

INFORME DEL EVENTO

HEPATITIS B, C Y B-DELTA COLOMBIA 2018



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud



INFORME DE EVENTO HEPATITIS B, C Y B-D, COLOMBIA, 2018.

Norma Constanza Cuéllar Espitia
Amparo Liliana Sabogal Apolinar

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 hepatitis virales han constituido un importante problema de salud pública en todo el mundo pues afecta a la población general; sin embargo, es más frecuente en los jóvenes, adultos y grupos poblacionales con factores de riesgo, causando discapacidad y muerte particularmente asociada a insuficiencia hepática, cirrosis y cáncer de hígado. La importancia de esta enfermedad radica especialmente en su alta probabilidad de cronificación, la cual depende de la edad en la que se adquiere la infección.

Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 325 millones de personas padecen la infección por el virus de la hepatitis B o C de forma crónica. Aproximadamente 1,3 millones de personas mueren cada año como consecuencia de las diversas formas de hepatitis viral (1). En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social incluyó en el convenio 310/2013 celebrado con la Organización Panamericana de la Salud, la adaptación y validación del plan regional de hepatitis a las necesidades del país. Además, el 28 julio de 2016 dio a conocer las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de hepatitis B crónica y para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C; y en noviembre del mismo año, publicó la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B.

La epidemiología global de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) tradicionalmente ha clasificado el grado de endeminidad del evento, de acuerdo con la prevalencia de HBsAg y a su vez con modos predominantes de transmisión del virus en tres categorías: endemicidad alta, media y baja. La OMS reportó que



las regiones más afectadas por hepatitis B son la del Pacífico occidental y África y por hepatitis C, el Mediterráneo oriental, Europa y Pacífico Occidental (1).

Los datos sobre la frecuencia de la infección por el VHB en las diferentes regiones de América Latina son insuficientes y parciales, sin embargo, se considera que la endemidad de la infección por el virus de la hepatitis B en las Américas es de media a baja, con una prevalencia de HBsAg inferior a 8 % (2). En la región de las Américas, el 0.7 % (7 millones) de la población está infectada con el virus de la hepatitis B y el 1 % (7 millones) con hepatitis C.

El país es clasificado en el grupo de endemidad baja (1). En Colombia los estudios centinela realizados en gestantes provenientes de diversas zonas del país, hallaron prevalencias de HBsAg de 1,2 % en el año 2001 (3) y de 0,47% en el año 2009. Datos obtenidos en donantes de sangre, presentan una reactividad para HBsAg inferiores a 0,3 % en los últimos años (4), lo cual refuerza esta clasificación.

Antes de la introducción de la vacuna contra el VHB, se estimó una tasa total de portadores de 4,7 % (5), al tiempo que estudios más recientes han encontrado prevalencias de HBsAg de 5,66 % (6) y el reporte de OMS, manifiesta que las nuevas infecciones en los niños menores de 5 años, se redujeron del 4, 7 % al 1,3 % (1). Por otra parte, no se debe desconocer que el país ha tenido registro de brotes de hepatitis, algunos de los cuales se ha documentado.

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 materno infantil 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 retrospectivo y se tomaron los datos del sistema de notificación vigentes hasta la semana epidemiológica 52 de 2018, con el fin de detallar, según las variables persona y lugar, los eventos bajo vigilancia.

Con el fin de dar claridad a los datos mostrados a continuación se presentan las definiciones de caso:

Caso de Hepatitis B a clasificar. Paciente con nueve meses o más de vida que posea una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados y a quien no se le haya realizado de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno core (Anti-HBcIgM o Anti-HBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad.

Caso de Hepatitis B Aguda. Paciente con nueve meses o más de vida que posea una prueba para detección de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva o histopatología compatible con infección por el VHB, asociada a una prueba de detección de anticuerpo contra el antígeno core del tipo IgM específicos contra el antígeno del núcleo del virus de la hepatitis B (IgM Anti-HBc) positiva/reactiva y que cumple por lo menos con uno de los siguientes criterios: malestar general, dolores musculares, articulares, astenia, hiporexia, náusea, vómito, coluria. Ictericia o elevación de enzimas hepáticas (alanina-aminotransferasas) a más de 2,5 veces el valor normal.

Caso de Hepatitis B Crónica. Paciente con 9 meses o más de vida que posea una prueba para detección de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva o histopatología compatible con infección por el VHB, y que cumpla por lo menos uno de los siguientes criterios: anticuerpo contra el antígeno core total positivo (anti-HBc total) y anticuerpo IgM contra antígeno core (anti-HBcIgM) negativo. Antígeno de superficie (HBsAg) positivo en dos oportunidades separadas por un intervalo mínimo de 6 meses.

