

Recomendaciones para el estudio y vigilancia epidemiológica de hepatitis aguda grave de origen desconocido

16 de mayo de 2022



Ministerio de Salud
Argentina

Contenido

Situación Internacional.....	2
Situación nacional.....	2
Recomendaciones para los equipos de salud.....	3
Información sobre hepatitis aguda grave en pediatría	3
Definición de insuficiencia hepática aguda en pediatría	4
Vigilancia epidemiológica	8
Objetivos.....	8
Definiciones y clasificaciones de caso	8
Notificación al Sistema Nacional de Vigilancia	8
Variables a explorar en la investigación clínico-epidemiológica de los casos.....	9
Recomendaciones para toma y envío de las muestras	10
Recomendaciones para la población	10
Anexo I	11
Flujograma para el manejo de casos y notificación:	11
Anexo II	12
Ficha de recolección de datos para la notificación e investigación de los casos.....	12
Áreas responsables del documento	13

Situación Internacional

Hasta el 10 de mayo de 2022 se han reportado más de 348 casos probables en 21 países¹, incluyendo 26 niños y niñas que requirieron trasplante hepático, y quince países han informado 5 o menos casos.

El Reino Unido, donde se ha notificado la mayoría de los casos hasta la fecha, ha observado recientemente un aumento significativo de las infecciones por adenovirus en la comunidad (particularmente detectadas en muestras fecales de niños y niñas) tras los bajos niveles de circulación anteriores a la pandemia de COVID-19. Los Países Bajos también informaron un aumento simultáneo de la circulación de adenovirus en la comunidad².

De los 163 casos de Reino Unido se estudiaron 126 para adenovirus, y de ellos, tuvieron resultado positivo 91 casos. De 8 casos que requirieron trasplante en Inglaterra se testearon para adenovirus 7 de ellos y todos obtuvieron resultado positivo para este virus. En cuanto a SARS CoV-2 fueron positivos el 11.4% y un 3% habían tenido diagnóstico dentro de las 8 semanas previas.

La presentación clínica más común informada en los casos analizados en Inglaterra hasta el momento fue ictericia (71,2 %) seguida de vómitos (62,7 %), acolia (50,0%), síntomas gastrointestinales -incluida diarrea- (44,9%), náuseas (30,5%) y dolor abdominal (41,5%). Además, se reportaron letargo (50,0%), fiebre (30,5%) y, con menor frecuencia, síntomas respiratorios (18,6%).³

Las autoridades de Reino Unido, plantearon como principales hipótesis bajo estudio: una posible infección por adenovirus asociada a una respuesta anormal del huésped o mayor susceptibilidad; un aumento exponencial de las infecciones habituales por adenovirus con la consecuente mayor frecuencia de las complicaciones raras, o bien, que se trate de una nueva variante de adenovirus (con o sin la contribución de un cofactor). No obstante, se están estudiando otras hipótesis como un posible síndrome post COVID-19; o que se deba a una droga, toxina, exposición ambiental o un nuevo patógeno actuando solo o como una coinfección, incluso que sea causado por una nueva variante del SARS-CoV-2. Recientemente también investigadores del departamento e Inmunología e inflamación del Imperial College London, plantearon la hipótesis de que la hepatitis aguda podría deberse a una infección por adenovirus con trofismo intestinal, en niños previamente infectados con SARS-CoV.2.

Situación nacional

A la fecha y desde la implementación de la vigilancia el pasado 27 de abril de 2022, se han registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 18 notificaciones al evento *Hepatitis aguda grave de origen desconocido*, de los cuales

¹ <https://www.paho.org/es/documentos/hepatitis-aguda-grave-causa-desconocida-ninos-10-mayo-2022>

