

INFORME DEL EVENTO

HEPATITIS B, C Y B-DELTA COLOMBIA 2017

INFORME DE EVENTO HEPATITIS B, C Y B-D, COLOMBIA, AÑO 2017

Jenny Carolina Peralta Carvajal
Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual
Grupo Transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan una carga importante para la salud pública en el mundo, en términos de morbilidad, impacto social y económico, tanto para los individuos que la presentan, como para los sistemas de salud, sobre todo en aquellos países en vía de desarrollo (1-3). Adicionalmente, las ITS comprometen la calidad de vida, así como la salud sexual y reproductiva de quienes la presentan, facilitando de manera indirecta la transmisión del VIH y la aparición de cambios celulares que preceden algunos tipos de cáncer (4).

Parte de la problemática de estos eventos radica en fallas en la prevención, diagnóstico y tratamiento no oportunos ni adecuados, ocasionando graves complicaciones y secuelas, que incluyen la infertilidad, embarazo ectópico, pérdida fetal, infecciones en recién nacidos y lactantes, cáncer, así como alteraciones en el hombre como epididimitis y prostatitis (2-3,5-6).

Se estima que anualmente se registran 357 millones de nuevos casos de las ITS definidas como curables en personas en edad altamente productiva y reproductiva (15 a 49 años), distribuida de la siguiente forma: *C. trachomatis* (131 millones), infección por *N. gonorrhoeae* (78 millones), sífilis (6 millones), e infección por *Trichomonas vaginalis* (142 millones) (4). Para el grupo de ITS transmitidas por virus, la cifra no es menos alentadora, ya que se reporta infección por el herpes simple tipo 2 en 417 millones de personas y cerca de 291 millones de mujeres portadoras del virus de papiloma humano (4), mientras que algunas publicaciones recientes refieren que el número de personas con infección crónica por virus de hepatitis B ha variado de 240 millones (7) a 350 millones (8), los cuales se relacionan con 786.000 muertes, la gran mayoría atribuible a cáncer de hígado (341,000 muertes) y cirrosis (312,000 muertes) (9).

Estas cifras podrían ser superiores si se tiene en cuenta las limitaciones en el diagnóstico, el subregistro de los casos, ya sea por la no consulta de eventos no

sintomáticos o que su abordaje y tratamiento se hace por proveedores privados (1), incluyendo los servicios de farmacia.

Los virus de la hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC) constituyen una de las más importantes causas de morbilidad y mortalidad en casi todo el mundo, por lo que se estima que están asociados con un 57 % de las causas de cirrosis hepática y un 78 % de las causas de cáncer primario de hígado (10). De igual forma la carga de enfermedad de las hepatitis B y C en sus formas aguda, cáncer y cirrosis hepática es elevada y se prevé que lleguen a ser de las principales causas de muerte en las próximas décadas (10).

En la actualidad si bien es cierto se observa una tendencia global hacia la disminución de la prevalencia de la hepatitis B, esta varía ampliamente entre las regiones; adicionalmente la mayor endemia ocurre en los países en desarrollo.

La hepatitis B es una enfermedad transmisible causada por el virus de la hepatitis B (VHB) perteneciente a la familia *Hepadnaviridae*, que se caracteriza por necrosis hepatocelular e inflamación. Puede causar un proceso agudo o un proceso crónico, que puede acabar en cirrosis, cáncer de hígado, insuficiencia hepática y la muerte (11).

Si bien es cierto que desde el año 1982 existe una vacuna disponible la cual tiene una efectividad del 95% en la prevención de la infección por VHB y sus consecuencias crónicas (12), su introducción a los países no ha sido homogénea. Debido a este y otros factores la prevalencia mundial oscila entre 0,86 % en mujeres en países de alto ingreso y 10,04% en hombres del África Subsahariana Oriental (13).

La Hepatitis C es una infección causada por un virus del tipo ARN de la familia *Flaviviridae* del cual existen por lo menos seis genotipos diferentes. El virus de la Hepatitis C (VHC) se trasmite principalmente por vía parenteral, aunque también se puede transmitir por vía sexual y materno-perinatal.

La infección por Hepatitis C puede ser asintomática hasta en el 90 % de los casos, sin embargo, hasta el 80 % de las infecciones agudas progresan a infección crónica y un número importante de estas llegarán a desencadenar cirrosis hepática o cáncer de hígado (10).

La Hepatitis D se produce por la presencia del virus hepatotrofo tipo D o "Delta", el cual se caracteriza por ser un virus del tipo ARN defectuoso que requiere de la presencia simultánea del virus de la hepatitis B para replicarse, su circulación ha sido documentada en los cinco continentes, pero su distribución epidemiológica no es uniforme. Se han descrito dos patrones de infección por el virus de la hepatitis D, ambos en relación con la presencia concomitante del virus de la Hepatitis B: la co-infección y la super-infección, esta última usualmente asociada a la forma crónica de la enfermedad y al riesgo de aparición de Hepatitis Fulminante. En la co-infección su comportamiento es muy similar a la fase aguda de la infección por el VHB, sin embargo, de ser sintomática la presentación suele ser más agresiva (14).