Caso de coinfección / superinfección Hepatitis B-Delta. Paciente que cumpla con algunas de las definiciones de caso para Hepatitis B ya descritas y que adicionalmente presente una prueba para detección de anticuerpos contra el antígeno Delta (Anti-VHD) positiva/reactiva en sangre o tejido.



Caso de Hepatitis C. Paciente que presente una prueba de (EIA, CLIA) para detección de anticuerpos totales contra el VHC (Anti-VHC) positiva/reactiva o histopatología compatible con infección por el VHC, verificada por lo menos con una de las siguientes pruebas para de detección específica para el VHC: prueba de inmunoensayo recombinante (RIBA o LIA); detección molecular del VHC en sangre (RT-PCR); Inmunoblot. Puede o no cumplir por lo menos con uno de los siguientes criterios: malestar general, dolores musculares, articulares, astenia, hiporexia, náusea, vómito, coluria. Ictericia o elevación de alanino-aminotransferasas a más de 2,5 veces el valor normal.

Para este informe se toma en consideración el “*departamento de procedencia*”.

Los indicadores a tener en cuenta son:

Proporción de incidencia de casos notificados de Hepatitis B

Numerador: Número de casos de hepatitis B notificados al Sivigila por período epidemiológico por entidad territorial de procedencia.

Denominador: Población DANE proyectada en el año

Porcentaje de Hepatitis B que son clasificados

Numerador: Número de casos de hepatitis B que son clasificados en aguda o crónica

Denominador: Número total de casos de hepatitis B notificados en el año

Porcentaje de casos de Hepatitis C que son confirmados

Numerador: Número de casos de hepatitis C que son confirmados

Denominador: Número total de casos de hepatitis C notificados en el año.

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.

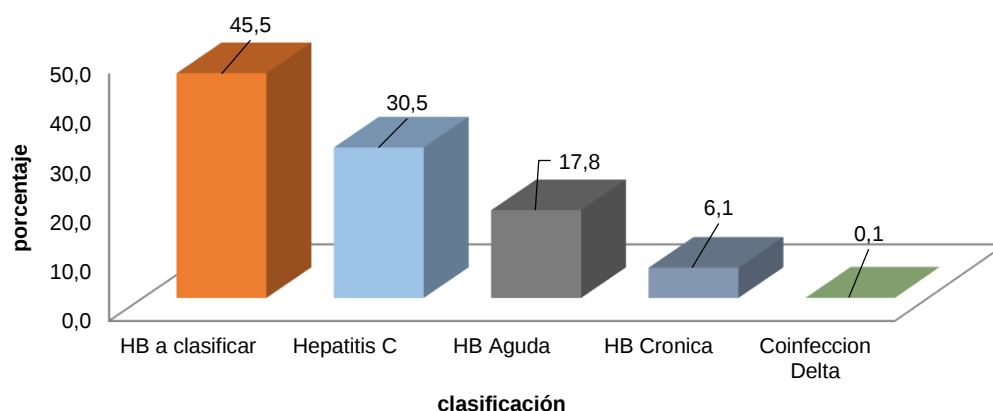
3. RESULTADOS



En función de garantizar el pleno cumplimiento de las definiciones de caso contenidas en el protocolo de vigilancia de las hepatitis virales distintas al 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 B a clasificar” en un 45,5 % reflejando grandes dificultades en los territorios con el proceso de confirmación de los casos (ver figura 1).

Figura 1. Clasificación casos de hepatitis B, C y coinfección/superinfección B/Delta según las definiciones de caso del protocolo de vigilancia, Colombia, 2018



HALLAZGOS HEPATITIS B

En el análisis realizado con la notificación individual, se encontró a período epidemiológico XIII de 2018 que el evento hepatitis B presentó un consolidado de 2019 casos reportados por todos los departamentos y distritos que hacen parte del territorio nacional.

Se observa un predominio en la proporción del sexo masculino del 57,5 % (1160), sin embargo, estas proporciones varían según departamentos y distritos. Según la variable edad, la mayor proporción de casos se presentó en las edades comprendidas entre 25 a 34 años con un 34,5 % (697) de las notificaciones, seguido por el grupo de 35 a 44 años con un 18,1 % (366). Referente a la distribución de



los casos según la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, el régimen contributivo reportó el 47,1 % (950) de los casos, seguido por el subsidiado con un 45,9 % (927). Por pertenencia étnica mostró en la categoría “otros grupos poblacionales” un porcentaje de 89,5 % (1808), en población afrocolombiana el 6,0 % (121) y la población indígena el 3,7 % (75). Por área en la cabecera municipal se concentró la mayor cantidad de casos con un 80,2 % (1619) de las notificaciones (ver Tabla 1).