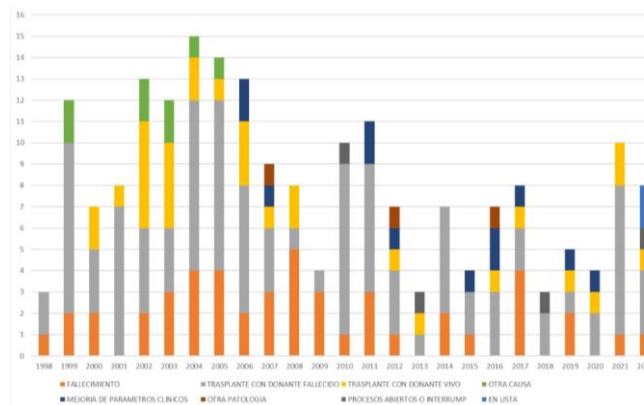
² <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON376>

³ UKHSA: Investigation into acute hepatitis of unknown etiology in children in England Technical briefing 2. 6 de mayo 2022. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1073704/acute-hepatitis-technical-briefing-2.pdf

hasta el momento se clasificaron como probables 3 casos, 5 han sido descartados y 10 se encuentran en estudio.

Siendo que las hepatitis sin especificar no constituían hasta el momento eventos notificables, resulta necesario -para determinar si los casos están dentro de lo esperado- recurrir a otras fuentes de información para lograr una comparación con años previos. Por ello y complementariamente al sistema de vigilancia montado para la actual situación, el Ministerio de Salud de la Nación se encuentra monitoreando otras fuentes de información como el SINTRA (Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina), sin identificar hasta el momento un aumento de casos en este registro, como puede observarse en el siguiente gráfico que muestra la frecuencia de falla hepática fulminante en menores de 17 años para los períodos de enero a mayo de cada año, no observándose hasta el momento un aumento para el año 2022.

Gráfico 1: Pacientes menores de 17 años registrados en SINTRA por falla hepática fulminante y subfulminante. Enero a mayo. Años 1998 a 2022.



Fuente: SINTRA - INCUCAI

Recomendaciones para los equipos de salud

Información sobre hepatitis aguda grave en pediatría

La hepatitis es una inflamación del hígado que puede estar causada por virus, tóxicos, infecciones bacterianas, fenómenos inmunológicos, enfermedades de depósito, metabólicas, oncohematológicas, vasculares y obstructivas.

La forma aguda de presentación suele acompañarse de ictericia, coluria, hipocolia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, astenia, diarrea y fiebre, en un paciente sin antecedentes de enfermedad hepática conocida. No siempre están presentes todas estas manifestaciones clínicas. Al examen físico, la mayoría de los casos presentan ictericia, pudiendo también evidenciarse hepatomegalia.

El laboratorio muestra un aumento de transaminasas y habitualmente un aumento de bilirrubina a predominio directa.

Ante un paciente icterico, con los signos y síntomas mencionados, es fundamental que se realice una completa anamnesis con antecedentes personales y familiares, habitacionales, consumo de medicamentos, de hierbas folklóricas, disponibilidad de agua potable, presencia de animales de granja, roedores, antecedente de viajes y

demás antecedentes detallados más abajo en la sección [Variables a explorar en la investigación clínico-epidemiológica de los casos](#)

En presencia de un paciente con signos y síntomas compatibles con una hepatitis aguda debe realizarse un hepatograma a fin de confirmar el diagnóstico de hepatitis evidenciado por el aumento de transaminasas.

Una evolución poco frecuente pero temible de las hepatitis agudas, es el desarrollo de una insuficiencia hepática. Es un síndrome de disfunción grave y repentino de los hepatocitos que lleva a un fallo de la función de síntesis y detoxificación, generando alteraciones en la coagulación, y en algunos casos encefalopatía hepática (EH)

Por ello, entre las primeras determinaciones de laboratorio corresponde realizar un control de la función hepática: tiempo o concentración de protrombina, cuya alteración define insuficiencia hepática y modifica las estrategias de seguimiento y tratamiento.

Por tanto, en el primer nivel de atención, ante todo caso compatible con hepatitis aguda, debe realizarse un coagulograma para establecer desde la primera consulta si la persona presenta insuficiencia hepática. En ese mismo momento, deben incluirse exámenes de medio interno, función renal, serologías virales habituales, proteinograma y ecografía abdominal.

