

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de Evidencias y Recomendaciones

Diagnóstico y tratamiento de la hepatitis A

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA – 214 -09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de La Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento de la hepatitis A. México: Secretaría de Salud; 2009.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

CIE 10: B15.9 Hepatitis A, sin mención de coma hepático.

GPC Diagnóstico y tratamiento de la hepatitis A.

Coordinador:

Dra. Rafael José Hernández Mortera	Cirujano General	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	Subdirector de Enseñanza
------------------------------------	------------------	---	--------------------------

Autores:

Dra. Iarah Montalvo Gordon	Médica Internista y Hepatóloga	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	Adscrita al servicio de Medicina Interna
Dr. Rubén Rodrigo Lozano Salazar	Cirujano general	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	Adscrito al servicio de Cirugía General

Asesor:

Dr. Luis Agüero y Reyes	Coordinador Sectorial de Guías de Práctica Clínica	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
-------------------------	--	--

Validación Interna:

Dra. María Eugenia Icaza Chávez	Gastroenteróloga	Hospital Star Médica, Mérida, Yucatán	Médico especialista
---------------------------------	------------------	---------------------------------------	---------------------

Validación Externa

Dr. Germán Camacho Moreno	Infectólogo	Academia Mexicana de Pediatría
---------------------------	-------------	--------------------------------

ÍNDICE

ÍNDICE	4
1. Clasificación.	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	6
3. Aspectos Generales.....	7
3.1 Justificación.	7
Frecuencia.	7
Morbimortalidad	7
3.2 Objetivo de esta Guía.	8
3.3 Definición.	8
4. Evidencias y Recomendaciones.....	8
4.1 Prevención.	8
4.1.1 Agente etiológico.....	8
4.1.2 Transmisión.	8
4.1.3 Factores de riesgo.	8
4.2. Historia natural.	8
4.2.1. Exploración Física.	8
4.3 Diagnóstico.....	8
4.3.1. Estudios de laboratorio.	8
4.3.2 Estudios de gabinete.	8
4.4 Tratamiento.....	8
4.5 Complicaciones.	8
4.6 Criterios de Referencia.	8
5. ANEXOS.....	8
5.1 Esquema de vacunación para hepatitis A	8
5.2. Glosario de términos.....	8
6. Bibliografía.....	8
7 Agradecimientos.....	8
8. Comité Académico.	8
9. Directorio.....	8
10. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.	8

1. CLASIFICACIÓN.

Registro			
PROFESIONALES DE LA SALUD	1.23 Médico Familiar, 1.25 Médico Internista, 1.27 Médico especialista en Medicina Preventiva, 1.43 Pediatría, Médico general.		
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	CIE 10: B15.9 Hepatitis A sin mención de coma hepático.		
CATEGORÍA DE GPC	3.1.1 Primer nivel de atención. 3.1.2 Segundo nivel de atención 3.2. Consejería.	3.3 Evaluación. 3.4 Diagnóstico. 3.9 Tratamiento no farmacológico.	3.11.1 Prevención primaria. 3.11.2 Prevención secundaria. 3.15 Educación sanitaria Referencia. Prevención de complicaciones.
USUARIOS POTENCIALES	4.5 Enfermeras generales Personal de salud en servicio social. Personal médico en formación.	4.13 Médicos generales. 4.14 Médicos familiares	4.24 Médicos pediatras 4.12 Médicos especialistas.
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	6.3 Gobierno Federal. 6.4 Secretaría de Salud del Estado de Yucatán. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.		
POBLACIÓN BLANCO	7.3 Niño de 2 a 12 años. 7.4 Adolescentes de 13 a 18 años. 7.5 Adultos de 19 a 44 años. 7.6 Mediana edad 45 a 64 años. 7.7 Adultos mayores de 65 a 79 años. 7.8 Adultos mayores de 80 y más años. 7.9 Hombre. 7.10 Mujer. No se incluyen recién nacidos ni pacientes inmunosuprimidos, con hepatopatía crónica previa o con otras hepatitis virales agregadas.		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	8.1 Gobierno Federal Secretaría de Salud del Estado de Yucatán. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán		
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Educación para el paciente (CIE9: 8901-8909) Consejería Seguimiento y control (Periodicidad de examen clínico, de laboratorio) Criterios de referencia al segundo y tercer nivel de atención Toma de muestra para serología viral y pruebas de funcionamiento hepático (CIE9:)		
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Incremento en la tasa de diagnóstico temprano. Contribuir para homogeneizar los criterios de referencia. Referencia oportuna. Detección temprana de complicaciones Capacitar al personal sanitario sobre formas de prevención		
METODOLOGÍA ¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: 19 originales 10, 2 revisiones sistemáticas Guías seleccionadas: 2 del período 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas 2 Ensayos controlados aleatorizados 2 Reporte de casos 2 Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Salud Pública de México Adopción de Guías de práctica Clínica Internacionales Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías. Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *		
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda: Investigación documental CENETEC, SSA. Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Validación Externa :		
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>		

