitis A confirmados se deben adoptar **precauciones de contacto** en las primeras dos semanas de la enfermedad, pero no más de una semana después del comienzo de la ictericia. En las unidades de vigilancia intensiva de neonatos se deben extremar estas medidas durante un periodo de tiempo más prolongado, ya que se ha observado la excreción de virus incluso durante seis meses en lactantes prematuros. Se recomendará la exclusión del paciente del trabajo o la asistencia a clase durante 7 días desde el inicio de la ictericia u otros síntomas en el caso de personas que no puedan mantener una higiene adecuada, menores que acudan a guarderías, personas que manipulen alimentos o sirvan comidas no envasadas que no estén sujetas a un calentamiento posterior y personas que cuidan a pacientes que tengan riesgo de complicaciones. Se realizará educación sanitaria tanto al paciente como a los convivientes y familiares para que extremen las medidas de higiene, centrándose en la importancia del lavado de manos para la prevención de la transmisión fecal-oral.

La **profilaxis post-exposición** consiste en la administración de una dosis de vacuna de hepatitis A o de Ig, de acuerdo a las dosis recomendadas en el apartado anterior. Las guías de administración de una u otra varían en función de la edad y del estado de salud. Según la IV Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid, la seroprevalencia de anticuerpos frente al VHA entre las personas nacidas antes de 1953 está por encima del 90% y la de las nacidas antes de 1959 supera el 86%. Por otro lado, diversos estudios muestran evidencias de que la respuesta a la vacuna es más lenta y de menor intensidad según aumenta la edad, especialmente por encima de los 60 años. Asimismo, se conoce que la hepatitis A se presenta con manifestaciones más graves en personas adultas mayores, particularmente después de los 50 años.

De acuerdo con estos datos, ante la aparición de casos esporádicos y brotes de ámbito familiar o restringido, en la Comunidad de Madrid la recomendación sería:

- Para las personas sanas **entre 12 meses y 50 años**, dada la equivalente eficacia de la vacuna y de la Ig, es preferible la administración de la vacuna, ya que esta ofrece protección a largo plazo y es fácil de administrar.
- Para las personas **mayores de 50 años** sin antecedentes de vacunación ni de hepatitis en la infancia estaría indicada la administración simultánea de Ig y vacuna. Se puede considerar la posibilidad de realizar pruebas serológicas para reducir costes al no vacunar a las personas con inmunidad previa, pero se debe tener en cuenta el coste de las pruebas, el coste de las vacunas y la posibilidad de que la persona vuelva para ser vacunada. La vacunación de personas con inmunidad previa no resulta dañina.
- Se administrará inmunoglobulina a los **menores de 12 meses**, personas inmunodeprimidas, que no responden completamente a la vacuna, con enfermedad hepática crónica o personas con alergia a algún componente de la vacuna.
- En cuanto a las **embarazadas**, no se ha evaluado el efecto de la vacuna sobre el desarrollo fetal ni hay ensayos clínicos controlados que establezcan la seguridad de la Ig en el embarazo. No obstante la ficha técnica tanto de la vacuna como de la Ig especifican que se deben usar cuando sea claramente necesario y extremando la precaución.
- En situaciones de **brotes que afecten a grandes colectivos** o zonas amplias se puede considerar la limitación de la profilaxis post-exposición a las personas nacidas con posterioridad a 1953.

La profilaxis post-exposición debe administrarse tan pronto como sea posible; no se ha determinado la eficacia de la Ig ni de la vacuna cuando se administran más de dos semanas después de la exposición. Si existe una exposición prolongada se recomendará la profilaxis dentro de las dos semanas siguientes al inicio de los síntomas del caso. Ante una exposición puntual se tomará como referencia la fecha de inicio de los síntomas o la fecha de la exposición si esta es posterior a la de los síntomas.

Las personas que reciben una dosis de vacuna, como medida de profilaxis post-exposición, deben recibir la segunda dosis para completar la vacunación. A las personas que se les administre Ig y para las que la vacunación también esté recomendada por otras razones deben recibir una dosis de vacuna al mismo tiempo que la Ig. Si se decide administrar simultáneamente Ig y vacuna deben aplicarse en lugares anatómicos diferentes.

La profilaxis post-exposición puede considerarse para **contactos personales estrechos** de un caso de hepatitis A: convivientes en el hogar, contactos sexuales, personas que han compartido con el caso drogas por vía parenteral y otras personas con contacto estrecho como cuidadores y cuidadoras. Si se produce un brote en el entorno familiar se recomienda igualmente la administración de vacuna y/o Ig (según las características individuales) a los contactos cercanos susceptibles.