En Colombia a través del sistema nacional de vigilancia, se inició la notificación de los casos de hepatitis B de manera colectiva desde el año 1997 y en el año 2007 se introdujo su reporte de manera individual, estrategia que realmente se consolidó desde el año 2008 (15). Para el año 2014 fue aprobado por el comité de control de cambios del Instituto Nacional de Salud, la unificación bajo un solo código “340” para las hepatitis virales distintas al tipo “A” (Hepatitis B, Hepatitis C y coinfección B/Delta), de igual manera se incorporó en el protocolo la nueva definición de caso del evento y los lineamientos de vigilancia del mismo (15).

La vigilancia de la Hepatitis B, C y coinfección y super-infección B-D, responde a directrices internacionales y nacionales fijadas para dichos eventos a través de documentos técnicos y normativos como lo son: La Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021; La Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030; Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021; Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021; Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021; Plan de Acción para la prevención y el control de las Hepatitis Virales 2016-2019; Plan decenal de Salud pública 2012-2021; Plan de acción sobre inmunización 2016-2020 (Resolución CD54/7); Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; Estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil de la hepatitis B; El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS/VIH-SIDA. Colombia 2014 – 2017; Plan nacional de control de las hepatitis virales 2014 – 2017, entre otros.

Los objetivos definidos para el presente informe son los siguientes:

Establecer la distribución, frecuencia y características de los casos de hepatitis B, hepatitis C y coinfección/superinfección hepatitis B-Delta en las entidades territoriales.

Estimar la prevalencia de hepatitis B, hepatitis C y coinfección/superinfección hepatitis B-Delta que permita conocer el comportamiento del evento a nivel nacional con base en la información ingresada.

Vigilar y caracterizar la tendencia de casos de hepatitis B en sus formas aguda, crónica y por transmisión perinatal con particular atención a los grupos poblacionales más afectados por este evento, con el fin de orientar la toma de decisiones en salud y la generación de políticas públicas en relación a los eventos.

2. MATERIALES Y MÉTODOS



Para el análisis de los eventos en mención se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo a partir de la notificación de los casos de hepatitis B, C y coinfección/superinfección B-D que ingresaron al sistema de vigilancia en salud pública

nacional mediante la ficha de evento código 340. La base de datos fue depurada con el fin de identificar la notificación de casos repetidos, analizar calidad del dato e identificar los casos descartados con código 6 y D. La depuración de la base de datos se realizó conforme el instructivo INT-R02.4000-008 de 2013.

Las variables de análisis fueron, edad, sexo, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, área de residencia, tipo de caso, clasificación del caso, mecanismo de transmisión, población a riesgo, gestación, condición final, entre otras que permitieran conocer el comportamiento del evento a nivel nacional y territorial.

El plan de análisis se realizó mediante estadística descriptiva en términos de tiempo, persona y lugar, utilizando el programa informático Excel®. Los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia y proporciones que se presentaron en tablas y gráficos.

Los datos utilizados en los denominadores para el análisis de la incidencia y razón de prevalencia corresponden a las proyecciones poblacionales del 2017 y nacidos vivos 2016 presentados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Consideraciones éticas: En el diseño del estudio se tuvieron en cuenta los principios metodológicos para salvaguardar el interés de la ciencia y el respeto a los derechos de las personas. No hubo ninguna intervención en los sujetos, no se violó el derecho a la privacidad y los resultados se presentan de manera agrupada en cumplimiento de la norma nacional (Resolución 008430 de 1993). Este estudio se considera sin riesgo.

3. RESULTADOS

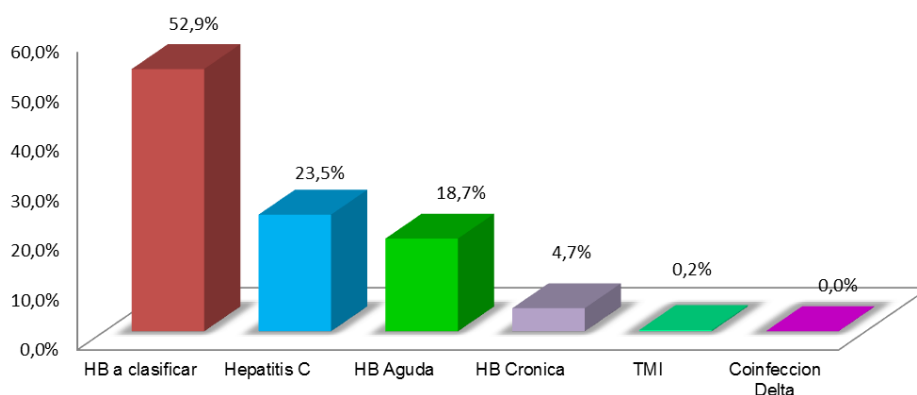


En función de garantizar el pleno cumplimiento de las definiciones de caso contenidas en el protocolo de vigilancia de las hepatitis virales distintas a la tipo “A”, desde la referencia técnica del evento se toma la determinación de clasificar el tipo de hepatitis según el resultado del paraclínico que se haya consignado en el módulo de laboratorios.

Teniendo en cuenta este contexto, la distribución de frecuencias de la clasificación final del tipo de hepatitis viral presenta una frecuencia de notificación como “hepatitis a clasificar” en un 52,9% reflejando grandes dificultades en los territorios con el proceso de confirmación de los casos (ver gráfica 1).

Gráfica N° 1

Clasificación final de hepatitis B, C y coinfección/superinfección B/Delta según las definiciones de caso del protocolo de vigilancia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

HALLAZGOS HEPATITIS B

En el análisis realizado con la notificación individual, se encontró a período epidemiológico XIII de 2017 que el evento hepatitis B presentó un consolidado de 1858 casos reportados por todos los departamentos y distritos que hacen parte del territorio nacional.