5

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cómo se define hepatitis A?
2. ¿Cuál es el agente causal de la hepatitis A?
3. ¿Cuál es la incidencia de hepatitis A en México?
4. ¿Cuál es el modo de transmisión de la hepatitis A?
5. ¿Quién es susceptible a la infección por hepatitis A?
6. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar hepatitis A?
7. ¿Cuándo es contagiosa la hepatitis A?
8. ¿Cuáles son las medidas de prevención contra la hepatitis A?
9. ¿Cuáles son los signos y síntomas que deben alertar ante la sospecha de hepatitis A?
10. ¿Cuáles son los signos y síntomas que deben alertar acerca de las complicaciones de la hepatitis A?
11. ¿Cómo se establece el diagnóstico de hepatitis A?
12. ¿Cuál es la evolución clínica de la hepatitis A?
13. ¿Cuáles son los criterios de referencia al segundo y tercer nivel de atención?
14. ¿Cuál es el manejo integral del paciente con hepatitis A en el primer nivel de atención?
15. ¿Cuáles son las indicaciones y utilidad de la profilaxis con inmunoglobulina?
16. ¿Cuáles son las indicaciones y utilidad de la vacuna contra hepatitis A?
17. ¿Cuáles son las complicaciones de la hepatitis A?
18. ¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en hepatitis A?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

Una de las causas más comunes de hepatitis aguda es la hepatitis por virus A. Desde la utilización de estudios serológicos en la década de los 80, se han vuelto aparentes la epidemiología, manifestaciones clínicas e historia natural.

Los humanos parecen ser el único reservorio de la hepatitis A.

En nuestro país, la importancia de la enfermedad radica en el modo de transmisión (fecal oral) debido a que las malas condiciones higiénicas que prevalecen en gran parte del territorio nacional, hacen de ella una enfermedad endémica.

Frecuencia.

La hepatitis A tiene una distribución mundial. La seropositividad más alta (presencia de anticuerpos al virus de la hepatitis A) se encuentra en adultos de África urbana, Asia y Centro y Sudamérica, donde la evidencia de infección pasada es prácticamente universal. La adquisición de la enfermedad asintomática en la infancia temprana suele ser la norma. Los factores predisponentes para el desarrollo de la enfermedad incluyen hacinamiento, malas condiciones de higiene y sobre todo la falta de acceso a fuentes de agua potable.

Morbimortalidad

De manera universal, la infección por el virus de la hepatitis A es asintomática y subclínica en la mayoría de los casos. Tres cuartas partes de la población adulta presentan una infección sintomática, a diferencia del 90% de los menores de dos años en quienes la infección es asintomática.

La edad es el factor determinante acerca de la severidad de la enfermedad: existe una relación directa entre la edad y la probabilidad de desarrollo de complicaciones. La mayoría de las muertes por la hepatitis A aguda ocurren en personas mayores de 50 años, a pesar de que la infección es rara en este grupo de edad, en los cuales la tasa de mortalidad es de hasta un 2%. La tasa general de mortalidad por infección del virus de la hepatitis A es de 0.02-0.1%.