Si el coagulograma es normal, y el paciente se encuentra en buen estado general, puede citarse en forma ambulatoria para completar su evaluación por un servicio con capacidad de consulta de hepatología pediátrica.

En caso de alteración del coagulograma, tiempo de protrombina ≥ 15 segundos o concentración de protrombina menor a 50%, el paciente debe ser internado, y se debe administrar Vitamina K parenteral, con estricto control del estado neurológico, signos de sangrado, y medio interno.

Si la coagulopatía persiste, a pesar del tratamiento con vitamina K, debe establecerse el contacto con un centro de trasplante hepático. El tratamiento consiste en la implementación de medidas generales que tenderán a corregir las alteraciones metabólicas, el aspecto nutricional, y la prevención y tratamiento de todas las complicaciones que puedan presentarse, como infecciosas, neurológicas, etc.

Además, es fundamental iniciar el tratamiento específico de aquellas enfermedades que pueden beneficiarse del mismo (hepatitis aloinmune, galactosemia, tirosinemia, infección por herpes simple, en los niños y niñas más pequeños, y hepatitis autoinmune y enfermedad de Wilson, más frecuente en los mayores). Por ello es fundamental el abordaje etiológico en simultáneo en estos pacientes con hepatitis aguda grave.

Sin embargo, a pesar de los avances terapéuticos, la insuficiencia hepática aguda resulta en muerte o trasplante hepático en más del 45% de los casos.

Definición de insuficiencia hepática aguda en pediatría

- Niños, niñas y adolescentes sin manifestaciones de enfermedad hepática crónica.
- Evidencia bioquímica de lesión hepática aguda (transaminasas elevadas).

- Coagulopatía irreversible con la administración de vitamina K parenteral, definida como tiempo de protrombina ≥ 15 segundos o razón internacional normalizada (RIN) $\geq 1,5$ en presencia de EH o tiempo de protrombina ≥ 20 segundos o RIN ≥ 2 en pacientes sin EH.

En esta definición, el criterio de gravedad está determinado por la disfunción del hígado, es decir por la coagulopatía y encefalopatía hepática, y no por el valor de transaminasas.

Ante una persona icterica con los signos y síntomas mencionados, es fundamental que se haga una correcta anamnesis con antecedentes personales y familiares (Ver [Variables a explorar en la investigación clínico-epidemiológica de los casos](#)).

A partir de la alerta emitida por la OMS luego de la observación en algunos países de un aumento de casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en pacientes pediátricos, es importante profundizar los estudios diagnósticos para identificar las posibles etiologías infecciosas, tóxicas, autoinmunes o metabólicas. Parte de los estudios deben contemplar valoración de hepatitis virales agudas (serología hepatitis A, B, C, D -en los casos que corresponda-, y E), además de EBV, CMV y VIH. En el contexto epidemiológico actual, se deben considerar los virus respiratorios (Influenza A y B, Adenovirus, SARS-CoV-2) y patógenos específicos gastrointestinales (coprocultivo, identificación de Adenovirus y rotavirus en materia fecal).

Se encuentra en estudio la posible asociación entre hepatitis aguda grave pediátrica y Adenovirus tipo F41, por ello se debe incluir su estudio en la investigación de los casos.

Además, se debe realizar la anamnesis dirigida a identificar diferentes hepatotóxicos, y el estudio de etiologías tratables como se describe en las Tabla 1 y Tabla 2.

Tabla 1. Evaluación de personas con insuficiencia hepática aguda⁴.