En el caso de **escuelas y centros infantiles** a los que acuden menores que usan pañales la profilaxis debe administrarse a todos los no vacunados, incluyendo el personal, si aparecen 1 o más casos de hepatitis A entre el alumnado o la plantilla del centro, o si aparecen casos en 2 o más familias de los menores que asisten al centro, siempre que se sospeche que la escuela infantil podría estar implicada en la transmisión de la enfermedad. Si aparecen 2 o más casos en el centro o casos de hepatitis A en 3 o más familias debe

considerarse, además, la administración de la profilaxis a los familiares de todo el alumnado. En determinadas circunstancias se podrá valorar la indicación y extensión de la profilaxis en función del número de casos y su distribución y de la organización de la escuela infantil (por ejemplo, escuelas sin separación de los grupos por aulas, actividades comunes, utilización de pañales).

En **centros escolares, hospitales y centros de trabajo**, si sólo aparece un caso de hepatitis A y la fuente de infección es externa, no se recomienda la profilaxis post-exposición. Por el contrario, si aparecen 2 o más casos y se sospecha que la transmisión ocurre en el centro, se debe administrar a las personas no vacunadas que hayan tenido un contacto estrecho con una persona infectada. Cuando una persona con hepatitis A ingresa en un hospital se recomienda extremar las medidas higiénicas pero no administrar rutinariamente la profilaxis al personal.

Si el caso es una **persona que manipula alimentos** debe considerarse la administración de la profilaxis post-exposición al resto de personas que manipulan alimentos en el mismo establecimiento. Dado que la transmisión a las personas que comen en el establecimiento es muy improbable, la administración de profilaxis post-exposición no está indicada, pero puede considerarse si el caso: 1) manejó directamente alimentos crudos o ya cocinados durante el periodo de máxima infectividad y tenía diarrea o malas prácticas higiénicas, y 2) la persona que consumió los alimentos puede ser identificada y tratada en las 2 primeras semanas tras la exposición.

En los brotes de hepatitis A de origen hídrico (zonas con condiciones higiénicas deficientes) o alimentario se deberán adoptar medidas para el control de la distribución y venta de alimentos implicados y la potabilidad del agua de consumo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anderson DA. Hepatitis A and E viruses. En Manual of Clinical Microbiology. Editor Murray PR. Capítulo 92. Pag 1424-36. Novena edición. 2007.
- Curry MP; Chopra S. Hepatitis Viral Aguda. En Enfermedades Infecciosas. Mandell, Douglas y Bennet. Capítulo 111.pa:1426-1440.Sexta edición. 2006.
- Bell BP; Anderson DA, Feinstone SM. Virus de la Hepatitis A. En Enfermedades Infecciosas. Mandell, Douglas y Bennet. Capítulo 170.pa:2162-2185.Sexta edición. 2006.
- Heymann DL (Editor). Control of Communicable Diseases Manual. 19 Edición. Washington: American Public Health Association, 2008
- Decisión de la Comisión de 28/04/2008 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo
- Update: Prevention of Hepatitis A after exposure to hepatitis A virus and in International travellers. Updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR October 19, 2007
- A Working Group of the former PHLS Advisory Committee on Gastrointestinal Infections. Preventing person-to-person spread following gastrointestinal infections: guidelines for public health physicians and environmental health officers. CommunDisPublicHealth. 2004;7:362-84
- Victor JC, Monto AS, Surdina TY, Suleimenova SZ, Vaughan G, Nainan OV, Favorov MO, et al. Hepatitis A vaccine versus immune globulin for postexposure prophylaxis. New England Journal Medicine. 2007;357(17):1685-94.
- Cristina J, Costa-Mattioli M. Genetic variability and molecular evolution of hepatitis A virus. Virus research. 2007;127:151-7.
- Vacunación en adultos. Recomendaciones Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004.
- Viral Hepatitis Prevention Board meeting on Hepatitis A and E: Update on Prevention and Epidemiology, Antwerp, Belgium, March 12-13, 2009. Viral hepatitis. 2009;18(1):2-12
- Thomas L, and the Hepatitis A Guidelines Group. Guidance for the Prevention and Control of Hepatitis A infection. Disponible en:  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/363023/Guidance\\_for\\_the\\_Prevention\\_and\\_Control\\_of\\_Hepatitis\\_A\\_Infection.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/363023/Guidance_for_the_Prevention_and_Control_of_Hepatitis_A_Infection.pdf)
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. IV Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid. Madrid, mayo de 2015. Disponible en:  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354443410655&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTS\\_A\\_pintarContenidoFinal&vest=1159289986941](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354443410655&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTS_A_pintarContenidoFinal&vest=1159289986941).