En nuestro país se ha reportado una prevalencia del 90% en reportes de hace 20 años. Un estudio reciente mostró el incremento de la edad ocurre el primer contacto con la enfermedad: de 1991 a 1993 la edad promedio de contacto era los 6. 4 años, mientras que de 2003 a 2005 está fue de 10.1 años. Por otra parte, en una cohorte de 259 niños no vacunados de un rango de edad promedio de 8.59 años, sólo el 51% tenía anticuerpos IgG.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **“Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis A”**, forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este Catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta Guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Realizar educación para la salud para prevenir la transmisión de la hepatitis A.
- Identificar oportunamente los casos índices de la hepatitis A para prevenir el desarrollo de infección en los contactos.
- Identificar oportunamente los signos y síntomas que alerten sobre el desarrollo de complicaciones de la hepatitis A.
- Referir oportunamente a los pacientes con hepatitis A al segundo y tercer nivel de atención.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 DEFINICIÓN

La hepatitis A (CIE 10 B15.0, B15.9, Z24.6) es una inflamación aguda del hígado, de origen viral ocasionada por un RNA virus altamente infeccioso, transmitido principalmente por la vía fecal-oral contacto personal estrecho. La hepatitis A tiene un curso clínico que varía de leve a fulminante y que se resuelve sin progresión a infección crónica o hepatitis crónica.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta Guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

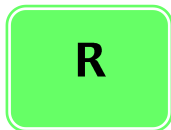
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN

4.1.1 AGENTE ETIOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El virus de la hepatitis A es un miembro de la familia Picornavirus, la cual incluye los enterovirus y rinovirus de los humanos.	3 Luo M, Rossmann MG, Palmenberg AC. Estudio no analítico. Prediction of three-dimensional models for foot-and-mouth-disease virus and hepatitis A virus. Virology 1988; 166: 503-514
E Algunas de las diferencias más importantes del VHA con otros miembros de los Picornavirus son su estabilidad a altas temperaturas. Puede ser completamente inactivado exponiéndolo a temperaturas de más de 60 grados por 10 a 12 horas. Su inactivación completa en alimentos requiere de una temperatura mayor de 85 grados por al menos un minuto.	3 Parry JV, Mortimer PP. Estudio no analítico. The heat sensitivity of hepatitis A virus determined by a simple tissue culture method. J Med Virol 1984; 14: 277-283
E El VHA puede sobrevivir por días a semanas en mariscos, agua, tierra o sedimento marino. Se han reportado epidemias de manera posterior a la ingesta de mariscos al vapor, lo cual sugiere que este método de cocción puede ser insuficiente para eliminar al virus.	3 Millard J, Appleton H, Parry JV. Estudio no analítico. Studies on heat inactivation of hepatitis A virus with special reference to shellfish. Part 1. Procedures for infection and recovery of virus from laboratory-maintained cockles. Epidemiol Infect 1987; 98: 397-414
E El VHA puede ser inactivado de manera confiable mediante autoclave a 121 grados por treinta minutos	3 Siegl G, Weitz M, Kronauer G. Estudio no analítico. Stability of hepatitis A virus. Intervirology 1984; 22: 218-226-

4.1.2 TRANSMISIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 E	La transmisión puede ocurrir rápida y fácilmente a través de contacto estrecho, ya sea mediante contacto sexual o compartir objetos o superficies contaminadas, tales como el retrete. El VHA permanece viable en el ambiente durante semanas o meses. El VHA puede sobrevivir en las manos por periodos de hasta cuatro horas. 4 Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008
 R	Se recomienda lavar frutas y verduras, tomar agua hervida o clorada, lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño y evitar comer alimentos crudos. B NICE Cuthbert JA. Hepatitis A: old and new. 2001

4.1.3 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Los individuos que se encuentran en riesgo elevado de adquirir la infección por VHA son aquellas que se encuentran dentro de los siguientes grupos: 1. personas que consumen agua o comida contaminada. 2. hombres que tienen actividad sexual con otros hombres. 3. personas que utilizan drogas ilegales intravenosas. 4. personas con trastornos de coagulación que requieren administración de factores de coagulación. 5. 5. personas que se convierten en contactos cercanos de personas infectadas.	4 Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008

4.2. HISTORIA NATURAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El periodo de incubación de la hepatitis A es de 28 días (rango de 15 a 50 días).