Evaluación	¿A quiénes evaluar?	Datos/ estudios a solicitar
Clínica	A todas las personas para determinar gravedad.	Valoración neurológica, signos de enfermedad hepática crónica, signos de infección, tamaño hepático, signos clínicos de coagulopatía
Bioquímica	A todas las personas para determinar gravedad.	Perfiles hepatológico y renal, medio interno. Función hepática: tiempo de protrombina, RIN, factores V y fibrinógeno.
Estudios de imágenes	De acuerdo al cuadro clínico, para identificar enfermedad hepática crónica, edema y hemorragia cerebral, etc.	Ecografía abdominal (con doppler), Ecocardiograma, TC cerebral (si hay sospecha de EH), Rx tórax.
Tóxicos	A todas las personas para definir causa. Interrogar sobre historial de consumo de sustancias.	Nivel de paracetamol en sangre, antecedente de consumo de otras sustancias potencialmente hepatotóxicas (ver Tabla 2).
Estudios infectológicos	De acuerdo al cuadro clínico y/o antecedentes epidemiológicos	Estudios de diagnóstico para hepatitis virales (A, B, C, D (solo en casos de HBV positiva) E, a todos los casos de hepatitis aguda grave sin otra etiología definida. En pacientes con resultados negativos para hepatitis virales y sin otras causas identificadas, estudios de diagnóstico para EBV, CMV, HIV, herpes 6, herpes simple, enterovirus, parvovirus, varicela, De acuerdo a los antecedentes epidemiológicos, estudios para el diagnóstico de Brucella spp., Bartonella henselae, Borrelia burgdorferi, leptospirosis, fiebre amarilla, malaria. Los casos con resultados positivos para adenovirus, Influenza y SARS-CoV-2, sin otra etiología conocida, deben ser notificados y serán evaluados para su clasificación final.
Estudios inmunológicos	De acuerdo al cuadro clínico.	Autoanticuerpos, estudios inmunológicos específicos. gammaglobulina, IgG, C3, C4.
Estudios metabólicos	De acuerdo al cuadro clínico.	Sangre: triglicéridos, ferritina, cobre, ceruloplasmina, alfafetoproteína. Aminoácidos plasmáticos, acilcarnitinas Orina: cobre (orina de 24 hs.), ácidos orgánicos, succinilacetona, lactato, piruvato. Confirmar resultado de la pesquisa neonatal (galactosemia, tirosinemia).
Biopsias	De acuerdo al cuadro clínico.	Hepática, médula ósea, muscular.
Otros	De acuerdo a la sospecha clínica.	Hemocultivos, cobre hepático, estudio genético para EW, Resonancia magnética para valorar depósito de hierro extrahepático, ácido orótico en orina.

⁴ . Tabla adaptada de:- Ciocca M. et al. Insuficiencia hepática aguda pediátrica. Acta Gastroenterol Latinoam 2016;46:52-70. - Narkewicz MR, et al. Pediatric Acute Liver Failure Study Group. A Learning Collaborative Approach Increases Specificity of Diagnosis of Acute Liver Failure in Pediatric Patients. Clin Gastroenterol Hepatol. 2018 Nov;16(11):1801-1810. - Mücke M., Zeuzem S. The recent outbreak of acute severe hepatitis in children of unknown origin - what is known so far. J Hepatol 2022 May 6;S0168-8278(22)00271-9.

En una hepatitis tóxica, puede existir un periodo de latencia variable, incluso de hasta varias semanas posteriores a la exposición al agente involucrado y no necesariamente se produce como consecuencia de sobredosis o dosis tóxicas.

Si bien la intoxicación aguda por paracetamol es la causa más frecuente de falla hepática aguda de origen medicamentoso, existen otras sustancias a considerar. La lista de las principales sustancias potencialmente hepatotóxicas es extensa, además de una ingesta excesiva de alcohol. A continuación, se listan algunas de las principales.

Tabla 2: Principales sustancias potencialmente hepatotóxicas.

Analgésicos	Paracetamol, salicilatos, AINEs
Antituberculosos	Isoniacida, rifampicina, pirazinamida
Antibióticos	Amoxicilina-clavulánico, tetraciclinas, eritromicina, sulfamidas, minociclina
Antifúngicos	Ketoconazol, fluconazol
Antiepilépticos y fármacos neurológicos	Ácido valproico, carbamazepina, imipramina, haloperidol, permoline
Antineoplásicos e inmunosupresores	Azatioprina, ciclosporina, metrotexato, 6-mercaptopurina, L-asparaginasa, nitroureas, arabinósido de citosina, otras
Otras sustancias de empleo frecuente en adolescentes	Consumo excesivo de alcohol; Anfetaminas (consumo de éxtasis), contraceptivos orales, ác. retinoico (tratamiento del acné)
Tóxicos naturales y venenos	Amanita phalloides, otras setas, alcohol, fósforo, hierbas medicinales, disolventes, etc.