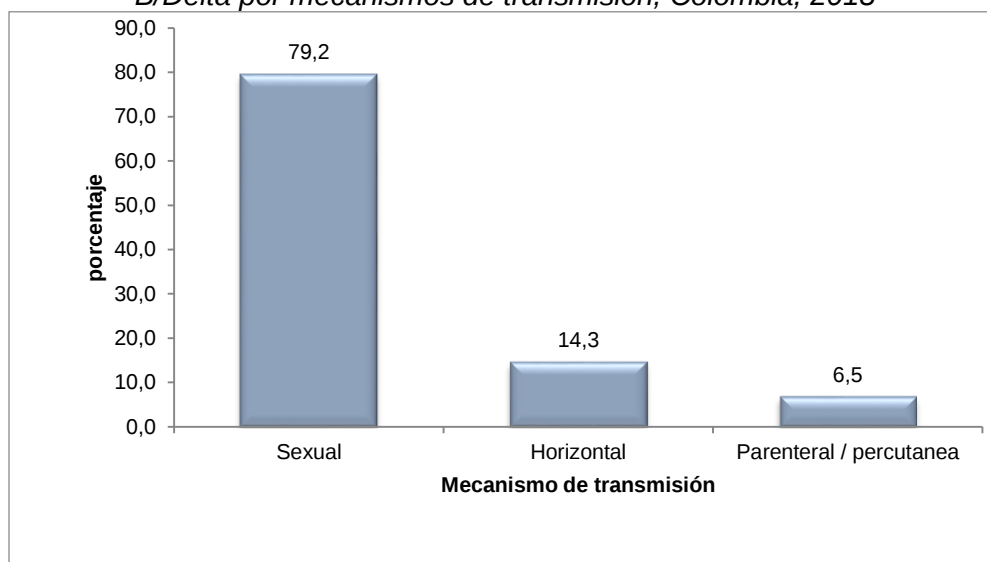
Tabla 1. Comportamiento demográfico y social de los casos de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta, Colombia, 2018

Variable	Categoría		%
Sexo	Masculino	1160	57,5
	Femenino	859	42,5
Grupos de edad (años)	25 a 34 años	697	34,5
	35 a 44 años	366	18,1
	15 a 24 años	311	15,4
	45 a 54 años	252	12,5
	55 a 64 años	208	10,3
	65 y más años	170	8,4
	5 a 14 años	12	0,6
	0 a 4 años	3	0,1
Pertenencia étnica	Otros	1808	89,5
	Afro colombiano	121	6,0
	Indígena	75	3,7
	ROM, Gitano	8	0,4
	Raizal	6	0,3
	Palenquero	1	0,0
Tipo de régimen en salud	Contributivo	950	47,1
	Subsidiado	927	45,9
	No afiliado	96	4,8
	Especial	27	1,3
	Excepción	17	0,8
	Indeterminado	2	0,1
Área de ocurrencia del caso	Cabecera municipal	1619	80,2
	Rural disperso	259	12,8
	Centro poblado	141	7,0

En el análisis del comportamiento de los modos de transmisión del virus de la hepatitis B, la transmisión sexual representa el 79,2 % de los casos, seguido por horizontal con un 14,3 % de las notificaciones para el evento a período XIII de 2018. (ver figura 2).