4

Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008

E

La infección por VHA generalmente lleva a una enfermedad aguda y autolimitada y raramente progresa a una falla hepática fulminante.

4

Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008

El 85% de los pacientes tienen una recuperación clínica y bioquímica completa dentro de los primeros tres meses posteriores; prácticamente la totalidad tienen una recuperación completa a los seis meses. Posterior a la resolución, se desarrolla inmunidad natural de por vida.

El VHA no se asocia a enfermedad colestásica recurrente.

El riesgo de falla hepática fulminante aumenta de manera significativa en pacientes con enfermedad hepática subyacente, particularmente aquellos con hepatitis B y C crónica y en aquellos mayores de 50 años.

E

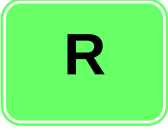
La sintomatología inicial incluye:

- malestar general (80%)
- náusea (69%)
- vómito (47%)
- anorexia
- fiebre (76%)
- dolor en cuadrante superior derecho del abdomen (37%).

III

NICE

Yao G. Clinical spectrum and natural history of viral hepatitis A in a 1988 Shanghai epidemic. In: Hollinger FB, Lemon SM, Margolis HS, eds. Viral Hepatitis and Liver Disease. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991; 76-78

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Tres a siete días después, el paciente desarrolla coluria, acolia, ictericia y prurito. Los síntomas prodrómicos desaparecen generalmente al momento de la aparición de la ictericia, que típicamente aparece dentro de las dos primeras semanas. 4 Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008
	En aquellas personas con ictericia e historia de cuadro clínico compatible con hepatitis A deberá investigarse la presencia de hepatitis A mediante serología específica D NICE Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008

4.2.1. EXPLORACIÓN FÍSICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Los pacientes con hepatitis A, presentan: • Ictericia • hepatomegalia (87%) • esplenomegalia (9%) • exantema (3%) • edema (2%) • petequias (2%), y • arritmias cardíacas (2%).	III NICE Yao G. Clinical spectrum and natural history of viral hepatitis A in a 1988 Shanghai epidemic. In: Hollinger FB, Lemon SM, Margolis HS, eds. Viral Hepatitis and Liver Disease. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991; 76-78
R Se recomienda investigar la presencia de HVA en pacientes con estos hallazgos y cuadro clínico compatible con HVA.	D Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.1. ESTUDIOS DE LABORATORIO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 En pacientes sintomáticos, los hallazgos notables incluyen la elevación significativa de bilirrubina total, directa y aminotransferasas séricas (generalmente superiores a 1000 UI/dL).	4 Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008
 La hepatitis A es clínicamente indistinguible de otras formas de hepatitis agudas.	IV NICE Consenso de expertos responsables de la guía.
 El IgM anti-VHA se utiliza para diagnosticar infección aguda, reciente o subclínica de Hepatitis A. Es detectable a partir de los -15 días de la aparición de los síntomas, y persiste hasta seis meses posterior a la infección. Se han reportado IgM anti-VHA falsos positivos en personas sin historia reciente de hepatitis aguda.	1+ Committee on Infectious Diseases. Hepatitis A vaccine recommendations. Pediatrics 2007; 120: 189-99
 Los anticuerpos totales anti-VHA (IgM anti-VHA e IgG anti-VHA) se utilizan para determinar si una persona con indicación para vacunación preventiva se encuentra ya inmunizado. Una prueba positiva indica inmunidad.	1+ Committee on Infectious Diseases. Hepatitis A vaccine recommendations. Pediatrics 2007; 120: 189-99
 La sensibilidad de Ig M para hepatitis A es del 100%.	III NICE A.Storch GA. Use of conventional and IgM-specific radioimmunoassays for anti-hepatitis A antibody in an outbreak of hepatitis. 1982
 Se debe hacer IgM para confirmar el diagnóstico de hepatitis A.	IV NICE Consenso de responsables de la guía.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Se recomienda considerar como NO diagnóstico el hallazgo de IgM anti-VHA positivo en pacientes SIN evidencia clínica o de laboratorio de hepatitis aguda.