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS A**

**DATOS DE FILIACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido1: \_\_\_\_\_ Apellido2: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_  Meses  Años

País de nacimiento:  España  
 Otros, especificar: \_\_\_\_\_ Año de llegada a España: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Zona Básica: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CASO**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Clasificación del caso:  Probable  Confirmado Criterios de clasificación:  Clínico  Laboratorio  Epidemiológico

**Ingreso hospitalario** (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):  
 Sí ⇨ Hospital: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
Nº historia clínica: \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 No

**Evolución:**  Curación  
 Secuelas, especificar secuelas: \_\_\_\_\_  
 Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Situaciones de interés epidemiológico:**  
 Albergue/Indigencia  Trabaja en centro sanitario  Residencia (mayores, menores,...)  
 Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: \_\_\_\_\_  
 Otras, especificar: \_\_\_\_\_

**Colectivo de interés:** \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

**Asociado a otro caso o brote** (detallar la información sobre el caso o brote asociado):  
 Sí, especificar: \_\_\_\_\_  
 No

**Ubicación del riesgo** (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):  
 Coincide con el domicilio  
 Diferente del domicilio:  
Lugar: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Zona Básica: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Nombre: \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de declaración: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DE LABORATORIO**

Técnica diagnóstica	Muestra*	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de Ac (IgM)	_____	_____	___/___/___	___/___/___
Detección de antígeno	_____	_____	___/___/___	___/___/___
Detección de ac. nucleico	_____	_____	___/___/___	___/___/___

\*Muestras de elección: suero, heces.

**DATOS DE VACUNAS**

**Información sobre el estado vacunal:**

Estado vacunal desconocido

Paciente no vacunado

Paciente vacunado ⇒ Nombre comercial: \_\_\_\_\_

Nº dosis \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_

Vacunación documentada:  NO documentada  Algunas dosis  Todas las dosis

¿Tiene recomendación de vacunación por indicación médica o de otra índole?

Sí ⇒ Vacunación correcta por esta indicación:  Sí  No

No

**DATOS ESPECÍFICOS DE HEPATITIS A**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS:**

	Sí	No	NS/NC
ASINTOMÁTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inapetencia/Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de transaminasas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒ Especificar: _____

**OCUPACIÓN/ACTIVIDAD DE RIESGO** (marcar una de las siguientes opciones):

Manipula alimentos  Atiende a personas enfermas

Trabaja en centro sanitario  Trabaja en escuela/guardería

Otra ocupación de riesgo ⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

**EXPOSICIÓN durante el periodo de incubación** (15-50 días previos a los síntomas):

Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida)\*

Consumo de agua de bebida sospechosa\*\*

Contacto sexual de riesgo

Otros contactos con personas enfermas o infectadas

Iatrogénica (transfusión, hemodiálisis, trasplante...)

Aguas recreativas

Otra exposición ambiental ⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

Desconocida

**\*Alimento sospechoso**, especificar alimento \_\_\_\_\_ y marcar una de las siguientes opciones:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frutas                    | <input type="checkbox"/> Vegetales crudos |
| <input type="checkbox"/> Marisco no depurado/crudo | <input type="checkbox"/> Otros alimentos  |
| <input type="checkbox"/> Varios alimentos          | <input type="checkbox"/> Desconocido      |

**\*\*Agua de bebida sospechosa:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agua embotellada                  | <input type="checkbox"/> Agua de abastecimiento común                                  |
| <input type="checkbox"/> Agua de abastecimiento individual | <input type="checkbox"/> Agua de fuente o agua no tratada ( <i>no abastecimiento</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Otro origen ⇒Especificar: _____   |  |

**Procedencia del alimento:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Industrial comercializado | Nombre comercial: _____ Fabricante _____                         |
|  | Lote: _____ Fecha de caducidad: ____/____/____                   |
|  | Lugar de adquisición: _____ Fecha de adquisición: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Artesanal comercializado  | Lugar de adquisición: _____                                      |
|  | Fecha de adquisición: ____/____/____                             |
| <input type="checkbox"/> No comercializado/casero  |  |
| <input type="checkbox"/> Origen desconocido        |  |

**Fecha de consumo del alimento/agua:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Agente causal confirmado en el alimento:**  Sí  No  NS/NC