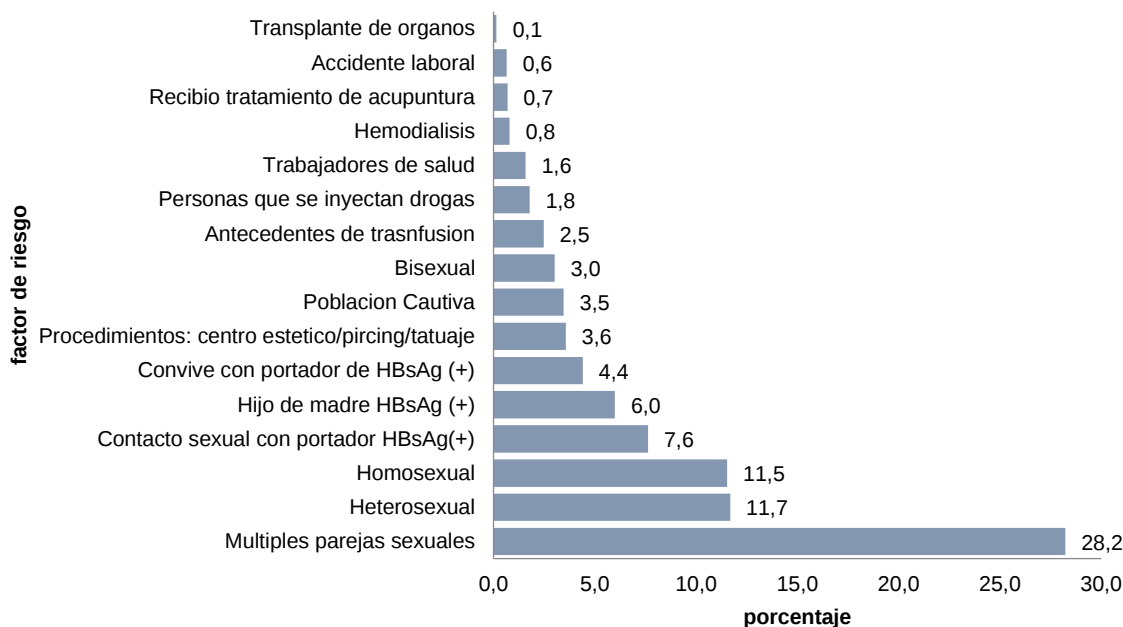
Figura 2. Distribución de los casos notificados de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta por mecanismos de transmisión, Colombia, 2018



Según la población de riesgo de los casos de hepatitis B, el 28,2 % (570) de las infecciones notificadas se presentaron en personas que refirieron tener múltiples parejas sexuales, el 11,7 % (236) en personas que tienen comportamiento heterosexual y 11,5 % en hombres que tienen sexo con hombres. La población privada de la libertad representa el 3,5 % (70) de los reportes al Sivigila para el evento de hepatitis B (ver figura 3).



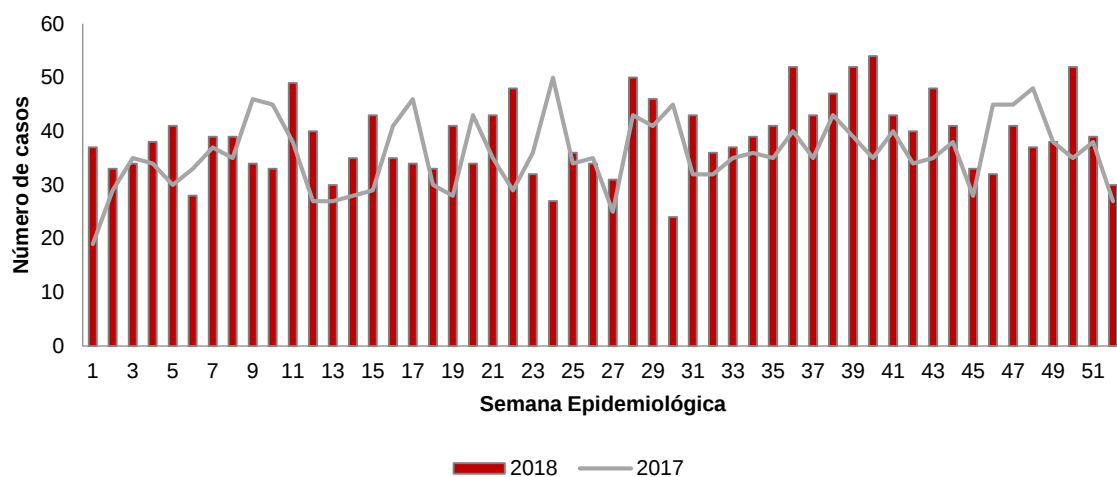
Figura 3. Comparación de frecuencias en la población de riesgo de los casos de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta notificados, Colombia, 2018



Para el período epidemiológico XIII de 2018 se aprecia un aumento en la notificación de casos de hepatitis B en un 8,2 % comparado con el mismo periodo del año inmediatamente anterior. Una de las posibles respuestas frente al aumento en el número de casos reportados, es la mejora 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 figura 4).



Figura 4. Comportamiento de la notificación de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta, Colombia, 2017 a 2018



En Colombia, la incidencia de hepatitis B a período XIII de 2018 es de 4,1 casos por 100 000 habitantes. Se identifican 13 entidades territoriales que superan la incidencia nacional, entre las cuales en su orden se encuentra Amazonas, Guaviare, Guainía, Norte de Santander, Chocó (ver tabla 2).