4

Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008

4.3.2 ESTUDIOS DE GABINETE

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

No se ha encontrado evidencia alguna de patrones ultrasonográficos específicos a nivel del parénquima hepático, en pacientes con forma complicada o no complicada de hepatitis A.

II

NICE

Giorgio A. Ultrasound evaluation of uncomplicated acute viral hepatitis. 2005.

✓

No se recomienda la utilización del ultrasonido como complemento diagnóstico en el manejo de los pacientes con infección por VHA.

D

NICE

Consenso de responsables de la guía.

E

Se ha encontrado evidencia de patrones ultrasonográficos anormales a nivel de la vesícula biliar en pacientes con infección aguda por VHA en 98% de los pacientes, con resolución de las anomalías al ocurrir la recuperación clínica en la gran mayoría de los pacientes.

2-

NICE

Sharma MP, Estudio de casos y controles. Gallbladder abnormalities in acute viral hepatitis: a prospective ultrasound evaluation. 1991.

R

Se recomienda analizar de manera cautelosa la presencia de alteraciones ultrasonográficas a nivel de la vesícula biliar en pacientes con infección aguda por VHA.

D

Sharma MP, Gallbladder abnormalities in acute viral hepatitis: a prospective ultrasound evaluation. 1991

4.4 TRATAMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Tanto la inmunoglobulina G como la vacuna contra VHA han demostrado eficacia para la prevención post-exposición de infección por VHA siempre y cuando se apliquen dentro de las dos primeras semanas posteriores al inicio de los síntomas o del contacto con el caso índice.	1+ NICE Sagliocca L. Ensayo clinic aleatorizado. Efficacy of hepatitis A vaccine in prevention of secondary hepatitis A infection: A randomized trial. 1999.
E Al comparar la vacuna con la inmunoglobulina como profilaxis post-exposición para hepatitis A se observa que la inmunoglobulina es discretamente más efectiva (96.7 vs. 95.6% de eficiencia). Sin embargo cabe tomar en cuenta otras ventajas de la vacuna como su disponibilidad e inmunización a largo plazo.	1+ NICE Victor J, Ensayo clinic aleatorizado. Hepatitis A vaccine versus immuno globuline for post exposure prophylaxis. 2007.
R En cuanto a profilaxis post-exposición, tanto el uso de la inmunoglobulina como de la vacuna son eficaces. Su uso deberá ser determinado por otros factores tales como su disponibilidad, la presencia de hepatopatía crónica y la edad del paciente.	A Victor J, Ensayo clinic aleatorizado. Hepatitis A vaccine versus immuno globuline for post exposure prophylaxis. 2007
R En individuos inmunocomprometidos o diagnosticados con hepatopatía crónica, se recomienda la aplicación de la inmunoglobulina en lugar de la vacuna contra VHA, debido a que no hay datos adecuados en cuanto la eficacia de la vacuna y el desarrollo potencial de hepatitis fulminante. Sin embargo, en caso de no tener acceso a la inmunoglobulina, se considera adecuada la aplicación de la vacuna.	B Victor J, Ensayo clinic aleatorizado. Hepatitis A vaccine versus immuno globuline for post exposure prophylaxis. 2007. B Liu JP. Metaanálisis. Immunoglobulins for preventing hepatitis A. 2009.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

No hay evidencia de tratamiento antiviral disponible para el tratamiento de la hepatitis viral A.

4

Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008.

E

No hay evidencia de que ninguna dieta en particular acelere la recuperación de la infección por virus de hepatitis A.

IV

BPP

Consenso de expertos responsables de la guía.

R

Se recomienda únicamente el ofrecer tratamiento de sostén a los pacientes con infección aguda por VHA.

4

Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008

E

Existe evidencia acerca de que el paracetamol ocasiona alteraciones en exámenes de laboratorio que pueden ser traducidos como datos de falla hepática (prolongación de los tiempos de coagulación.)