**Tipo de confirmación del vehículo de transmisión** (marcar una de las siguientes opciones):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No confirmado/sospechoso     | <input type="checkbox"/> Por evidencia epidemiológica                  |
| <input type="checkbox"/> Por evidencia de laboratorio | <input type="checkbox"/> Por evidencia epidemiológica y de laboratorio |

**Ámbito de exposición**, especificar \_\_\_\_\_ y marcar una de las siguientes opciones:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Domicilio u otro lugar entre particulares | <input type="checkbox"/> Centro escolar                  |
| <input type="checkbox"/> Residencia                                | <input type="checkbox"/> Restaurantes, bares y similares |
| <input type="checkbox"/> Otro comedor colectivo                    | <input type="checkbox"/> Otro ámbito                     |
| <input type="checkbox"/> Lugar desconocido o sin definir           |  |

**DATOS DE VIAJE:**

**Viaje durante el periodo de incubación:**  Sí  No

**Lugar del viaje:** Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Fecha de ida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de vuelta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Motivo de estancia en país endémico** (marcar una de las siguientes opciones):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Turismo                         | <input type="checkbox"/> Visita familiar         |
| <input type="checkbox"/> Trabajo temporal                | <input type="checkbox"/> Migrante recién llegado |
| <input type="checkbox"/> Otro motivo, especificar: _____ |  |

**OBSERVACIONES**

## FICHA RESUMEN DE VIGILANCIA DE HEPATITIS A

**Periodo de incubación:** de 15 a 50 días con una media de 28 días.

**Periodo de transmisibilidad:** el virus se encuentra en concentraciones altas en las heces, con máximas concentraciones 2 semanas antes de la ictericia o el aumento de las transaminasas.

### DEFINICIÓN DE CASO

**Criterios clínicos:** persona con una aparición paulatina de fatiga, dolor abdominal, inapetencia, náuseas y vómitos intermitentes Y al menos, una de las tres manifestaciones siguientes:

- Fiebre
- Ictericia
- Niveles elevados de aminotransferasas séricas

**Criterios de laboratorio:** al menos uno de los tres siguientes:

- Detección del ácido nucleico del virus de la hepatitis A en suero o heces.
- Respuesta de anticuerpos específicos (IgM) del virus de la hepatitis A.
- Detección del antígeno del virus de la hepatitis A en heces.

**Criterios epidemiológicos:** contacto con caso confirmado, exposición a fuente común con caso confirmado, consumo de alimentos o agua de beber contaminados o contacto con fuente ambiental contaminada.

### MODO DE VIGILANCIA

Notificación semanal con datos individualizados de casos probables y confirmados.

### MEDIDAS PREVENTIVAS

- **Vacunación:** las vacunas se administran por vía intramuscular en serie de dos dosis separadas por un intervalo de 6-18 meses. Vacunación a grupos de riesgo.
- **Inmunoglobulinas:** se recomienda una dosis de Ig de 0,02 ml/kg de peso por vía intramuscular, que confiere protección durante un periodo menor a 3 meses, o una dosis de 0,06 ml/kg de peso de Ig (repartida en inyecciones en varios lugares), que confiere protección durante 5 meses.

### MANEJO DEL CASO

- **Precauciones de contacto:** durante las primeras dos semanas de enfermedad y hasta una semana después del inicio de la ictericia.
- **Notificación** a la Red de Vigilancia Epidemiológica.
- **Confirmación del agente causal:** recogida de muestras clínicas.
- **Exclusión de colectivo laboral/escolar:** valorar si contacto estrecho con personas con riesgo de enfermedad grave, asistencia a guardería, higiene inadecuada o manipulación de alimentos en ciertas circunstancias.

### MANEJO DE LOS CONTACTOS

- **Contactos personales estrechos:** profilaxis post-exposición con vacuna y/o inmunoglobulina (según edad y características individuales) en las 2 primeras semanas tras la exposición.
- **Escuelas y centros infantiles:** dependiendo de las circunstancias valorar la profilaxis post-exposición en el alumnado, el personal de los centros y los familiares.
- **Centros escolares, hospitales y centros de trabajo:** si 2 o más casos y sospecha de transmisión en el centro, profilaxis en personas no vacunadas con contacto estrecho.
- **Persona que manipula alimentos:** considerar la administración de profilaxis post-exposición a las demás personas que manipulan alimentos en el mismo establecimiento.
- **Brotos de origen alimentario o hídrico:** control de la distribución de alimentos implicados y potabilización del agua de consumo.