Tabla 2. Incidencia de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta por departamento/distrito de procedencia, Colombia, 2018

Entidad territorial	Casos	Proyección población DANE 2018	Tasa de incidencia * 100 000 habitantes
Amazonas	21	78830	26,6
Guaviare	20	115829	17,3
Guainía	5	43446	11,5
Norte de Santander	130	1391239	9,3
Choco	38	515145	7,4
Barranquilla	74	1228207	6,0
Quindío	34	575010	5,9
Antioquia	371	6691030	5,5
Vichada	4	77276	5,2
Santander	108	2090839	5,2
Caldas	51	993866	5,1
Cartagena	43	994894	4,3
Putumayo	15	358896	4,2
Risaralda	40	967767	4,1
Cundinamarca	105	2804238	3,7
Valle del cauca	160	4365946	3,7
Nariño	62	1809116	3,4
Huila	41	1197081	3,4
Bogotá D.C.	280	8181047	3,4
Cauca	46	1415933	3,2
Atlántico	40	1317717	3,0
Tolima	42	1419947	3,0
Buenaventura D.E.	11	390167	2,8
Sucre	24	877057	2,7
La Guajira	28	1040157	2,7
Casanare	10	375249	2,7
Caquetá	13	496241	2,6
Magdalena	21	807711	2,6
Meta	26	1016701	2,6
Cesar	27	1065673	2,5
Santa Marta	12	490980	2,4
Vaupés	1	44928	2,2
Bolívar	26	1176386	2,2
Córdoba	38	1788507	2,1
Arauca	4	270708	1,5
San Andrés y Providencia	1	78413	1,3
Boyacá	15	1282063	1,2
Total	1987	49834240	4,0

La razón de prevalencia de hepatitis B para gestantes en Colombia a período epidemiológico XIII 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, Chocó, Guainía y Norte de Santander. Se notificaron 11 gestantes con hepatitis B procedentes del exterior. (ver tabla 3).

Tabla 3. Razón de prevalencia de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta en gestantes por departamento y distrito de procedencia, Colombia, 2018

Entidad territorial	Embarazada	NV DANE 2018	Razón Prevalencia
Guaviare	7	1258	5,6
Amazonas	6	1448	4,1
Chocó	17	6301	2,7
Guainía	2	833	2,4
Norte de Santander	33	21033	1,6
Nariño	28	18208	1,5
Putumayo	7	4541	1,5
Buenaventura	7	5136	1,4
Caquetá	8	7226	1,1
Vichada	1	1016	1,0
Cauca	17	18780	0,9
Antioquia	51	76844	0,7
Cesar	12	20504	0,6
Casanare	3	6440	0,5
La Guajira	9	17677	0,5
Atlántico	7	18178	0,4
Bogotá	36	92054	0,4
Bolívar	7	17442	0,4
Huila	7	19689	0,4
Meta	6	15297	0,4
Barranquilla	8	23957	0,3
Córdoba	8	26668	0,3
Cundinamarca	9	35771	0,3
Magdalena	4	14201	0,3
Santander	9	30062	0,3
Valle del Cauca	16	46504	0,3
Arauca	1	4589	0,2
Cartagena	4	19493	0,2
Quindío	1	5853	0,2
Risaralda	2	10561	0,2
Tolima	4	17699	0,2
Caldas	1	9295	0,1
Santa Marta	1	9266	0,1
Sucre	1	15467	0,1
Exterior	11	1196	9,2
Total Nacional	351	656634	0,5

Para el periodo XIII del 2018, las entidades territoriales reportaron al Sivigila tres casos de hepatitis B en menores de cinco años. La incidencia nacional de infección



por hepatitis B en menores de cinco años fue de 0,07 por 100 000 menores de 5 años (ver tabla 4)

Tabla 4. Proporción de Incidencia de hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta en menores de 5 años, departamento y distrito de procedencia, Colombia, 2018

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 2018	Incidencia x 100000 menores 5 años
Antioquia	0	1	1	33,3	540088	0,19
Bogotá	0	1	1	33,3	609061	0,16
Cauca	0	1	1	33,3	135677	0,74
Total	0	3	3	100	4359358	0,07

A período XIII del año 2018 se registraron 37 muertes asociadas probablemente a la infección por el virus de la hepatitis B, en 16 de las 37 entidades territoriales, siendo Santander y Valle las que mayor número de mortalidades reportaron (ver tabla 5).

Tabla 5. Muertes atribuibles a hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta por departamentos y distritos de residencia, Colombia, 2018

Entidad territorial	Casos	Porcentaje
Santander	6	0,3
Valle	5	0,2
Bogotá	4	0,2
Norte de Santander	4	0,2
Antioquia	3	0,1
Exterior	3	0,1
Cauca	2	0,1
Arauca	1	0,0
Barranquilla	1	0,0
Caldas	1	0,0
Cartagena	1	0,0
Huila	1	0,0
Nariño	1	0,0
Quindío	1	0,0
Risaralda	1	0,0
Tolima	1	0,0
Vaupés	1	0,0
Total	37	1,8



HALLAZGOS HEPATITIS B CON COINFECCION B-DELTA

En términos de coinfección Hepatitis B-Delta, se notificaron dos casos a período epidemiológico XIII de 2018 procedente de las entidades territoriales de Barranquilla y Santander (ver tabla 6).

Tabla 6. Número de casos de hepatitis B con coinfección/superinfección B/Delta por departamento y distrito de procedencia, Colombia, 2018

Departamento	sexo	Edad	Régimen	Pertenencia étnica	Área
Barranquilla	Femenino	62	Contributivo	otro	Cabecera municipal
Santander	Femenino	41	Contributivo	otro	Cabecera municipal

HALLAZGOS HEPATITIS C

A período epidemiológico XIII de 2018 la hepatitis C presentó un reporte de 886 casos notificados por 30 de las 37 departamentos y distritos. A nivel nacional para el periodo XIII de 2018, se observa un predominio en la proporción del sexo masculino con un 57.7 % (511), 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 25,4 % (225) para las poblaciones con edades entre 65 y más años. Según la afiliación al sistema general de seguridad social en salud el contributivo aportó el 78,7 % (697) y el subsidiado 17,9 % (159); por pertenencia étnica la categoría “otros grupos poblacionales” tuvo un porcentaje de 96,8 % (858), población indígena del 1,7 % (15) y la población afrocolombiana del 0,6 % (5). Por área de ocurrencia se aprecia que en la cabecera municipal se concentró la mayor cantidad de casos, con un 93,5 % (828) de los casos (ver tabla 7).



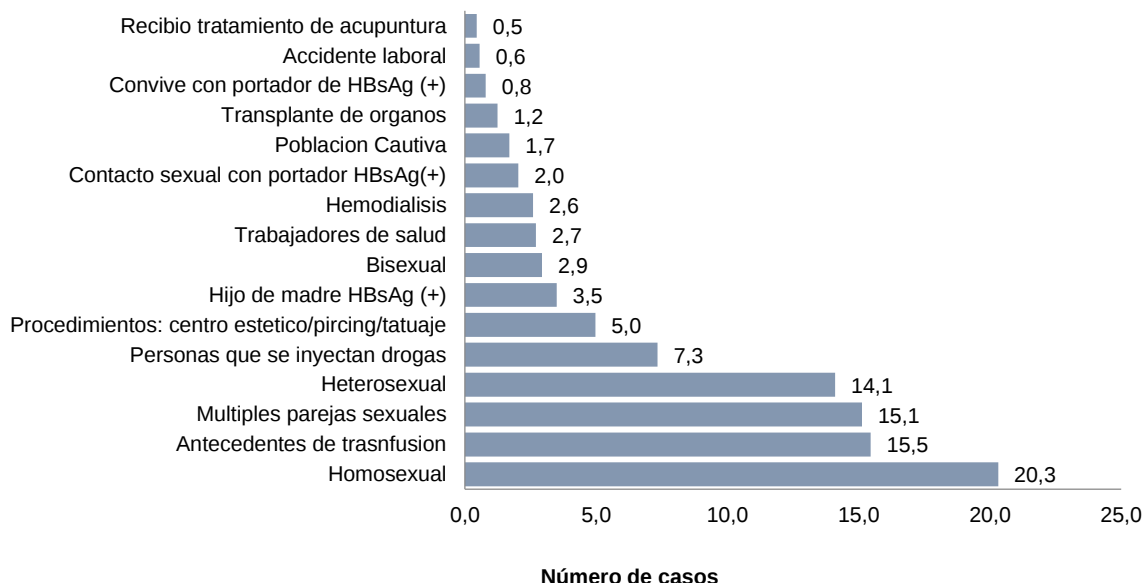
Tabla 7. Comportamiento demográfico y social de los casos de hepatitis C, Colombia, 2018

Variable	Categoría		%
Sexo	Masculino	511	57,7
	Femenino	375	42,3
Grupos de edad (años)	65 y más años	225	25,4
	55 a 64 años	173	19,5
	25 a 34 años	167	18,8
	35 a 44 años	134	15,1
	45 a 54 años	111	12,5
	15 a 24 años	73	8,2
	5 a 14 años	3	0,3
	0 a 4 años	0	0,0
Pertenencia étnica	Otros	858	96,8
	Indígena	15	1,7
	Afro colombiano	5	0,6
	ROM, Gitano	4	0,5
	Raizal	4	0,5
	Palenquero	0	0,0
Tipo de régimen en salud	Contributivo	697	78,7
	Subsidiado	159	17,9
	No afiliado	12	1,4
	Especial	12	1,4
	Excepción	6	0,7
	Indeterminado	0	0,0
Área de ocurrencia del caso	Cabecera municipal	828	93,5
	Centro poblado	46	5,2
	Rural disperso	12	1,4

Según la variable población de riesgo reportada por las diferentes entidades territoriales, el 20,3 % (180) de los casos de hepatitis C se presentaron en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres, seguido del grupo de personas con antecedentes de transfusión con un 15,5 % (137), y personas que manifiestan tener múltiples parejas sexuales con el 15,1 % (134) de las notificaciones (ver figura 5).



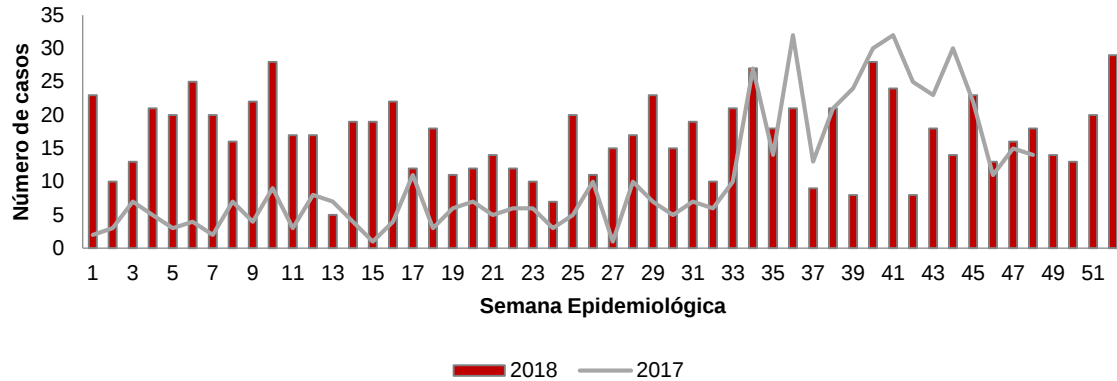
Figura 5. Comparación de frecuencias en la población de riesgo de los casos de hepatitis C, Colombia, 2018



Para el período epidemiológico XIII de 2018 se aprecia un aumento en la notificación de casos de hepatitis C de un 72,4% comparada con el mismo periodo epidemiológico del año inmediatamente anterior. 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 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 figura 6)



Figura 6. Comportamiento de la notificación de hepatitis C, Colombia, 2017 a 2018.



Para el período XIII de 2018, se reportaron 12 muertes asociadas probablemente a la infección por el virus de la hepatitis C, en 11 de las 37 entidades territoriales. El mayor número de muertes los registra el distrito de Bogotá (ver tabla 8).

Tabla 8 Muertes atribuibles a hepatitis C por departamentos y distritos de residencia, Colombia, 2018

Entidad territorial	Casos	Porcentaje
Bogotá	2	0,2
Amazonas	1	0,1
Atlántico	1	0,1
Barranquilla	1	0,1
Bolívar	1	0,1
Caldas	1	0,1
Cartagena	1	0,1
Casanare	1	0,1
Cauca	1	0,1
Guajira	1	0,1
Tolima	1	0,1
Total	12	1,4

En Colombia la incidencia de hepatitis C para el periodo XIII de 2018 es de 1,8 casos por 100 000 habitantes. Solo 30 del total de las entidades territoriales reportaron casos de este evento, de las cuales seis superan la incidencia nacional Quindío, Bogotá, Risaralda, Barranquilla, Valle del Cauca y Antioquia (ver tabla 9).



Tabla 9. Incidencia de hepatitis C por departamento/distrito de procedencia, Colombia, 2018

Entidad territorial	Casos	Proyección población DANE 2018	Tasa de incidencia * 100 000 habitantes
Quindío	40	575010	7,0
Bogotá D.C.	315	8181047	3,9
Risaralda	37	967767	3,8
Barranquilla	38	1228207	3,1
Valle del cauca	132	4365946	3,0
Antioquia	149	6691030	2,2
Caldas	17	993866	1,7
Cartagena	16	994894	1,6
Norte de Santander	18	1391239	1,3
San Andrés y Providencia	1	78413	1,3
Amazonas	1	78830	1,3
Santa Marta	6	490980	1,2
Atlántico	16	1317717	1,2
Cundinamarca	34	2804238	1,2
Cauca	10	1415933	0,7
Tolima	10	1419947	0,7
La Guajira	6	1040157	0,6
Meta	4	1016701	0,4
Boyacá	5	1282063	0,4
Choco	2	515145	0,4
Magdalena	3	807711	0,4
Santander	7	2090839	0,3
Casanare	1	375249	0,3
Sucre	2	877057	0,2
Nariño	4	1809116	0,2
Caquetá	1	496241	0,2
Bolívar	2	1176386	0,2
Huila	2	1197081	0,2
Cesar	1	1065673	0,1
Córdoba	1	1788507	0,1
Arauca	0	270708	0,0
Buenaventura D.E.	0	390167	0,0
Guainía	0	43446	0,0
Guaviare	0	115829	0,0
Putumayo	0	358896	0,0
Vaupés	0	44928	0,0
Vichada	0	77276	0,0
Total	880	49834240	1,8



4. DISCUSIÓN



La notificación de casos de hepatitis B y C al periodo epidemiológico XIII de 2018 superó en un 8,2 % y en 72,4 % respectivamente la notificación del año 2017 con corte al mismo período. Es evidente la mejora en el proceso vigilancia de estos eventos, que tiene como base fundamental la sensibilización a las entidades territoriales, aunado al requisito emitido desde el nivel central (Ministerio de Salud y Protección Social) de notificar la totalidad de casos con diagnóstico de hepatitis C para la entrega de medicamentos para el tratamiento de dicho evento en salud.

Se observa que hay un 45,5 % de los casos de hepatitis B que quedan sin clasificar lo que hace necesario que las entidades territoriales fortalezcan aún más en la implementación de los algoritmos diagnósticos que permita clasificar estos y sobre todo que las pruebas están contempladas dentro de POS.

La mayor concentración de los casos de hepatitis B están en el grupo de 25 a 34 años y la forma de transmisión más frecuente es la sexual, por el contrario, para la hepatitis C se concentra en la población mayor de 65 años, es necesario fortalecer el proceso de vigilancia a fin de precisar los mecanismos de transmisión, así como los factores de riesgo involucrados. Por otra parte, aunque se han obtenido logros grandes a partir de la introducción de la vacuna, que es evidente en la presentación de solo tres casos en menores de 4 años, es importante seguir fortaleciendo esta estrategia que garantice tener coberturas útiles de vacunación y eliminar los casos de transmisión materno infantil. Adicionalmente hay grandes debilidades en el seguimiento a las gestantes con HBsAg (+) y a sus recién nacidos lo que puede dificultar la identificación de casos en estos grupos poblacionales.

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 guías de atención.

Se espera que, durante el año 2019, 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. OMS. Los datos más recientes ponen en relieve la necesidad de actuar urgentemente a nivel mundial contra las hepatitis, 2017 Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/21-04-2017-new-hepatitis-data-highlight-need-for-urgent-global-response>
2. PAHO. Curso de Gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de inmunización. [Internet]. Available from: http://www1.paho.org/english/ad/fch/im/isis/epi_mod/spanish/1/hepatitis_descripcion_epidemiologica.asp
3. Ingrid García, Fernando de la Hoz MV. Prevalencia de infección por virus de la hepatitis B en gestantes colombianas. 2001;6(9):129–44. Available from: <http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN vol 06 2001 num 9.pdf>
4. Red Nacional de Banco de Sangre. Informe Red de Bancos de Sangre 2004-2011. Inst Nac Salud [Internet]. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Paginas/normatividad-y-coordinacion.aspx>
5. Ruiz OJ. Prevalencia de antígeno de superficie de hepatitis “b” en Colombia. Biomedica. 1991;11(1).
6. Diana Cedeño; Marco Tulio Serna OP. Estudio descriptivo del brote de hepatitis B (BH) en el resguardo indígena El Refugio, San José de Guaviare, Guaviare, 2008. Biomedica [Internet]. 2009;14(1):33–7. Available from: <http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN vol 14 2009 num 3.pdf>

6. ANEXOS



NA