Z+

Yaghi C, Estudio de cohorts. Influence of acetaminophen at therapeutic doses on surrogate markers of servery of acute viral hepatitis. 2006.

R

Se sugiere evitar el uso de paracetamol durante la infección aguda por VHA.

C

Yaghi C, Influence of acetaminophen at therapeutic doses on surrogate markers of servery of acute viral hepatitis. 2006.

4.5 COMPLICACIONES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 La hepatitis puede verse complicada por náusea y vómito persistentes, deshidratación, fiebre alta, así como por alteraciones en el estado de consciencia y falla hepática.	4 Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. Opinión de expertos. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A October 2008.
 El médico debe informar a todo paciente con hepatitis A sobre la presencia de datos de alarma (vómito y deshidratación) para su referencia a segundo nivel de atención.	D BPP Recomendación de buena práctica.
 En 10-15% de los pacientes se presenta una recurrencia de los síntomas y alteraciones de las pruebas de función hepática, que forman parte del mismo cuadro infeccioso. Esto puede durar hasta seis meses, y un 20% de estos pacientes pueden tener recurrencias múltiples. Puede detectarse la presencia de VHA en pacientes durante estos episodios.	2++ Committee on Infectious Diseases. Revisión sistemática. Hepatitis A vaccine recommendations. 2007
 Si el paciente no desarrolla complicaciones que lo lleven a la muerte, la hepatitis A se resuelve por completo en el 100% de los casos- No existe como hepatitis A crónica.	2++ Committee on Infectious Diseases. Revisión sistemática. Hepatitis A vaccine recommendations. 2007
 La hepatitis A puede presentarse como hepatitis fulminante la cual se caracteriza por aumento en la severidad de la ictericia, alteraciones del estado de alerta (encefalopatía), deterioro de la función hepática y alargamiento de los tiempos de coagulación. La tasa de mortalidad reportada varía del 0.01% al 2%.	2 ++ Committee on Infectious Diseases. Revisión sistemática. Hepatitis A vaccine recommendations. 2007.
 Hay recuperación espontánea en 30 a 60% de los pacientes con hepatitis fulminante. Estos pacientes recuperan función hepática <i>ad integrum</i> .	2 ++ Committee on Infectious Diseases. Revisión sistemática. Hepatitis A vaccine recommendations. 2007

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El médico debe informar a todo paciente con hepatitis A sobre la presencia de datos de alarma: alteraciones del estado de alerta, prolongación de tiempos de coagulación o sangrado, para su referencia a tercer nivel. D BPP Recomendación de buena práctica.
	Todo paciente con datos de falla hepática deberá ser referido inmediatamente a un tercer nivel de atención. D BPP Recomendación de buena práctica.
	La infección por VHA puede desencadenar la presentación de hepatitis autoinmune. III NICE Tanaka H. Autoimmune hepatitis trigger by acute hepatitis A. 2005.
	Todo paciente con datos de enfermedad recurrente o sospecha de desarrollo de hepatitis autoinmune deberá ser referido a un tercer nivel de atención. D NICE Tanaka H. Autoimmune hepatitis trigger by acute hepatitis A. 2005.

4.6 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Todo paciente con intolerancia a la vía oral o deshidratación deberá ser referido inmediatamente a un segundo nivel de atención.	D BPP Recomendación de buena práctica.
 Todo paciente con datos de falla hepática deberá ser referido inmediatamente a un tercer nivel de atención.	D BPP Recomendación de buena práctica.
 Todo paciente con datos de enfermedad recurrente o sospecha de desarrollo de hepatitis autoinmune deberá ser referido a un tercer nivel de atención.	D Tanaka H, Autoimmune hepatitis trigger by acute hepatitis A. 2005.