Vigilancia epidemiológica

Objetivos

- Detectar en forma oportuna casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido para su completa investigación y caracterización.
- Reconocer posibles cambios en la frecuencia, distribución y población afectada.

Definiciones y clasificaciones de caso⁵

Confirmado: No disponible en la actualidad.

Caso Probable: Toda persona de 16 años o menos que presenta una hepatitis aguda (no hepA-E) con transaminasas séricas >500 UI/L (AST o ALT) y concentración de protrombina <50%, en la que se hayan descartado causas tóxicas, enfermedad hepática crónica, causas autoinmunes o metabólicas, o causas infecciosas bacterianas o virales⁶.

Los casos con resultados positivos para adenovirus, Influenza y SARS-CoV-2, sin otra etiología conocida, deben ser notificados y serán evaluados para su clasificación final.

Caso Probable con adenovirus positivo: Todo caso que cumpla la definición de probable, en el que se haya detectado adenovirus.

Caso Pendiente de clasificación: Caso de hepatitis aguda grave que se encuentra a la espera de alguno de los resultados para el diagnóstico de hepatitis A-E o de las otras causas conocidas.

Caso Descartado: Caso de hepatitis aguda grave en el que se identificó una etiología conocida.

Notificación al Sistema Nacional de Vigilancia

Modalidad de vigilancia: Nominal inmediata ante todo caso probable o pendiente de clasificación.

Grupo de eventos: Otros eventos de importancia para la Salud Pública.

Evento: Hepatitis aguda grave de etiología desconocida.

Todo caso probable asistido por cualquier efector de salud público o privado debe ser notificado dentro de las 24 horas al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Deberán notificarse todos los estudios de laboratorio realizados al caso (incluyendo las serologías negativas para hepatitis virales) en la sección Laboratorio de la ficha del SNVS2.0 y los antecedentes clínicos y epidemiológicos en las secciones correspondientes.

⁵ <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/multi-country-acute-severe-hepatitis-of-unknown-origin-in-children>

⁶ Ver Tabla 1. Evaluación de personas con insuficiencia hepática aguda en este mismo documento

Se recomienda fortalecer notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de las infecciones respiratorias agudas virales y gastroenteritis virales que incluyan el estudio de adenovirus.

Variables a explorar en la investigación clínico-epidemiológica de los casos

Ante la evaluación de un paciente con hepatitis aguda grave se debe realizar la anamnesis dirigida a indagar antecedentes que puedan orientar el estudio de las causas de la enfermedad, los factores de riesgo y las características de las poblaciones afectadas.

A continuación, se brinda un listado de tópicos que deberían estar contemplados en la investigación de los casos:

- Antecedentes de viajes en las últimas 4 semanas (lugares y fechas).
- Antecedentes de consumo de hierbas folklóricas (tipo, cantidad y tiempo).
- Antecedentes de consumo de medicamentos y otras sustancias en los últimos 3 meses, AINEs (paracetamol especialmente), antibióticos, anticonvulsivantes, isoniazida, entre otras.⁷
- Tipo de provisión de agua para el consumo y de disposición de excretas en el domicilio.
- Antecedentes de haber padecido COVID-19 y fechas.
- Antecedentes de vacunación en las últimas 4 semanas y registrar número de dosis y fecha de última dosis de vacuna contra hepatitis A y B y contra COVID-19.
- Antecedentes de haber recibido transfusiones, hemoderivados o trasplante de órganos sólidos o médula ósea y/o tratamiento odontológico previo.
- Antecedentes de internación en las últimas 4 semanas.
- Contacto con animales domésticos, de granja y/o roedores.
- Otros antecedentes de exposición: ambientales, como inundaciones o actividades relacionadas con la pesca, camping, o visita a zonas de riesgo para FA, paludismo/malaria, etc.; consumo de alimentos de riesgo, como carne mal cocida, mariscos, productos asociados a caza deportiva, setas, etc.

⁷ Ver en este mismo documento **Tabla 2: Principales sustancias potencialmente hepatotóxicas.**

Recomendaciones para toma y envío de las muestras

En todos los casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido probables o pendientes de clasificación según las definiciones precedentes -y en el caso de que no puedan resolverse localmente los estudios necesarios para el diagnóstico de Hepatitis A-E o Adenovirus deberán recolectarse y enviarse las siguientes muestras al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales del INEI-ANLIS Carlos Malbrán:

- Sangre con EDTA (tubo primario, tapa lila), 5 ml
- Suero (tubo primario tapa amarilla con gel separador, centrifugado localmente antes del envío), 5 ml. Puede ser también plasma en tubos PPT (tubo primario, tapa blanca)
- Materia fecal fresca (poca cantidad, alrededor de 10 gr o dos cucharaditas de té)- recogida en frasco estéril sin ningún agregado ni medio de transporte viral o bacteriano.
- Hisopado nasofaríngeo en medio de transporte viral o en 2 ml de solución fisiológica.
- En caso de trasplante contactarse con el LNR para el envío de muestras para estudios complementarios en el explanto.

Enviar todo el material refrigerado y correctamente rotulado en condiciones estándar de bioseguridad (triple envase).

Las muestras deberán contar con la notificación del caso, los estudios previos realizados y la derivación virtual registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0} y acompañarse con una copia de la Ficha de recolección de datos para la notificación e investigación de los casos: (ver [Anexo II](#)).

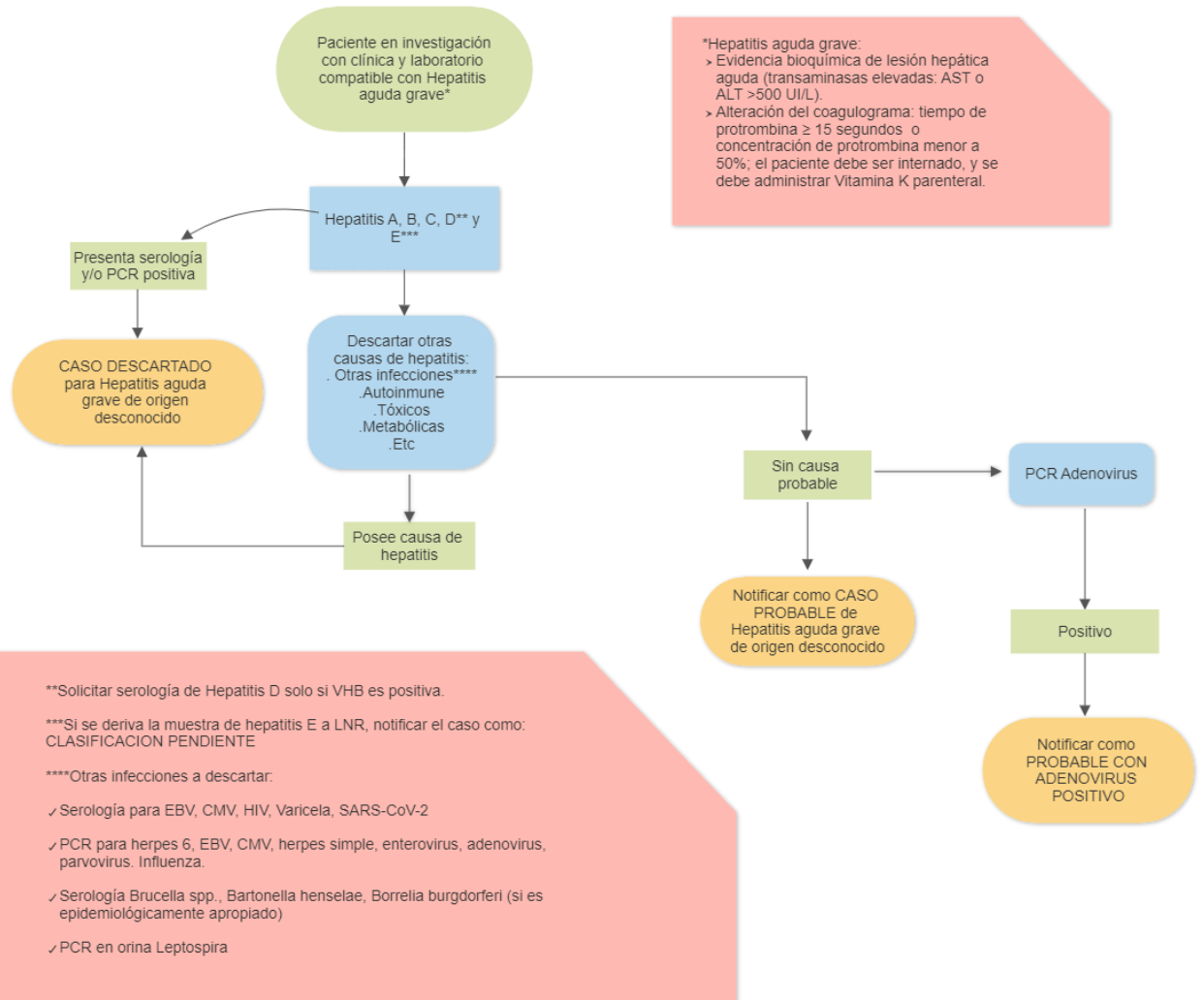
Podrá utilizarse el mecanismo de envío de muestras a través de la Coordinación de Redes de Laboratorios de la Jurisdicción.

Recomendaciones para la población

- Lavarse con frecuencia las manos y siempre luego de ir al baño.
- Evitar el contacto con personas enfermas.
- Cubrirse al toser o estornudar.
- Evitar tocarse ojos, nariz y boca.
- Controlar y completar los esquemas de vacunación para la edad.
- Estar alerta ante síntomas de hepatitis:
 - Ictericia: una coloración amarilla en la piel, las membranas mucosas o los ojos.
 - Orina oscura,
 - Heces blancas,
 - Fiebre
 - Fatiga,
 - Náuseas, vómitos.
 - Pérdida del apetito,
 - Dolor abdominal,
 - Dolor articular

Anexo I

Flujograma para el manejo de casos y notificación



Anexo II

Ficha de recolección de datos para la notificación e investigación de los casos.
 Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas>

Dirección de
Epidemiología



Ministerio de Salud
Argentina

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD

**FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN DESCONOCIDO**

ACTUALIZACIÓN 16-05-2022

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ Fecha de notificación: ____ / ____ / ____
 Apellido y nombre del notificador: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI DE IND N° _____ Apellido y Nombre: _____
 Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Persona gestante: SI NO
 Lugar de residencia: Provincia _____ Departamento: _____ Localidad _____
 Domicilio: Calle / Manzana: _____ N° _____ Piso: _____ Depto: _____ Cód. Postal: _____

Caso Probable: Toda persona de 16 años o menos que presenta una hepatitis aguda (no hepA-E) con transaminasas sericas >500 U/L (AST o ALT) y concentración de protrombina <50%, en la que se hayan descartado causas tóxicas, enfermedad hepática crónica, causas autoinmunes o metabólicas, o causas infecciosas bacterianas o virales. Los casos con resultados positivos para adenovirus, influenza y SARS-CoV-2, sin otra etiología conocida, deben ser notificados y serán evaluados para su clasificación final.
Caso Probable con adenovirus positivo: Todo caso que cumpla la definición de probable, en el que se haya detectado adenovirus.
Caso Pendiente de clasificación: Caso de hepatitis aguda grave que se encuentra a la espera de alguno de los resultados para el diagnóstico de hepatitis A-E o de las otras causas conocidas.
Caso Descartado: Caso de hepatitis aguda grave en el que se identificó una etiología conocida.

Datos de vacunación		
Vacuna contra	Cant. Dosis	Fecha de última dosis
SARS CoV-2		
Hepatitis A		
Hepatitis B		

INFORMACIÓN CLÍNICA

Signos y síntomas (marcar con X lo que corresponda)				Laboratorio clínico			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia		Diarrea		Vómitos		ALAT	
Coluria		Dolor abdominal		Fiebre		ASAT	
Acolia		Hepatomegalia		Astenia		Billirrubina total	
Hemorragia		Esplenomegalia		Ascitis		Billirrubina directa	
Prurito		Encefalopatía		Respiratorios		Concentración de protrombina	
Otros						Tiempo de protombina	

	SI	NO	FECHA		SI	NO		SI	NO	
Fecha de inicio de síntomas				¿Se descartaron causas tóxicas?				¿Se descartaron causas infecciosas?		
¿Paciente internado?				¿Se descartaron causas metabólicas?				¿Se descartaron otras causas?		
¿Paciente internado en UTI?				¿Se descartaron causas inmunológicas?				¿Se está evaluando trasplante?		

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes	SI	NO	Detallar
Viajes en las últimas 4 semanas (lugares y fechas)			
Consumo de medicamentos y otras sustancias en los últimos 3 meses			
Consumo de hievas foliícolas (tipo, cantidad y tiempo)			
Provisión de agua segura en el domicilio			
Adecuada disposición de excretas en el domicilio			
¿Tuvo COVID-19 previamente? (fechas)			
Recibió transfusiones, hemoderivados o trasplante de órganos sólidos o medula ósea y/o tratamiento odontológico previo			
¿Estuvo en internación en las últimas 4 semanas?			
¿Otros antecedentes de riesgo? (exposición ambiental, alimentos de riesgo, etc.)			

INFORMACIÓN DE LABORATORIO

Marcador etiológico en laboratorio local (Indica resultado + o -)			Muestras derivadas al LNR	
antiHAV-IgM	RNA-HCV	RNA- HEV (suero)	Sangre entera con EDTA (1)	FTM
antiHAV-IgG	antiSARSCoV-2 IgG antiS	RNA-HEV (materia fecal)	Suero (2)	
HBsAg	antiSARSCoV-2 IgG antiS	Adenovirus (suero)	Materia fecal fresca (3)	
antiHBe-IgM	antiHEV-IgM	Adenovirus (materia fecal)	Hisopado nasofaríngeo (4)	
antiHCV	antiHEV-IgG	Adenovirus (HNF)	Biopsia	

1) (tubo primario, tapa lila), 5 ml; 2) (tubo primario tapa amarilla con gel separador, centrifugado localmente antes del envío), 5 ml. Puede ser también plasma en tubos PPT (tubo primario, tapa blanca); 3) poca cantidad, alrededor de 10 grs de cucharaditas de té- recogida en frasco estéril sin ningún agregado ni medio de transporte viral o bacteriano. 4) en medio de transporte viral o en 2 ml de solución fisiológica. Enviar todo el material refrigerado y correctamente rotulado en condiciones estándar de bioseguridad (triple envase).

CLASIFICACIÓN DE CASO

Caso probable Caso probable con Adenovirus positivo Pendiente clasificación Caso descartado

Nombre y apellido del notificador:

Firma:

Áreas responsables del documento

El presente documento fue elaborado por las siguientes áreas del Ministerio de Salud de la Nación:

- Dirección de Epidemiología, Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica
- Coordinación de Hepatitis Virales, Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles.
- Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles.
- Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida.
- Coordinación de Salud Ambiental, Dirección Nacional de Gestión de Servicios Asistenciales.
- Laboratorios Nacionales de Referencia para Hepatitis Virales y Gastroenteritis Virales. INEI-ANLIS Carlos Malbrán.
- Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Coordinación de Red de Hospitales e Institutos.
- Dirección Científico Técnica y Dirección de Tecnologías y Sistemas de Información, INCUCAI.

Tuvo en cuenta las contribuciones realizadas por representantes de la Subcomisión de Hepatología Pediátrica de la Sociedad Argentina de Hepatología, la Sociedad Argentina de Pediatría y la Sociedad Argentina de Trasplante.

argentina.gob.ar/salud