Respecto a la notificación de hepatitis B, se observa un predominio en la proporción del sexo masculino (59,1 %), sin embargo, estas proporciones varían según departamentos y distritos. Según la variable edad reportada al sistema de vigilancia para el evento en mención, la mayor proporción de casos se presentó en las edades comprendidas entre 25 a 29 años con un 19,5% de las notificaciones, seguido por el grupo de 30 a 34 años con un 15,7% de los registros. Referente a la distribución de los casos según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la notificación de casos de hepatitis B se comportó de la siguiente forma: contributivo 46,9 %, subsidiado 42,3 %, no asegurado 6,7 %, especial 2,0 %, excepción 1,5%. En hepatitis B la pertenencia étnica mostró en la categoría “otros grupos poblacionales” un porcentaje de 90,6 %, en población afrocolombiana el 5,5 %, en población indígena el 3,3 %, en ROM (gitano) el 0,5 %, Raizal el 0,2 %. Al examinar la distribución de casos en referencia al área de ocurrencia se aprecia que en las cabeceras municipales se concentró la mayor cantidad de casos con un 81,9% de las notificaciones (ver Tabla 1).

Tabla N° 1
Comportamiento demográfico y social de los casos de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017

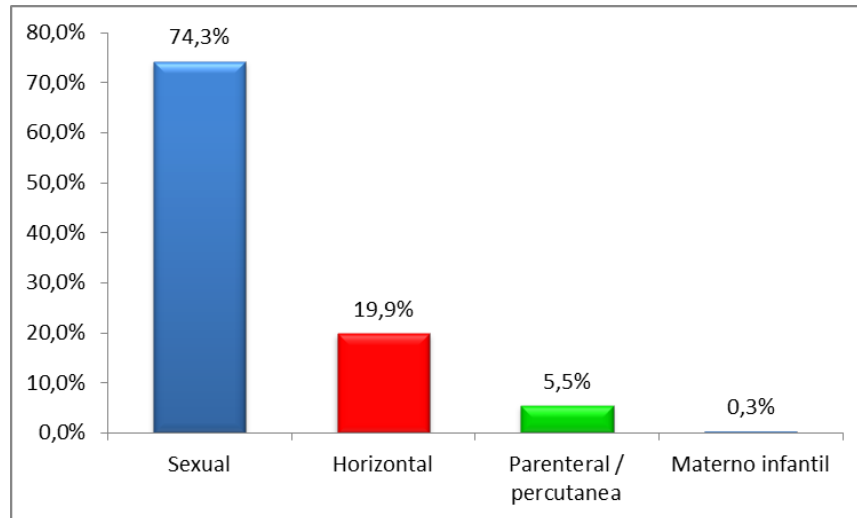
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	759	40,9
	Masculino	1099	59,1
Grupos de edad	Menores de un año	1	0,1
	1 a 4 años	4	0,2
	5 a 9 años	7	0,4
	10 a 14 años	8	0,4
	15 a 19 años	98	5,3
	20 a 24 años	219	11,8
	25 a 29 años	363	19,5
	30 a 34 años	291	15,7
	35 a 39 años	214	11,5
	40 a 44 años	127	6,8
	45 a 49 años	119	6,4
	50 a 54 años	107	5,8
	55 a 59 años	86	4,6
	60 a 64 años	56	3,0
65 y más años	158	8,5	
Tipo de régimen	Contributivo	872	46,9
	Especial	38	2,0
	Indeterminado	9	0,5
	No afiliado	125	6,7
	Excepción	28	1,5
	Subsidiado	786	42,3
Pertenencia étnica	Indígena	61	3,3
	ROM (gitano)	9	0,5
	Raizal	3	0,2
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	102	5,5
	Otros	1683	90,6
Área	Cabecera municipal	1521	81,9
	Centro poblado	153	8,2
	Rural disperso	184	9,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En el análisis del comportamiento de los modos de transmisión del virus de la hepatitis B, la transmisión sexual representa el 74,3 % de los casos, seguido por horizontal con un 19,9% de las notificaciones para el evento en el año 2017. A periodo epidemiológico XIII de 2017 se reportaron al sistema de vigilancia seis casos de hepatitis B asociados a mecanismo de transmisión materno infantil, lo cual representa un 0,3% de la notificación (ver gráfica 2).

Gráfica N° 2

Distribución de los casos notificados de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta por mecanismos de transmisión, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017

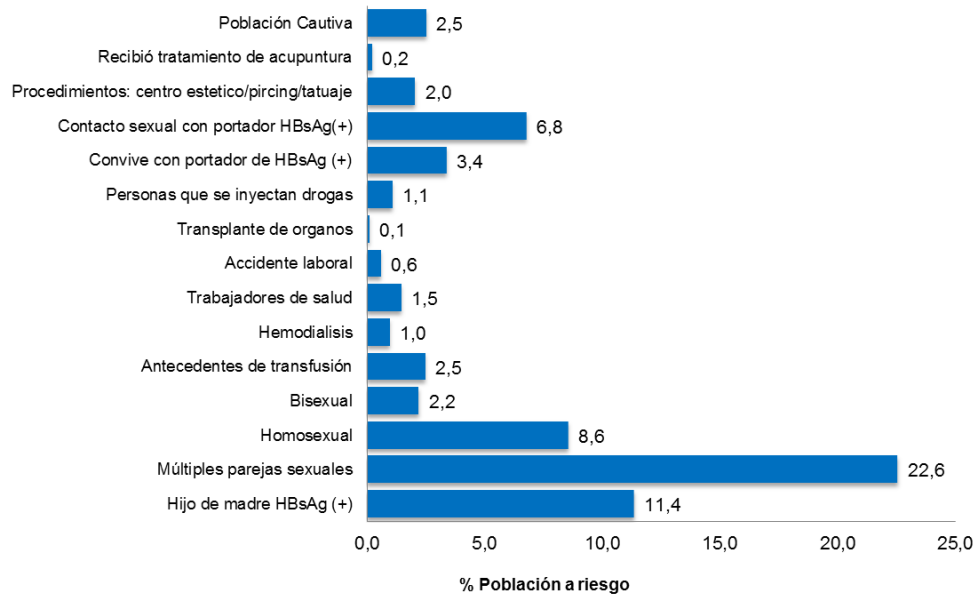


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Según la población de riesgo de los casos de hepatitis B, el 22,6 % de las infecciones notificadas se presentaron en personas que tienen múltiples parejas sexuales, el 11,4 % personas que son hijos de madres con HBsAg (+) y 8,6% en hombres que tienen sexo con hombres. La población privada de la libertad representa el 2,5 % de los reportes al sivigila para el evento de hepatitis B (ver gráfica 3).

Grafica N° 3

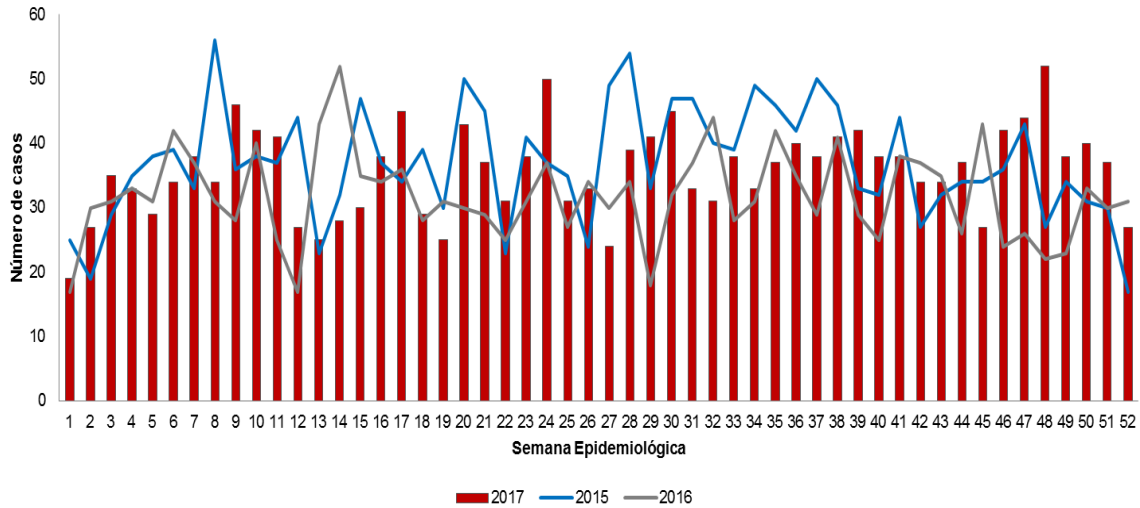
Comparación de frecuencias en la población de riesgo de los casos de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta notificados, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Para el período epidemiológico XIII de 2017 se aprecia un aumento en la notificación de casos de hepatitis B en un 12,1% comparado con el año inmediatamente anterior para el mismo período epidemiológico (año 2016: 1657 casos; año 2017: 1858 casos). Una de las posibles respuestas frente al aumento en el número de casos reportados, es la mejoría en el proceso de la notificación en el marco del protocolo de vigilancia, que tiene como base fundamental la sensibilización a los entes territoriales a través de las asistencias técnicas (ver gráfica 4).

Gráfica N° 4
Comportamiento de la notificación de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta, Colombia, período epidemiológico XIII, años 2014-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En Colombia, la incidencia de hepatitis B para el año 2017 es de 3,8 casos por 100.000 habitantes. Se identifican 16 entidades territoriales que superan la incidencia nacional, entre las cuales en su orden se encuentra Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Norte de Santander (ver tabla 2).

Tabla N° 2

Incidencia de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta por departamento/distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017

Entidad territorial	Casos	Proyeccion poblacion DANE 2017	Incidencia X 100 000 Habitantes
Amazonas	22	77948	28,2
Guainía	11	42777	25,7
Guaviare	18	114207	15,8
Vaupés	6	44500	13,5
Norte de Santander	146	1379533	10,6
Quindío	43	571733	7,5
Barranquilla	70	1228271	5,7
Putumayo	19	354094	5,4
Antioquia	348	6613118	5,3
Santa Marta	26	499391	5,2
Santander	106	2080938	5,1
Chocó	24	510047	4,7
Tolima	63	1416124	4,4
Huila	49	1182944	4,1
Risaralda	39	962529	4,1
Cartagena	39	1024882	3,8
Atlántico	48	1289626	3,7
Arauca	9	267.992	3,4
Bogotá	264	8080734	3,3
Sucre	28	868438	3,2
Valle del Cauca	129	4292492	3,0
Casanare	11	368989	3,0
Caldas	28	991860	2,8
Nariño	48	1787545	2,7
Cesar	27	1053475	2,6
Bolívar	26	1121814	2,3
Caquetá	11	490056	2,2
Cauca	28	1404205	2,0
Cundinamarca	53	2762784	1,9
Magdalena	15	785993	1,9
La Guajira	18	1012926	1,8
Meta	17	998162	1,7
Boyacá	21	1279955	1,6
Córdoba	26	1762530	1,5
Buenaventura	6	415770	1,4
Vichada	1	75468	1,3
San Andrés	1	77759	1,3
Exterior	14		0,0
Colombia	1858	49.291.609	3,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La razón de prevalencia de hepatitis B para gestantes en Colombia a período epidemiológico XIII del año 2017 es de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos (NV). Se identificó que 13 entidades territoriales presentaban prevalencias superiores a la nacional, entre las cuales se encuentra en su orden Guaviare, Amazonas, Norte de Santander,

Chocó y Guainía. La mayor proporción de embarazos con diagnóstico de hepatitis B se registró en las entidades territoriales de Vichada, Guaviare y Caquetá. De 14 personas con diagnóstico de hepatitis B procedentes del exterior, 9 eran gestantes lo cual representa un porcentaje de infección por hepatitis B en embarazadas de 57,1% y una razón de prevalencia por 1000 nacidos vivos de 23,1 (ver tabla 3).

Tabla N° 3

Razón de prevalencia de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta en gestantes por departamento y distrito de procedencia, Colombia, periodo epidemiológico XIII, 2017

Entidad territorial	Embarazada	Total Notificados	Porcentaje Embarazadas	NV DANE 2016	Razón Prevalencia por 1000 NV
Guaviare	10	18	55,6	1.160	8,6
Amazonas	4	22	18,2	1322	3,0
Norte de Santander	44	146	30,1	20.468	2,1
Chocó	10	24	41,7	5.855	1,7
Guainía	1	11	9,1	661	1,5
Putumayo	6	19	31,6	4.290	1,4
Quindío	6	43	14,0	5.843	1,0
Vichada	1	1	100,0	1.028	1,0
Nariño	17	48	35,4	17.804	1,0
Santa Marta	7	26	26,9	8.795	0,8
Caquetá	5	11	45,5	6.883	0,7
Antioquia	50	348	14,4	75024	0,7
Casanare	4	11	36,4	6.394	0,6
Cesar	10	27	37,0	20.701	0,5
Tolima	8	63	12,7	17.607	0,5
La Guajira	7	18	38,9	16.031	0,4
Buenaventura	2	6	33,3	4911	0,4
Santander	12	106	11,3	29.823	0,4
Atlántico	6	48	12,5	16.466	0,4
Huila	7	49	14,3	19.435	0,4
Meta	5	17	29,4	14.806	0,3
Caldas	3	28	10,7	9.563	0,3
Magdalena	4	15	26,7	12.837	0,3
Sucre	4	28	14,3	14.398	0,3
Cauca	5	28	17,9	18.190	0,3
Bolívar	4	26	15,4	15.507	0,3
Arauca	1	9	11,1	4.378	0,2
Cundinamarca	8	53	15,1	35.594	0,2
Valle del Cauca	10	129	7,8	45.844	0,2
Barranquilla	5	70	7,1	24.414	0,2
Boyacá	3	21	14,3	15.157	0,2
Risaralda	2	39	5,1	10.853	0,2
Bogotá	17	264	6,4	98.653	0,2
Córdoba	4	26	15,4	25.919	0,2
Cartagena	1	39	2,6	19.051	0,1
San Andrés	0	1	0,0	880	0,0
Vaupés	0	6	0,0	528	0,0
Exterior	8	14	57,1	347	23,1
Total	301	1858	16,2	647420	0,5

Para la vigencia 2017, las entidades territoriales reportaron al sivigila cinco casos de hepatitis B en menores de cinco años. La incidencia de infección por hepatitis B en menores de cinco años fue de 0,11, teniendo como referente la notificación al sistema de vigilancia (ver tabla 4).

Tabla N° 4.

Proporción de Incidencia de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta en menores de 5 años, departamento y distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017

Entidad territorial	Menores de un año	1 a 4 años	Total menores de 5 años	% Total menores de 5 años	Proyección Población 0 a 4 años DANE 2017	Incidencia x 100000 menores 5 años
Atlántico	0	1	1	20,00	215.178	0,46
Bogotá	0	1	1	20,00	607.390	0,16
Boyacá	0	1	1	20,00	106.079	0,94
Putumayo	1	0	1	20,00	39.990	2,50
Valle del Cauca	0	1	1	20,00	365.719	0,27
Total	1	4	5	100	4.348.076	0,11

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En el año 2017 se registraron 36 muertes asociadas probablemente a la infección por el virus de la hepatitis B, en 15 de las 37 entidades territoriales, siendo Norte de Santander, Antioquia y Valle, las que mayor número de mortalidades reporta (ver tabla 5).

Tabla N° 5

Muertes atribuibles a hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta por departamentos y distritos de residencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017

Entidad territorial	Casos	Porcentaje
NORTE SANTANDER	6	0,3%
ANTIOQUIA	5	0,3%
VALLE	5	0,3%
SANTANDER	4	0,2%
CARTAGENA	3	0,2%
CORDOBA	2	0,1%
CUNDINAMARCA	2	0,1%
RISARALDA	2	0,1%
BARRANQUILLA	1	0,1%
BOGOTA	1	0,1%
CALDAS	1	0,1%
CAUCA	1	0,1%
NARIÑO	1	0,1%
QUINDIO	1	0,1%
TOLIMA	1	0,1%
Total General	36	1,9%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

HALLAZGOS HEPATITIS C

A período epidemiológico XIII de 2017 la hepatitis C presentó un consolidado de 571 casos notificados por 25 de las 37 departamentos y distritos. A nivel nacional para el año 2017 se observa un predominio en la proporción del sexo masculino (57,3 %) sin embargo estas proporciones por sexo varían según departamentos y distritos. Respecto a la distribución de los casos de hepatitis C por grupo de edad, la mayor proporción reportada fue de 26,4 % para las poblaciones con edades entre 65 y más años. La distribución de los casos de hepatitis C según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud fue la siguiente: contributivo 75,0 %, subsidiado 17,2 %, no asegurado 4,0 % entre otros. En hepatitis C la pertenencia étnica mostró en la categoría “otros grupos poblacionales” un porcentaje de 97,2 % y en población afrocolombiana el 1,4 %. Al examinar esta distribución en referencia al área de ocurrencia se aprecia que en la cabecera municipal se concentró la mayor cantidad de casos, reportándose en un 90,9% de los casos (ver tabla 6).

Tabla N° 6

Comportamiento demográfico y social de los casos de hepatitis C, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017

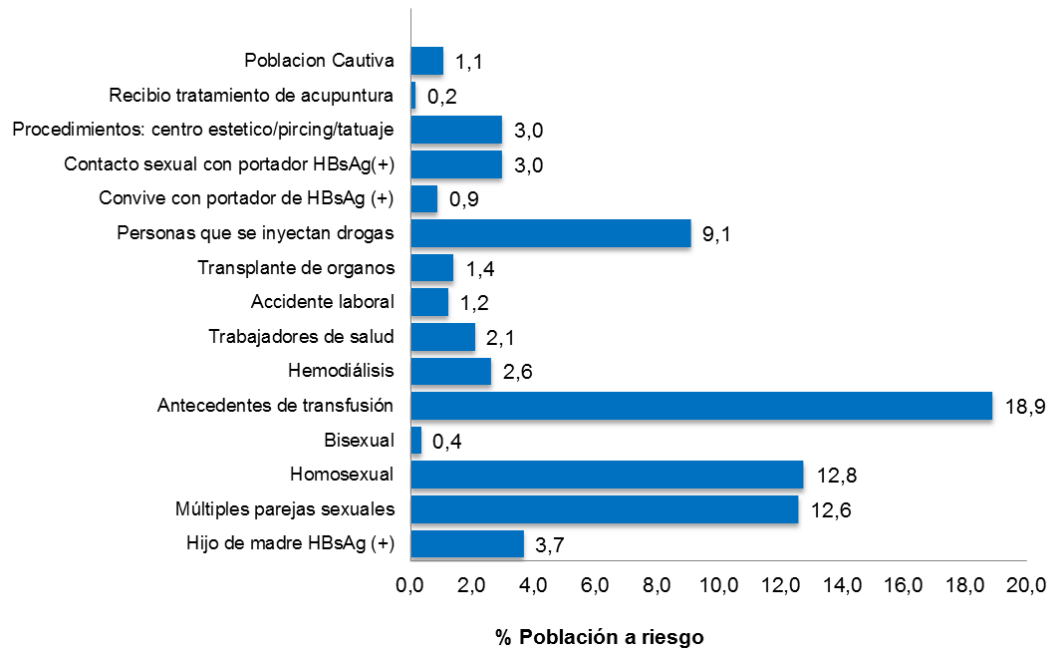
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	244	42,7
	Masculino	327	57,3
Grupos de edad	Menores de un año	0	0,0
	1 a 4 años	1	0,2
	5 a 9 años	0	0,0
	10 a 14 años	1	0,2
	15 a 19 años	10	1,8
	20 a 24 años	36	6,3
	25 a 29 años	55	9,6
	30 a 34 años	41	7,2
	35 a 39 años	42	7,4
	40 a 44 años	30	5,3
	45 a 49 años	38	6,7
	50 a 54 años	47	8,2
	55 a 59 años	66	11,6
	60 a 64 años	53	9,3
65 y más años	151	26,4	
Tipo de régimen	Contributivo	428	75,0
	Especial	14	2,5
	Indeterminado	3	0,5
	No afiliado	23	4,0
	Excepción	5	0,9
	Subsidiado	98	17,2
Pertenencia étnica	Indígena	5	0,9
	ROM (gitano)	0	0,0
	Raizal	3	0,5
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	8	1,4
	Otros	555	97,2
Área	Cabecera municipal	519	90,9
	Centro poblado	33	5,8
	Rural disperso	19	3,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Según la variable población de riesgo reportada por las diferentes entidades territoriales, el 18,9 % de los casos de hepatitis C se presentaron en personas que tienen antecedentes de transfusión, seguido por la población de hombres que tienen sexo con hombres con un 12,8% y personas que manifiestan tener múltiples parejas sexuales con el 12,6% de las notificaciones (ver gráfica 5).

Grafica N° 5

Comparación de frecuencias en la población de riesgo de los casos de hepatitis C, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017

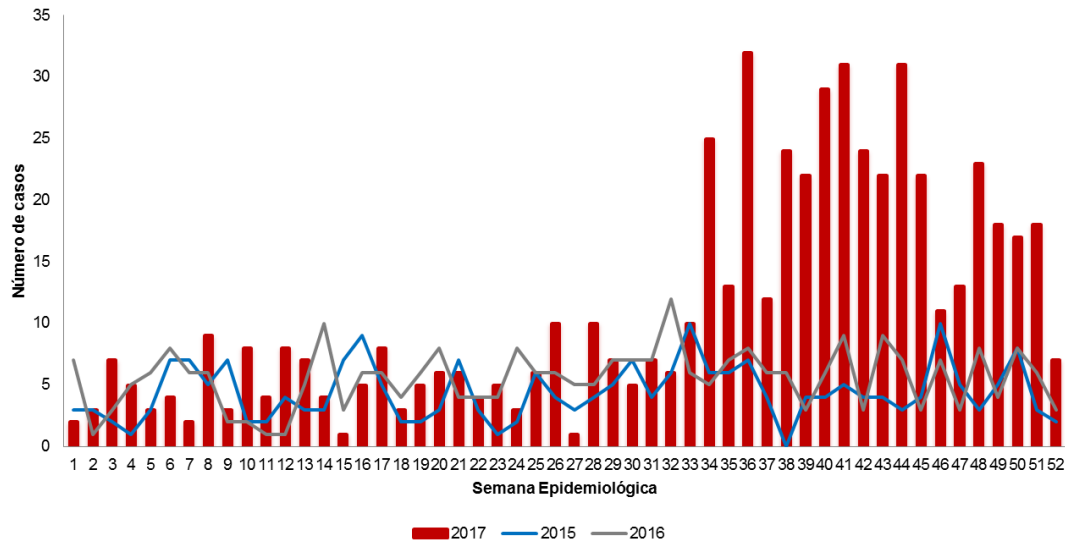


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Para el período epidemiológico XIII de 2017 se aprecia un aumento en la notificación de casos de hepatitis C en un 98,2% comparada con el año inmediatamente anterior para el mismo período epidemiológico (año 2016: 288 casos; año 2017: 571 casos). Posibles respuestas frente al aumento en el número de casos reportados, es la mejoría en el proceso de la notificación en el marco del protocolo de vigilancia, que tiene como base fundamental la sensibilización a los entes territoriales a través de las asistencias técnicas; y el requisito emitido desde el nivel central (Ministerio de Salud) de notificar la totalidad de casos con diagnóstico de hepatitis C para la entrega de medicamentos para el tratamiento de dicha infección (ver gráfica 6).

Gráfica N° 6

Comportamiento de la notificación de hepatitis C, coinfección/superinfección B/Delta, Colombia, período epidemiológico XIII, años 2014-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En Colombia la incidencia de hepatitis C para el año 2017 es de 1,16 casos por 100 000 habitantes. Solo 25 del total de las entidades territoriales reportaron casos de este evento, de las cuales nueve superan la incidencia nacional, entre las que se encuentra en su orden Quindío, Barranquilla y el distrito de Bogotá (ver tabla 7).

Tabla N° 7

Incidencia de hepatitis C por departamento/distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017

Entidad territorial	Casos	Proyeccion poblacion DANE 2017	Incidencia X 100000 Habitantes
Quindío	22	571.733	3,8
Barranquilla	44	1.228.271	3,6
Bogotá	206	8.080.734	2,5
Valle del Cauca	87	4.292.492	2,0
Risaralda	14	962.529	1,5
Atlántico	17	1.289.626	1,3
San Andrés	1	77.759	1,3
Antioquia	80	6.613.118	1,2
Norte de Santander	16	1.379.533	1,2
Tolima	12	1.416.124	0,8
Caldas	8	991.860	0,8
Cundinamarca	19	2.762.784	0,7
Cauca	7	1.404.205	0,5
Santander	9	2.080.938	0,4
Caquetá	2	490.056	0,4
Meta	4	998.162	0,4
Bolívar	4	1.121.814	0,4
Cartagena	3	1.024.882	0,3
Córdoba	4	1.762.530	0,2
Santa Marta	1	499.391	0,2
La Guajira	2	1.012.926	0,2
Chocó	1	510.047	0,2
Nariño	3	1.787.545	0,2
Boyacá	2	1.279.955	0,2
Sucre	1	868.438	0,1
Amazonas	0	77.948	0,0
Arauca	0	267.992	0,0
Buenaventura	0	415.770	0,0
Casanare	0	368.989	0,0
Cesar	0	1.053.475	0,0
Guainía	0	42.777	0,0
Guaviare	0	114.207	0,0
Huila	0	1.182.944	0,0
Magdalena	0	785.993	0,0
Putumayo	0	354.094	0,0
Vaupés	0	44.500	0,0
Vichada	0	75.468	0,0
Exterior	2		
Colombia	571	49.291.609	1,16

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En el año 2017, se registraron 15 muertes asociadas probablemente a la infección por el virus de la hepatitis C, en nueve de las 37 entidades territoriales. El mayor número de muertes los registra Valle, seguido del Distrito de Bogotá y Risaralda (ver tabla 8).

Tabla N° 8

Muertes atribuibles a hepatitis C por departamentos y distritos de residencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017

Entidad territorial	Casos	Porcentaje
Valle	4	26,7%
Bogota	3	20,0%
Risaralda	2	13,3%
Atlantico	1	6,7%
Santander	1	6,7%
Barranquilla	1	6,7%
Tolima	1	6,7%
Cordoba	1	6,7%
Cundinamarca	1	6,7%
Total Nacional	15	100,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

HALLAZGOS HEPATITIS B CON COINFECCION B-DELTA

En términos de coinfección Hepatitis B-Delta, se notificó un caso a período epidemiológico XIII de 2017 procedente del departamento del Quindío (ver tabla 9).

Tabla N° 9

Número de casos de hepatitis B con coinfección/superinfección B/Delta por departamento y distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2017

Departamento	Sexo	Edad	Régimen	Pertenencia étnica	Área
Quindío	M	71 años	Contributivo	Otro	Cabecera municipal

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

4. DISCUSIÓN



La notificación de casos de hepatitis B y C en el año 2017 superaron en un 12,1% y en 98,2% respectivamente la notificación del año 2016. Es evidente la mejoría en el proceso de la notificación en el marco del protocolo de vigilancia, que tiene como base fundamental la sensibilización a los entes territoriales a través de las asistencias técnicas, aunado al requisito emitido desde el nivel central (Ministerio de Salud) de notificar la totalidad de casos con diagnóstico de hepatitis C para la entrega de medicamentos para el tratamiento de dicha infección.

La mayor concentración de los casos de hepatitis B es en población joven, de igual manera la forma de transmisión más elevada es sexual. Es necesario fortalecer la vigilancia a fin de precisar mejor tanto los modos de transmisión, así como los factores de riesgo involucrados. Por otra parte, aunque se han tenido logros con la introducción de la vacuna y la distribución por edades probablemente refleja cierto impacto en los grupos más jóvenes, las coberturas de vacunación tienden a ser menores en aquellos departamentos de mayor riesgo para la hepatitis B y en los que presume una endemicidad alta. Adicionalmente como se ha dicho, las grandes debilidades en el seguimiento a las gestantes con HBsAg (+) y a sus recién nacidos pueden dificultar la identificación de casos en estas edades y particularmente en los menores de 5 años.

Son entonces diversos los aspectos identificados para fortalecer la vigilancia y control de las hepatitis B y C, varios de estos se relacionan directamente con desconocimiento tanto de la población en general como del personal de salud acerca de elementos de su prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, sin embargo los indicios de mejora en los procesos de notificación abonan el terreno para incorporar mejoras que permitan aprovechar la experiencia acumulada del país, mejorando la vigilancia y control de las hepatitis B y C.

Aunque se realizan diversas acciones de prevención, atención y control (por ejemplo, vacunación, intervención en accidentes de trabajo, atención integral a las víctimas de violencia sexual, acciones del tipo I.E.C), se percibe la necesidad a nivel nacional de una planeación coordinada en el tema. Igualmente es pertinente el desarrollo de programas específicos de prevención y detección temprana de las hepatitis virales, lo mismo que el seguimiento al cumplimiento de las prácticas de tamizaje contenidas en las normas de atención.

Se espera que, durante el año 2018, se logre fortalecer el proceso diagnóstico, manejo, notificación y clasificación de las hepatitis virales y mejorar la calidad de la información que ingresa al sistema de vigilancia, para que con ello se tomen las mejores medidas en salud pública teniendo como referente la información que ingresa a las fuentes de información oficiales para el evento.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Bennani A, El-kettani A, Hanc A, El-rhilani H, Alami K, Youbi M, et al. The prevalence and incidence of active syphilis in women in Morocco , 1995-2016 : Model-based estimation and implications for STI surveillance. 2017;675:1-15.
2. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud M de S y PS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. 2005.
3. Ministerio de Salud y protección social. Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. 2016.
5. Cervantes E. Infecciones causadas por Chlamydia trachomatis. Rev Fac Med UNAM. 2009;52(1):18-22.
6. Bush RM, Everett KDE. Molecular evolution of the Chlamydiaceae. Int J Syst Evol Microbiol. 2017;51(2001):203-20.
7. Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST. 2012. Global epidemiology of hepatitis B infection: New estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. Vaccine 30: 2212–2219
8. Lavanchy D. 2004. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. J Viral Hepat 11: 97–107
9. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, Abraham J, Adair T, Aggarwal R, Ahn SY, et al. 2012. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380: 2095–2128.
10. World Health Organization. Viral hepatitis Report by the Secretariat. Sixty-third World Health Assembly A63/15 March 2010. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_15-en.pdf .
11. Gimenez Sánchez F, García García F, Bernal Zamora. Contagio Intrafamiliar del Virus de la Hepatitis B. MedClin 1991; 97:170-174.
12. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Fecha de acceso: 22-02-11 Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/es/>
13. Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST (2012) Global epidemiology of hepatitis B virus infection: New estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. Vaccine 30: 2212-2219.
14. Pascarella S, Negro F. Hepatitis D virus: an update. Liver International.2010; 7-21.
15. Instituto Nacional de Salud. Informe del comportamiento en la notificación de los eventos hepatitis b, c y coinfección / suprainfección hepatitis b / delta hasta período epidemiológico XIII, Colombia, 2016. 2016;(1):1–34.

6. ANEXOS



NA