5. ANEXOS

5.1 ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA HEPATITIS A

Dosis recomendadas y esquema para vacuna de VHA inactivado

Edad (años)	Vacuna (fabricante)	Dosis	Volumen por dosis, mL	Vía de admon.	Núm. de dosis	Esquema, meses
1-18	Vaqta (Merck)	25U	0.5	IM	2	0, 6-18
	Havrix (Glaxo SM)	720 ELU	0.5	IM	2	0, 6-12
≥ 19	Vaqta (Merck)	50 U	1	IM	2	0, 6-18
	Havrix (Glaxo SM)	1440 ELU	1	IM	2	0, 6-12
	Twinrix (Glaxo SM)	720 ELU (HVA)	1	IM	3	0, 1, 6

Tomado de: Committee on Infectious Diseases. Hepatitis A vaccine recommendations. Pediatrics 2007; 120: 189-99.

5.2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Anti-VHA total: anticuerpos totales contra VHA, incluyendo tanto los anticuerpos IgG como IgM.

Caso índice: primer caso de una enfermedad contagiosa en un grupo o población que sirve para alertar acerca de la presencia de la enfermedad.

Hepatitis A: inflamación aguda del hígado de origen viral aguda causada por un RNA virus altamente infeccioso, transmitido principalmente por la vía fecal-oral y contacto personal estrecho. La hepatitis A tiene un curso clínico que varía de leve a fulminante, que se resuelve sin progresión a enfermedad crónica o hepatitis crónica.

Hepatitis autoinmune: enfermedad inflamatoria del hígado caracterizada por necrosis e inflamación, de causa desconocida y asociada a auto anticuerpos e hipergamma globulinemia.

Hepatitis Fulminante: trastorno severo, de inicio súbito, que genera una necrosis masiva del hígado. Se caracteriza por un deterioro rápido de la función del hígado que se pone de manifiesto por la presencia de ictericia, prolongación de tiempos de coagulación y finalmente encefalopatía hepática. Las causas más frecuentes son la infecciosa (virus), toxinas o isquemia.

IgG anti-VHA: anticuerpos contra VHA que confieren inmunidad.

IgM anti-VHA: es la subclase de anticuerpo contra VHA que se origina con la infección aguda sintomática y con la subclínica.

Periodo de contagiosidad: lapso en que una infección puede ser transmitida. Para la hepatitis A, se asume que los pacientes son contagiosos dos semanas antes de la aparición de los síntomas, y continúan siendo contagiosos hasta dos semanas después de la aparición de los síntomas.

Periodo de incubación: lapso entre la infección y la aparición de los síntomas. Para la hepatitis A, el periodo de incubación promedio es de 28 días (rango 15-50)

VHA: Virus de Hepatitis A

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Committee on Infectious Diseases. Hepatitis A vaccine recommendations. *Pediatrics* 2007; 120: 189-99.
2. Cuthbert JA. Hepatitis A: old and new. *Clin Microbiol Rev.* 2001 January; 14(1): 38-58.
3. García-Juárez I, Santos FS, Alvarez-y-Muñoz MT, Vazquez-Rosales JG. ¿Existe transición en el patrón endémico de la hepatitis A en población infantil mexicana? *Rev Invest Clin* 2008; 60: 292-6.
4. Giorgio A, Amoroso P, Fico P, Lettieri G, Finelli L, de Stefano C, Pesce G, Scala V, Pierri P, Pierri G. Ultrasound evaluation of uncomplicated and complicated acute viral hepatitis. *J Clin Ultrasound* 1986; 14: 675-9.
5. Gluud LL, Gluud C. Meta-analyses on viral hepatitis. *Infect Dis Clin N Am* 2009; 23: 315-30.
6. Guidelines for the Prevention and Treatment of Hepatitis A Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines. October 2008.
7. Liu JP, Nikolova D, Ifei Y. Immunoglobulins for preventing hepatitis A. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 15 CD4181.
8. Luo M, Rossmann MG, Palmenberg AC. Prediction of three-dimensional models for foot-and-mouth-disease virus and hepatitis A virus. *Virology* 1988; 166: 503-514.
9. Millard J, Appleton H, Parry JV. Studies on heat inactivation of hepatitis A virus with special reference to shellfish. Part 1. Procedures for infection and recovery of virus from laboratory-maintained cockles. *Epidemiol Infect* 1987; 98: 397-414.
10. Muñoz Bertrán E, Rosa Salazar V, Hostalet Robles F, Correa Estañ JA, Belda Abad G, Muñoz Ramírez E. Autoimmune hepatitis caused by acute hepatitis due to hepatitis A virus. *Gastroenterol Hepatol* 2002; 25: 501-504.
11. Parry JV, Mortimer PP. The heat sensitivity of hepatitis A virus determined by a simple tissue culture method. *J Med Virol* 1984; 14: 277-283.
12. Saggiocca L, Amoroso P, Stroffolini T, Adamo B, Tosti ME, Lettieri G, Esposito C, Buonocore S, Pierri P, Mele A. Efficacy of hepatitis A vaccine in prevention of secondary hepatitis A infection: A randomized trial. *Lancet* 1999; 353: 1136-9.
13. Sharma MP, Dasarathy S. Gallbladder abnormalities in acute viral hepatitis: a prospective ultrasound evaluation. *J Clin Gastroenterol* 1991; 13: 697-700.
14. Siegl G, Weitz M, Kronauer G. Stability of hepatitis A virus. *Intervirology* 1984; 22: 218-226.
15. Storch GA, Bodicky C, Parker M, Blecka LJ, Aach RD. Use of conventional an IgM-specific radioimmunoassay of anti-hepatitis A antibody in an outbreak of hepatitis A. *Am J Med* 1982; 73: 663-8.
16. Tanaka H, Tujioka H, Ueda H, Hamagami H, Kida Y, Ichinose M. Autoimmune hepatitis trigger by acute hepatitis A. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 6069-6071.
17. Victor J, Monto A, Surdina T, Suleimenova S, Vaughan G, Nainan O, Favorov M, Margolis H, Bell B. Hepatitis A vaccine versus immuno globuline for post exposure prophylaxis. *N Engl J Med* 2007; 17: 1685-94.
18. Yaghi C, Honein K, Boujaunde J, Slim R, Moucari R, Savegh R. Influence of acetaminophen at therapeutic doses on surrogate markers of servery of acute viral hepatitis. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30: 763-8.
19. Yao G. Clinical spectrum and natural history of viral hepatitis A in a 1988 Shanghai epidemic. In: Hollinger FB, Lemon SM, Margolis HS, eds. *Viral Hepatitis and Liver Disease*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991; 76-78.

7 AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro o Grupo Trabajo que desarrolló la presente Guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Agradecemos particularmente el apoyo brindado por el Doctor Luis Agüero y Reyes, sin cuya colaboración esta guía no hubiera sido posible. Agradecemos también el apoyo brindado por los bibliotecólogos, Lic. Martín Gutiérrez Olvera y Lic. Verónica Rodríguez Quijano.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz
 Dr. Esteban Hernández San Román
 M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez
 Dr. Héctor González Jácome
 Lic. José Alejandro Martínez Ochoa
 Lic. Ana María Otero Prieto
 Lic. Margarita Isela Rivera Ramos
 Ing. David Felipe Mares Silva
 Ing. Laura Alejandra Vélez Ruíz Gaitán

Directora General
 Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
 Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
 Subdirector de Guías de Práctica Clínica
 Investigación Documental
 Comunicación y Logística
 Diseño Gráfico
 Revisión Editorial
 Revisión Editorial

9. DIRECTORIOS

Secretaría de Salud
Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS
Mtro. Juan Francisco Molinar
Horcasitas
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE
Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX
Dr. Jesús Federico Reyes Heróles
González Garza
Director General

Secretaría de Marina
Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Dr. Luis Alberto Navarrete Jaimes
Director General

Dr. Jesús Manuel Bernal Mier
Director Médico

Dr. Jorge González Hernández
Director de Planeación, Enseñanza e Investigación

Dr. Rafael José Hernández Mortera
Subdirector de Enseñanza e Investigación

Dra. Elia Beatriz Parra Rosado
Subdirectora de Servicios Clínicos

Dr. Antonio Polanco Saldívar
Subdirector de Servicios Quirúrgicos

10. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico