

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | Versión: 02 |
| | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | Página 1 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

**INFORME DEL COMPORTAMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN / SUPRAINFECCIÓN HEPATITIS B / DELTA
HASTA PERÍODO EPIDEMIOLÓGICO XIII, COLOMBIA, 2016**

*Norma Constanza Cuéllar Espitia
Amparo Liliana Sabogal Apolinar
Equipo funcional vigilancia ITS. Grupo transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública*

1. INTRODUCCIÓN.

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 un 57 % de las causas de cirrosis hepática y un 78 % de las causas de cáncer primario de hígado resultan de infecciones por estos virus (1). 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 (1).

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 subdesarrollados.

La hepatitis B es una enfermedad transmisible del hígado 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 (pérdida de la "arquitectura" hepática por cicatrización y surgimiento de nódulos de regeneración) del hígado, cáncer de hígado, insuficiencia hepática y la muerte (2).

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 (3), su introducción a los países no ha sido homogénea. Del mismo modo, 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 (4).

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. Su período de incubación es de dos semanas a seis meses.

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 (1).

| | | | | |
|--|--|-------------------------|--|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | | Versión: 02 |
| | | FOR-R02.4000-001 | | 2014 – Jun – 25 |
| | | | | Página 2 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

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 supra-infección, esta última usualmente asociada a la forma crónica de la enfermedad (muy similar a la fase crónica ya descrita para la infección por el VHB) 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 (5).

1.1 Comportamiento de los eventos a nivel mundial.

Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 2000 millones de personas se han infectado con el virus de hepatitis B, de los cuales 350 millones padecen la infección crónica. Existen diferentes patrones epidemiológicos de la infección por Hepatitis B relacionados con la prevalencia de la infección, los modos de transmisión y el comportamiento humano.

El patrón de prevalencia del *Antígeno de Superficie* del VHB (HBsAg) varía ampliamente. En la mayoría de regiones, predominantemente en la región Tropical Latinoamericana, África Subsahariana Occidental, Australasia y el Norte de África, se ha observado una disminución de la prevalencia de este marcador entre los años 1990 y 2005, mientras que las regiones de Asia Oriental y Europa Occidental experimentaron algún incremento en este período (4). En los países donde el virus de la Hepatitis B es altamente endémico como sucede en el lejano oriente y en África, más de un quinto de la población se infecta desde la edad infantil (3) y la mayor parte de las infecciones se producen durante la lactancia y la primera infancia.

La epidemiología global de la infección por el VHB tradicionalmente ha sido clasificada de acuerdo con la prevalencia de HBsAg en tres categorías: *Endemicidad Alta, Media y Baja* (5) lo que se ha relacionado a su vez con modos predominantes de transmisión del virus (ver tabla 1).

*Tabla N° 1
Patrón de prevalencia de hepatitis B y modos de transmisión del VHB.*

| | Nivel de endemicidad | | |
|--------------------------|----------------------|------------|---|
| | Baja | Mediana | Alta |
| Prevalencia HBsAg | < 2% | 2 - 7% | ≥8% |
| Infección | <15% | 15 - 45% | >45% |
| Perinatal | Ocasional | Esporádica | Común. Altas tasas en menores de 1 año. |
| Horizontal | Ocasional | Esporádica | Común. Altas tasas en menores de 5 y 10 años. |
| Sexual | Frecuente | Frecuente | Esporádica |
| Parenteral | Frecuente | Ocasional | Ocasional |

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | Versión: 02 |
| | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | Página 3 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

Fuente: adaptado de WHO. Expanded Program on Immunization: Hepatitis B vaccine. Making global progress. Update, 1996.

La infección por el VHC es de distribución global afectando personas de todas las edades, géneros, razas y regiones. Se calcula que en el mundo entre 130 y 170 millones de personas están infectadas crónicamente con el VHC y se estima que más de 350000 personas mueren de enfermedades hepáticas relacionadas con esta infección (1).

La mayor parte de las poblaciones de las Américas, Europa Occidental y el Sureste Asiático tienen tasas de prevalencia de anticuerpos anti-VHC inferiores a 2,5 %, en Europa Oriental la prevalencia varía entre 1,5 % y 5 %, en el Pacífico Occidental entre 2,5 % y 4,9 %, mientras que en el Medio Oriente y Asia Central ésta oscila entre el 1% y más del 12 %, lo que se traduce en que, de manera similar a la infección por el VHB, la mayoría de la población infectada vive en Asia Central y Sureste y en las regiones del Pacífico Occidental (6).

1.2 Comportamiento de los eventos en América.

En América Latina existe una gran variabilidad en la prevalencia del VHB. Existen zonas consideradas de alta endemicidad como sucede en la Cuenca Amazónica y la parte norte de la región mientras que existen otras zonas de baja prevalencia en la zona suroriental y de clima templado (7). Según una reciente revisión de literatura en la región Tropical y Central de las Américas, se ha presentado una fuerte disminución en la prevalencia de HBsAg entre 1990 y 2005, cambiando el nivel de endemicidad de un nivel intermedio a un nivel bajo en este período (4). Las Regiones Andina y Sur han mostrado igualmente disminución en la prevalencia por edad aunque presentan niveles de endemicidad relativamente constantes (promedio entre 2 % y 4 %) (4).

En la Región Amazónica han ocurrido brotes de Hepatitis Fulminante por más de medio siglo, particularmente en poblaciones indígenas (7). En estas comunidades se ha demostrado igualmente una importante prevalencia de la co-infección con el Virus de la Hepatitis D (VHD) mientras que aún se considera infrecuente la transmisión del Virus de Hepatitis C (8).

Frente a la infección por VHC se reconoce la falta de estudios regionales representativos y la ausencia de estrategias de vigilancia. Sin embargo se estima que entre 6,8 y 8,9 millones de adultos tienen anticuerpos anti-VHC en América Latina (9).

De acuerdo con los trabajos publicados en Latinoamérica sobre la prevalencia de Hepatitis C en donantes, los países que menor prevalencia tienen en sus donantes son Chile y Cuba (10). Las poblaciones en riesgo en los que se han realizado estudios revelan una mayor prevalencia para la población sometida a múltiples transfusiones. En población carcelaria de Brasil, se han encontrado prevalencias entre 4 y 41% (11), mientras que en el total de edades las estimaciones de otros países calculan prevalencias entre 1 y 1,9 % en Perú, de 0,95 % en México en 2000 y de 1,5 % en Brasil (9). El genotipo G1 se constituye como el que más se involucra con infecciones en las Américas, sin embargo se han observado diferencias en la distribución y extensión de la diversificación del virus en la región (12).

| | | | | |
|--|--|-----------------------|--|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | | Versión: 02 |
| | | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | | Página 4 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

1.3 Comportamiento de los eventos en Colombia.

En Colombia se inició la notificación de los casos de hepatitis B a nivel nacional desde el año 1997 y desde el año 2007 se introdujo su reporte de manera individual, estrategia que realmente se consolidó desde el año 2008. A partir de esta vigilancia en los últimos cuatro años, se han registrado proporciones de incidencia en población general por encima de tres casos por 100 000 habitantes, indicador que ha mostrado una tendencia al incremento en este lapso de tiempo.

Globalmente el país es clasificado en el grupo de endemidad baja (4), sin embargo las estimaciones mundiales reconocen limitaciones en la disponibilidad de información en los países. En el país se ha tenido registro de brotes de Hepatitis, en algunos de los cuales se ha documentado co-infección con el VHD (13-16). Por otra parte se debe tener presente que estudios realizados antes de la introducción de la vacuna contra el VHB estimaron una tasa total de portadores de 4,7 % (17) al tiempo que estudios más recientes han encontrado prevalencias de HBsAg de 5,66 % (18), lo que ubicaría al país en una categoría de endemidad intermedia, sin desconocer la gran variabilidad epidemiológica entre las regiones.

La hepatitis C se introdujo como evento en Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública aproximadamente en el año 2011, emitiendo el primer informe con una notificación de 185 casos en total.

Para el año 2014 fue aprobado por el comité de control de cambios de la DVARSP del INS, 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 incorpora en el protocolo la definición del evento y vigilancia del mismo.

Es escasa la información disponible acerca de la prevalencia de infección por el VHC en Colombia, sin embargo en el año 1992 se encontró una prevalencia en 1 033 donantes de sangre de 0,97 % (19). En el mismo año en población expuesta a transfusiones se hallaron prevalencias que estuvieron entre 13 % y 60 % (11), mientras que un estudio más reciente y con una mayor muestra encontró una prevalencia global de 9% en multitransfundidos (20).

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

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

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | Versión: 02 |
| | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | Página 5 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

2.3 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.

3. MATERIALES Y MÉTODOS.

Para el análisis de los eventos en mención se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, se tomaron los datos del sistema de notificación vigentes hasta período epidemiológico XIII del 2016 con el fin de detallar, según las variables persona y lugar, los eventos bajo vigilancia. La depuración de la base de datos se realizó conforme el instructivo INT-R02.4000-008 de 2013.

Es importante aclarar en este punto del análisis que para el año 2014 fue aprobado por el comité de control de cambios de la DVARSP del INS, la unificación de la notificación bajo un solo código “340” de las hepatitis virales distintas a la tipo “A” (hepatitis B, hepatitis C y coinfección/suprainfección B-Delta). Para este informe se destaca la notificación de casos de hepatitis C desde la SE 01 y a través de la nueva ficha de notificación, a diferencia del año 2014 donde la notificación formal a través del software Sivigila se inició desde la SE 10.

Con el fin de aportar claridad a los datos presentados, se anexan las definiciones de caso de hepatitis B, hepatitis C y coinfección/suprainfección hepatitis B-Delta del actual *protocolo de vigilancia y control de las hepatitis virales distintas a la tipo “A”* del Instituto Nacional de Salud:

❖ **Caso de hepatitis B a confirmar**

Paciente con 24 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 confirmación de la infección y la identificación de la fase de la enfermedad.

Estos casos se pueden notificar como “probables” con la salvedad de que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico (4 semanas subsiguientes) con los resultados de los anticuerpos contra el antígeno core, so pena de ser descartados en tanto no se confirme la presencia de la infección ya sea en su fase aguda o crónica.

❖ **Caso de hepatitis B Aguda**

Paciente con 24 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 (Anti-HBcIgM) 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 alanino-aminotransferasas a más de 2,5 veces el valor normal.

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | Versión: 02 |
| | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | Página 6 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

❖ **Caso de hepatitis B Crónica**

Paciente con 24 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:

- Antígeno de superficie (HBsAg) positivo en dos oportunidades separadas por un intervalo mínimo de 6 meses.
- Anticuerpo contra el antígeno core total positivo (anti-HBc total) y anticuerpo IgM contra antígeno core (anti-HBcIgM) negativo.

Aquellos casos que no presenten ninguno de los criterios opcionales de caso agudo deberán incluirse como caso de hepatitis crónica y clasificarse definitivamente máximo en un período de 6 meses.

❖ **Caso de hepatitis B por transmisión materno-infantil**

Paciente entre 9 meses y menor 24 meses de edad, con resultado serológico para detección de HBsAg positivo, nacido de una madre con una prueba de detección para HBsAg positiva.

❖ **Caso de coinfección / supra-infección 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 (EIA) para detección en sangre de anticuerpos 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).

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*” (dado que la historia natural de la enfermedad le permite a la gran mayoría los pacientes diagnosticados regresar a sus sitios de origen a continuar su tratamiento y seguimiento), en todos los análisis que involucran la variable lugar, la magnitud de la morbilidad por los eventos, así como los indicadores relacionados con la mortalidad y letalidad.

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | Versión: 02 |
| | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | Página 7 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

4. HALLAZGOS

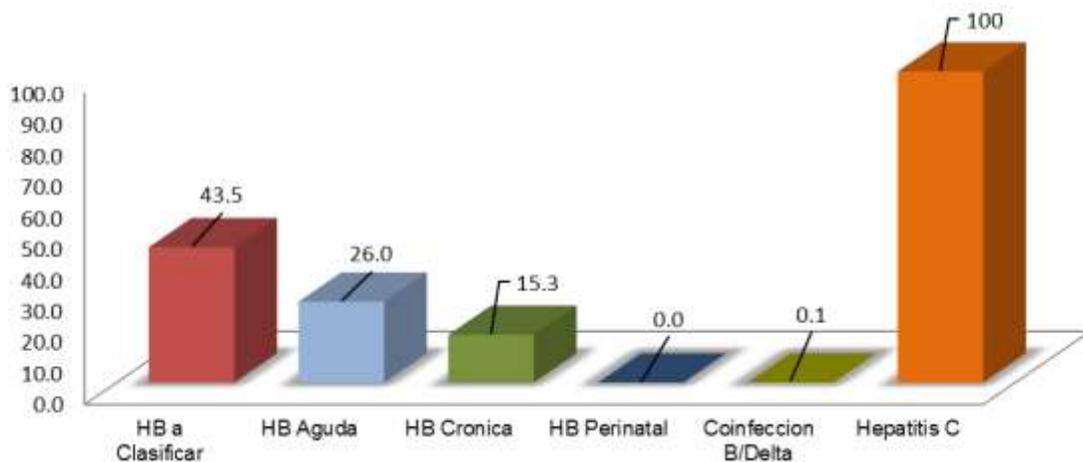
4.1 Comportamiento de la notificación

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 tendencia de notificación como “hepatitis a clasificar” en un 43,5% 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/suprainfección B/Delta según las definiciones de caso del protocolo de vigilancia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Para contextualizar la situación por entidad territorial que realiza la notificación, a continuación se presenta el porcentaje de casos pendientes de realizar ajuste con laboratorio confirmatorio en comparación con el total de casos que cada territorio notificó al período epidemiológico XIII de 2016.

En el informe de realimentación a cada una de las entidades territoriales se insiste en la importancia de que ante cada caso de hepatitis viral notificado, se verifique el ingreso de la información de laboratorio para dar plena identificación y confirmación del caso.

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

Se busca con el protocolo de vigilancia, aclarar las acciones específicas que se deben tener en cuenta en estos casos, así como detallar con fines operativos el alcance de la definición de caso (ver tabla 2).

Tabla N° 2

Porcentaje de casos de hepatitis pendientes de clasificación según laboratorio, por departamento y distrito de notificación, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Entidad territorial | HB a clasificar | Total notificado | % de ajuste pendiente |
|---------------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| Amazonas | 7 | 7 | 0.4 |
| Antioquia | 162 | 343 | 10.0 |
| Arauca | 6 | 9 | 0.4 |
| Atlántico | 21 | 41 | 1.3 |
| Barranquilla | 39 | 73 | 2.4 |
| Bogotá | 66 | 278 | 4.1 |
| Bolívar | 22 | 26 | 1.4 |
| Boyacá | 3 | 11 | 0.2 |
| Buenaventura | 3 | 3 | 0.2 |
| Caldas | 7 | 25 | 0.4 |
| Caquetá | 4 | 11 | 0.2 |
| Cartagena | 30 | 40 | 1.8 |
| Casanare | 3 | 11 | 0.2 |
| Cauca | 12 | 18 | 0.7 |
| Cesar | 18 | 30 | 1.1 |
| Chocó | 19 | 29 | 1.2 |
| Córdoba | 36 | 49 | 2.2 |
| Cundinamarca | 24 | 55 | 1.5 |
| Guainía | 2 | 2 | 0.1 |
| Guaviare | 15 | 25 | 0.9 |
| Huila | 29 | 38 | 1.8 |
| La Guajira | 11 | 17 | 0.7 |
| Magdalena | 13 | 18 | 0.8 |
| Meta | 14 | 21 | 0.9 |
| Nariño | 14 | 33 | 0.9 |
| Norte de Santander | 66 | 111 | 4.1 |
| Putumayo | 6 | 9 | 0.4 |
| Quindío | 26 | 39 | 1.6 |
| Risaralda | 17 | 22 | 1.0 |
| San Andrés | 0 | 1 | 0.0 |
| Santander | 37 | 10 | 2.3 |
| Santa Marta | 7 | 67 | 0.4 |
| Sucre | 14 | 37 | 0.9 |
| Tolima | 18 | 26 | 1.1 |
| Valle del Cauca | 50 | 74 | 3.1 |
| Vaupés | 5 | 6 | 0.3 |
| Vichada | 3 | 5 | 0.2 |
| Exterior | 1 | 2 | 0.1 |
| Total | 830 | 1622 | 51.2 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

4.2 HEPATITIS B, COINFECCION/SUPRAINFECCION B/DELTA

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | Versión: 02 |
| | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | Página 9 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

4.2.1 Magnitud de los eventos en lugar y persona (datos básicos)

Para hepatitis B se tiene un consolidado de **1 622 casos notificados**. Los departamentos y distritos de los cuales procedieron la mayor densidad de casos de hepatitis B correspondieron a Antioquia (21,1 %), Bogotá D.C. (17,1 %) y Norte de Santander (6,8 %), los cuales, en conjunto, representan el 45,1 % de los casos notificados a período epidemiológico XIII de 2016. Se insistirá a todas las entidades territoriales para que optimicen sus estrategias alternas de vigilancia (ver tabla 3).

Tabla N° 3

Número de casos y frecuencia de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta por departamento y distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Entidad territorial | Casos | % |
|---------------------|-------------|------------|
| Antioquia | 343 | 21.1 |
| Bogotá | 278 | 17.1 |
| Norte de Santander | 111 | 6.8 |
| Valle del Cauca | 74 | 4.6 |
| Barranquilla | 73 | 4.5 |
| Santander | 67 | 4.1 |
| Cundinamarca | 55 | 3.4 |
| Córdoba | 49 | 3.0 |
| Atlántico | 41 | 2.5 |
| Cartagena | 40 | 2.5 |
| Quindío | 39 | 2.4 |
| Huila | 38 | 2.3 |
| Sucre | 37 | 2.3 |
| Nariño | 33 | 2.0 |
| Cesar | 30 | 1.8 |
| Choco | 29 | 1.8 |
| Bolívar | 26 | 1.6 |
| Tolima | 26 | 1.6 |
| Caldas | 25 | 1.5 |
| Guaviare | 25 | 1.5 |
| Risaralda | 22 | 1.4 |
| Meta | 21 | 1.3 |
| Cauca | 18 | 1.1 |
| Magdalena | 18 | 1.1 |
| La Guajira | 17 | 1.0 |
| Boyacá | 11 | 0.7 |
| Caquetá | 11 | 0.7 |
| Casanare | 11 | 0.7 |
| Santa Marta | 10 | 0.6 |
| Arauca | 9 | 0.6 |
| Putumayo | 9 | 0.6 |
| Amazonas | 7 | 0.4 |
| Vaupés | 6 | 0.4 |
| Vichada | 5 | 0.3 |
| Buenaventura | 3 | 0.2 |
| Exterior | 2 | 0.1 |
| Guainía | 2 | 0.1 |
| San Andrés | 1 | 0.1 |
| Total | 1622 | 100 |

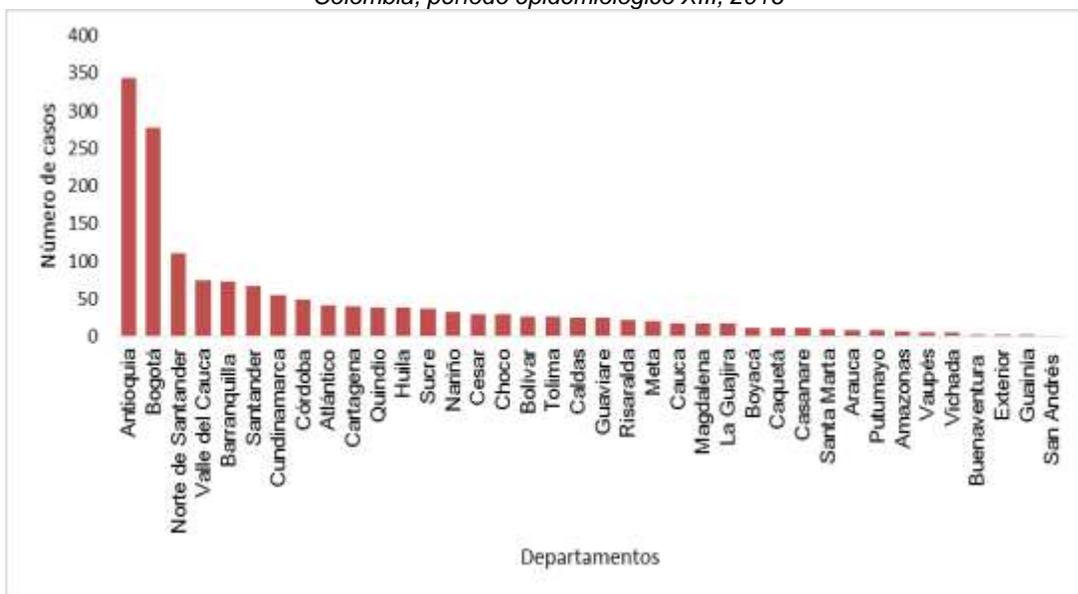
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2016

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

De los 37 departamentos y distritos, 37 notificaron casos de hepatitis B Antioquia, Bogotá y Norte de Santander entre otros (ver grafica 2)

Gráfica N°2

Casos notificados de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta según departamento/distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

A nivel nacional para el período epidemiológico XIII de 2016 respecto a hepatitis B, se observa un predominio en la proporción del sexo masculino (60,7%) sin embargo estas proporciones por sexo varían según departamentos y distritos (ver tabla 4).

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

Tabla N° 4

Número de casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta por sexo según departamento y distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

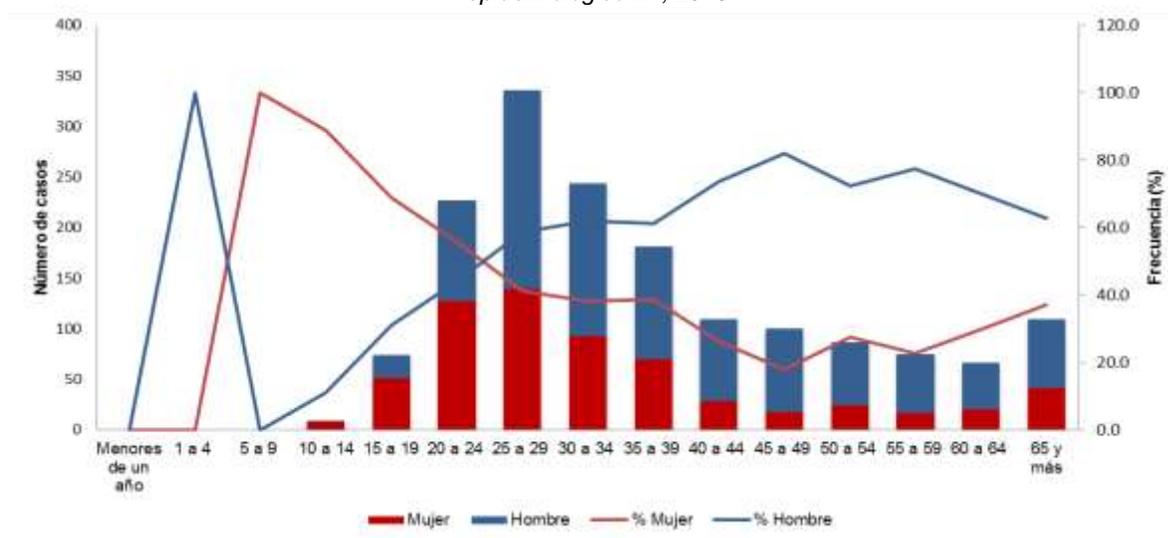
| Entidad territorial | Mujer | % Mujer | Hombre | % Hombre | Total | % Total |
|---------------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|
| Antioquia | 103 | 30.0 | 240 | 70.0 | 343 | 21.1 |
| Bogotá | 81 | 29.1 | 197 | 70.9 | 278 | 17.1 |
| Norte de Santander | 56 | 50.5 | 55 | 49.5 | 111 | 6.8 |
| Valle del Cauca | 37 | 50.0 | 37 | 50.0 | 74 | 4.6 |
| Barranquilla | 22 | 30.1 | 51 | 69.9 | 73 | 4.5 |
| Santander | 24 | 35.8 | 43 | 64.2 | 67 | 4.1 |
| Cundinamarca | 21 | 38.2 | 34 | 61.8 | 55 | 3.4 |
| Córdoba | 21 | 42.9 | 28 | 57.1 | 49 | 3.0 |
| Atlántico | 19 | 46.3 | 22 | 53.7 | 41 | 2.5 |
| Cartagena | 12 | 30.0 | 28 | 70.0 | 40 | 2.5 |
| Quindío | 9 | 23.1 | 30 | 76.9 | 39 | 2.4 |
| Huila | 18 | 47.4 | 20 | 52.6 | 38 | 2.3 |
| Sucre | 14 | 37.8 | 23 | 62.2 | 37 | 2.3 |
| Nariño | 23 | 69.7 | 10 | 30.3 | 33 | 2.0 |
| Cesar | 20 | 66.7 | 10 | 33.3 | 30 | 1.8 |
| Choco | 19 | 65.5 | 10 | 34.5 | 29 | 1.8 |
| Bolívar | 16 | 61.5 | 10 | 38.5 | 26 | 1.6 |
| Tolima | 11 | 42.3 | 15 | 57.7 | 26 | 1.6 |
| Caldas | 7 | 28.0 | 18 | 72.0 | 25 | 1.5 |
| Guaviare | 18 | 72.0 | 7 | 28.0 | 25 | 1.5 |
| Risaralda | 5 | 22.7 | 17 | 77.3 | 22 | 1.4 |
| Meta | 9 | 42.9 | 12 | 57.1 | 21 | 1.3 |
| Cauca | 8 | 44.4 | 10 | 55.6 | 18 | 1.1 |
| Magdalena | 10 | 55.6 | 8 | 44.4 | 18 | 1.1 |
| La Guajira | 12 | 70.6 | 5 | 29.4 | 17 | 1.0 |
| Boyacá | 4 | 36.4 | 7 | 63.6 | 11 | 0.7 |
| Caquetá | 10 | 90.9 | 1 | 9.1 | 11 | 0.7 |
| Casanare | 3 | 27.3 | 8 | 72.7 | 11 | 0.7 |
| Santa Marta | 3 | 30.0 | 7 | 70.0 | 10 | 0.6 |
| Arauca | 5 | 55.6 | 4 | 44.4 | 9 | 0.6 |
| Putumayo | 6 | 66.7 | 3 | 33.3 | 9 | 0.6 |
| Amazonas | 4 | 57.1 | 3 | 42.9 | 7 | 0.4 |
| Vaupés | 4 | 66.7 | 2 | 33.3 | 6 | 0.4 |
| Vichada | 1 | 20.0 | 4 | 80.0 | 5 | 0.3 |
| Buenaventura | 1 | 33.3 | 2 | 66.7 | 3 | 0.2 |
| Exterior | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 2 | 0.1 |
| Guainía | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 2 | 0.1 |
| San Andrés | 0 | 0.0 | 1 | 100.0 | 1 | 0.1 |
| Total | 638 | 39.3 | 984 | 60.7 | 1622 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Respecto a la distribución de los casos de hepatitis B por edad, la mayor proporción fue de 20,7 % para las poblaciones con edades entre 25 a 29 años de los casos notificados (ver gráfica 3).

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

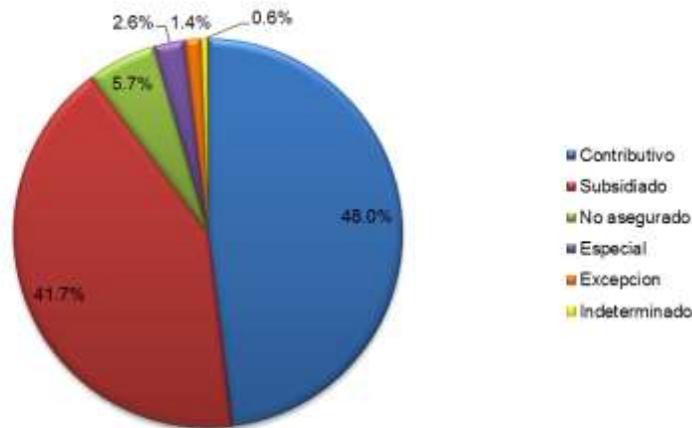
Gráfica N° 3
Casos notificados de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta según grupo de edad y sexo, Colombia, período epidemiológico XII, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En relación a la distribución de casos según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la notificación de casos de hepatitis B se distribuyó de la siguiente forma: contributivo 48,0%, subsidiado 41,7%, no asegurado 5,7%, especial 2,6%, excepción 1,4% e indeterminado 0,6% (ver gráfica 4).

Gráfica 4
Comparación de la notificación de casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta, por régimen de afiliación, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

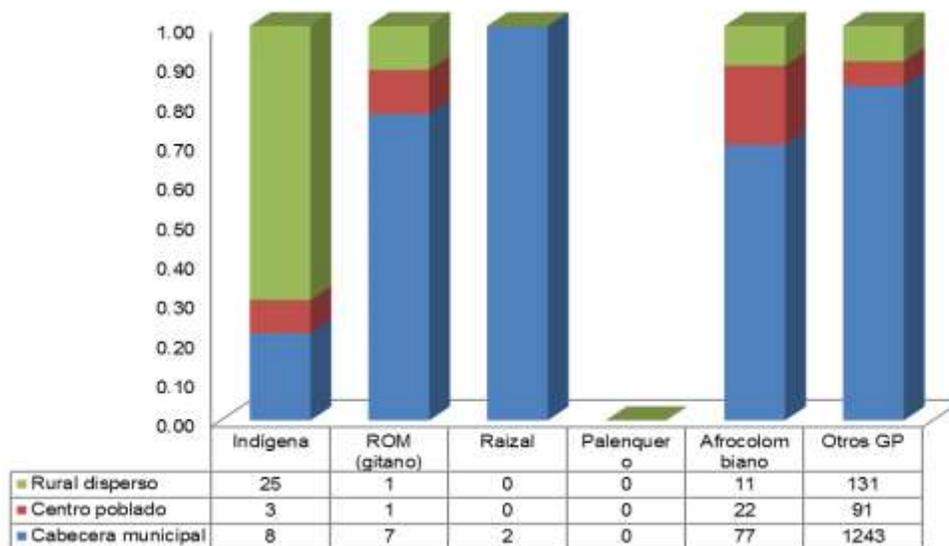


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

En hepatitis B la pertenencia étnica mostró en la categoría “otros grupos poblacionales” un porcentaje de 90,3%, en población afrocolombiana el 6,8%, en población indígena el 2,2% y en población ROM (gitano) un 0,6%. Al examinar esta distribución en referencia al área de ocurrencia se aprecia que en las cabeceras municipales se concentró la mayor cantidad de casos (ver gráfica 5).

*Gráfica N° 5
Distribución de los casos notificados de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta por grupo étnico de pertenencia y área de ocurrencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016*



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

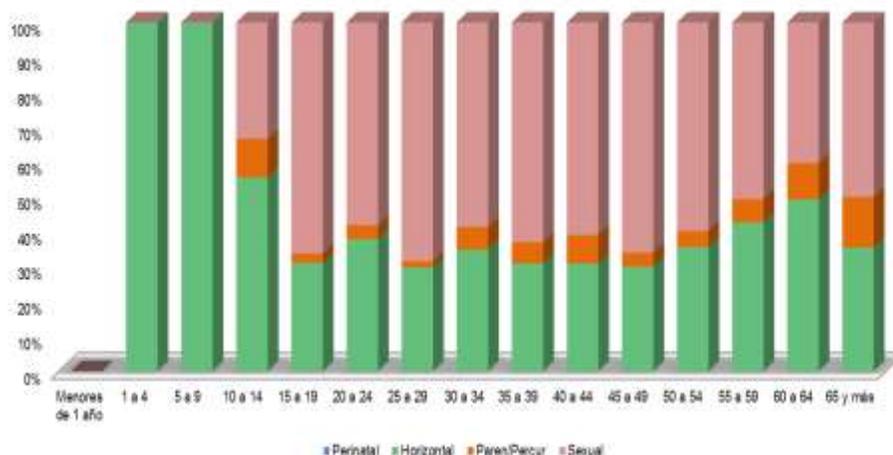
4.2.2 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

En el análisis del comportamiento de los modos de transmisión del virus de la hepatitis B, la transmisión sexual representa el 60,2 % de los casos (ver gráfica 6).

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

Gráfica N° 6

Distribución de los casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta notificados por modo de transmisión y grupo de edad, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En la caracterización de la variable “hospitalización”, el 46,2% de los pacientes notificados hasta este período requirieron manejo intrahospitalario, siendo la proporción de hospitalización por edades entre 25 a 29 años de edad las más altas con un 20,7%. En este punto cabe mencionar que el análisis de esta variable se dificulta por el diligenciamiento incompleto de las otras variables relacionadas, entre las que se destaca signos, síntomas y complicaciones (ver tabla 5).

Tabla N° 5

Distribución de casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta según hospitalización y quinquenios de edad, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Rango Edad | Hospitalizado | % Hospitalizado | No Hospitalizado | % No Hospitalizado | Total | % Total |
|--------------|---------------|-----------------|------------------|--------------------|-------------|------------|
| 1 a 4 | 0 | 0.0 | 1 | 100.0 | 1 | 0.1 |
| 5 a 9 | 1 | 100.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.1 |
| 10 a 14 | 3 | 33.3 | 6 | 66.7 | 9 | 0.6 |
| 15 a 19 | 28 | 37.8 | 46 | 62.2 | 74 | 4.6 |
| 20 a 24 | 84 | 37.0 | 143 | 63.0 | 227 | 14.0 |
| 25 a 29 | 127 | 37.8 | 209 | 62.2 | 336 | 20.7 |
| 30 a 34 | 101 | 41.4 | 143 | 58.6 | 244 | 15.0 |
| 35 a 39 | 81 | 44.8 | 100 | 55.2 | 181 | 11.2 |
| 40 a 44 | 60 | 54.5 | 50 | 45.5 | 110 | 6.8 |
| 45 a 49 | 48 | 48.0 | 52 | 52.0 | 100 | 6.2 |
| 50 a 54 | 58 | 66.7 | 29 | 33.3 | 87 | 5.4 |
| 55 a 59 | 42 | 56.0 | 33 | 44.0 | 75 | 4.6 |
| 60 a 64 | 39 | 58.2 | 28 | 41.8 | 67 | 4.1 |
| 65 y más | 77 | 70.0 | 33 | 30.0 | 110 | 6.8 |
| Total | 749 | 46.2 | 873 | 53.8 | 1622 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

Se identificaron 98 personas con la condición de “donantes de sangre” en la notificación del período epidemiológico XIII de 2016, con hepatitis B, procedentes de diferentes entidades territoriales.

Esta información será compartida con la Red de Hemovigilancia de la Dirección de Redes en Salud Pública del INS (DRSP), con el fin de verificar si ya fueron identificados a través de los procesos de tamización de productos sanguíneos (ver tabla 6).

Tabla N° 6

Distribución de casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta con condición de donantes de sangre por entidad territorial, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Entidad territorial | Si donante | No donante | Total general | % Donantes |
|---------------------|------------|-------------|---------------|------------|
| Santa Marta | 4 | 6 | 10 | 40.0 |
| Cauca | 4 | 14 | 18 | 22.2 |
| Vichada | 1 | 4 | 5 | 20.0 |
| Santander | 9 | 58 | 67 | 13.4 |
| Tolima | 3 | 23 | 26 | 11.5 |
| Sucre | 4 | 33 | 37 | 10.8 |
| Huila | 4 | 34 | 38 | 10.5 |
| Quindío | 4 | 35 | 39 | 10.3 |
| Córdoba | 5 | 44 | 49 | 10.2 |
| Cundinamarca | 5 | 50 | 55 | 9.1 |
| Nariño | 3 | 30 | 33 | 9.1 |
| Caldas | 2 | 23 | 25 | 8.0 |
| Bogotá | 22 | 256 | 278 | 7.9 |
| Barranquilla | 4 | 69 | 73 | 5.5 |
| Cartagena | 2 | 38 | 40 | 5.0 |
| Atlántico | 2 | 39 | 41 | 4.9 |
| Risaralda | 1 | 21 | 22 | 4.5 |
| Norte de Santander | 5 | 106 | 111 | 4.5 |
| Antioquia | 12 | 331 | 343 | 3.5 |
| Valle del Cauca | 2 | 72 | 74 | 2.7 |
| Total | 98 | 1524 | 1622 | 6.0 |

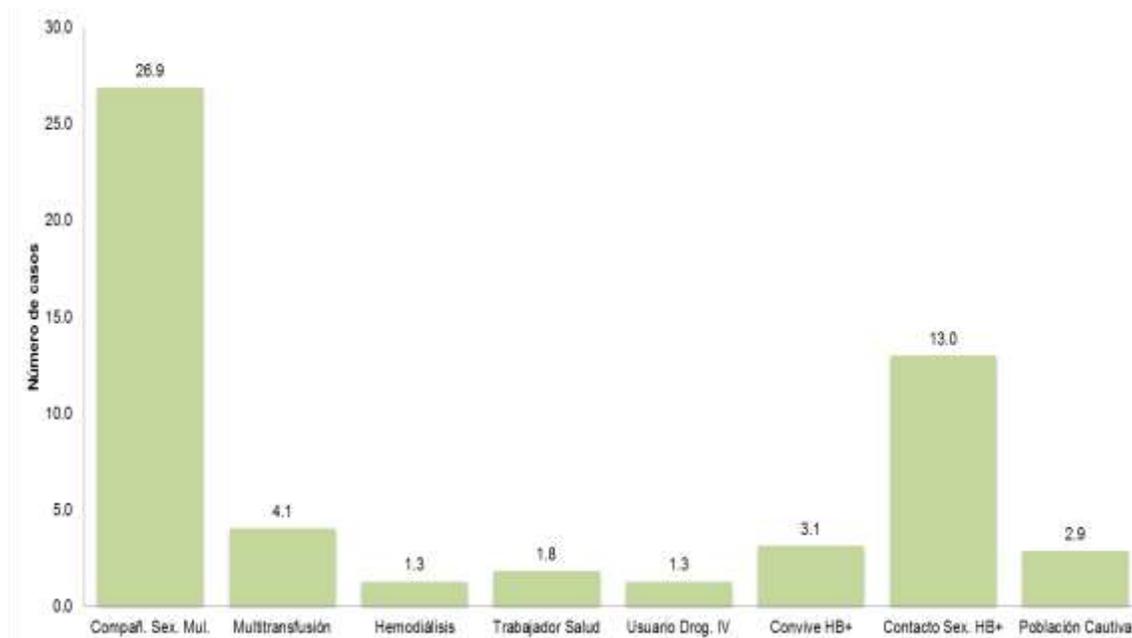
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Según los factores de riesgo el 26,9% de los casos de hepatitis B se registraron en pacientes con múltiples parejas sexuales, el 13,0%, en pacientes que tuvieron contacto sexual con portadores de HBsAg (+) y el 4,1 % en pacientes multitransfundidos entre otros (ver gráfica 7).

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

Grafica N° 7

Comparación de frecuencias en los grupos de riesgo de los casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta notificados, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

4.2.3 Tendencia del evento

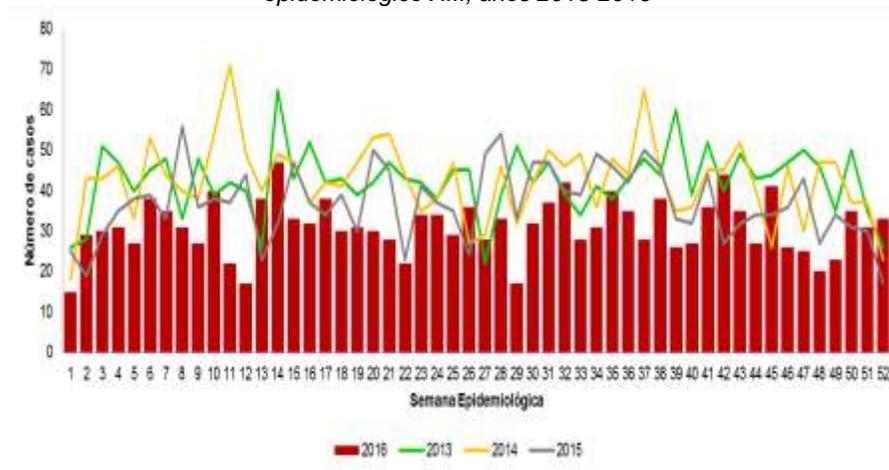
En los últimos años se ha mantenido un crecimiento lineal en la notificación de casos de hepatitis B, esto a expensas del mayor ingreso de casos al sistema de vigilancia, también como consecuencia del mayor conocimiento en las entidades territoriales y las UPGD del protocolo de vigilancia del evento y de la diversificación y expansión de las pruebas presuntivas y confirmatorias en los laboratorios públicos y privados, además de la normatividad en planes obligatorios de salud que contempla entre sus beneficios todas las pruebas que se requieren para la confirmación de las hepatitis virales que circulan en el país.

Para el período epidemiológico XIII de 2016 se aprecia un aumento en la notificación de hepatitis B, siendo esta mayor a la cantidad de casos del año inmediatamente anterior para el mismo período epidemiológico (ver gráfica 8).

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

Gráfica N° 8

Comportamiento de la notificación de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta en Colombia, período epidemiológico XIII, años 2013-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013 - 2016

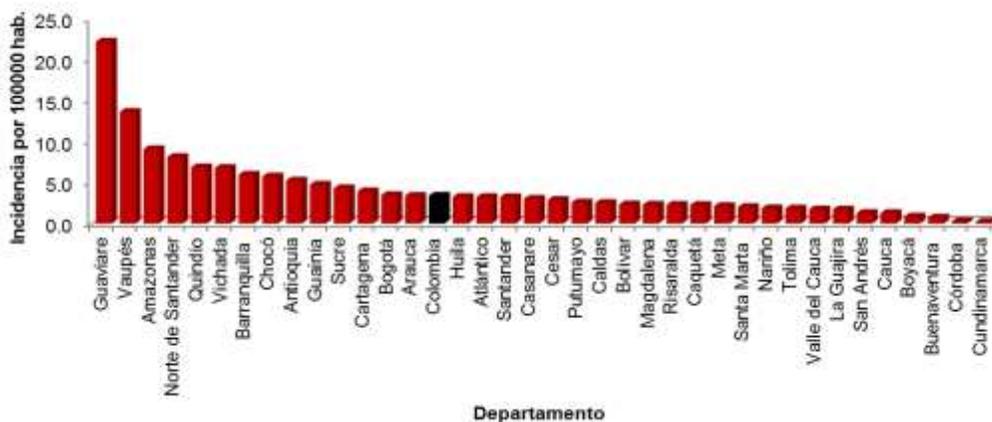
4.2.4 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento.

4.2.5 Proporción de Incidencia de hepatitis B

La incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 3,3 casos por 100 000 habitantes, se reportan incidencias elevadas en los departamentos de Guaviare, Vaupés, y Amazonas (ver tabla 7).

Tabla N° 7

Incidenca de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta por departamento/distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

4.2.6 Proporción cobertura vacunación en casos notificados.

Del total de casos notificados de hepatitis B para el período epidemiológico XIII de 2016, se reportó como antecedente de vacunación previa en 63 casos (3,9%), lo que en principio representa un porcentaje bajo que amerita ser contrastado con las respectivas coberturas de vacunación de cada departamento y distrito (ver tabla 8).

*Tabla N° 8
Proporción de vacunados contra hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta por edades,
Colombia, período epidemiológico XII, 2016*

| Rango edad | Si | No | Total | ≥ 3 dosis | % Vacunas |
|------------------|-----------|-------------|-------------|---------------------------|------------|
| Menores de 1 año | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| 1 a 4 | 1 | 0 | 1 | 2 | 100.0 |
| 5 a 9 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0.0 |
| 10 a 14 | 2 | 7 | 9 | 2 | 22.2 |
| 15 a 19 | 3 | 71 | 74 | 0 | 4.1 |
| 20 a 24 | 8 | 219 | 227 | 6 | 3.5 |
| 25 a 29 | 13 | 323 | 336 | 6 | 3.9 |
| 30 a 34 | 14 | 230 | 244 | 5 | 5.7 |
| 35 a 39 | 10 | 171 | 181 | 5 | 5.5 |
| 40 a 44 | 0 | 110 | 110 | 0 | 0.0 |
| 45 a 49 | 6 | 94 | 100 | 4 | 6.0 |
| 50 a 54 | 3 | 84 | 87 | 1 | 3.4 |
| 55 a 59 | 1 | 74 | 75 | 1 | 1.3 |
| 60 a 64 | 1 | 66 | 67 | 0 | 1.5 |
| 65 y más | 1 | 109 | 110 | 1 | 0.9 |
| Total | 63 | 1559 | 1622 | 31 | 3.9 |
| | | | | %Vacunas Completas | 1.9 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

4.2.7 Razón de prevalencia de hepatitis B en mujeres gestantes.

La razón de prevalencia de hepatitis B para gestantes en Colombia a período epidemiológico XIII del año 2016 es de 0,4 por 1 000 nacidos vivos (NV). La mayor notificación de proporción de embarazos con hepatitis B se registró en las entidades territoriales de Caquetá, Putumayo y Nariño; la razón de prevalencia más alta en la población de gestantes se encontró en los departamentos de Guaviare, Vaupés, Amazonas y Norte de Santander los cuales tuvieron razones de prevalencia superiores a 1,4 casos por 1 000 nacidos vivos (ver tabla 9).

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

Tabla N° 9

*Razón de prevalencia de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta en gestantes por departamento y distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016**

| Entidad territorial | Embarazada | Total Notificados | % Embarazadas | NV DANE 2014 | Razón Prevalencia |
|---------------------|------------|-------------------|---------------|----------------|-------------------|
| Guaviare | 9 | 25 | 36.0 | 1,128 | 8.0 |
| Vaupés | 1 | 6 | 16.7 | 429 | 2.3 |
| Amazonas | 3 | 7 | 42.9 | 1,524 | 2.0 |
| Norte de Santander | 31 | 111 | 27.9 | 20,424 | 1.5 |
| Putumayo | 6 | 9 | 66.7 | 4,346 | 1.4 |
| Caquetá | 8 | 11 | 72.7 | 7,549 | 1.1 |
| Chocó | 7 | 29 | 24.1 | 7,157 | 1.0 |
| Nariño | 18 | 33 | 54.5 | 18,454 | 1.0 |
| Magdalena | 7 | 18 | 38.9 | 13,721 | 0.5 |
| Antioquia | 37 | 343 | 10.8 | 76,419 | 0.5 |
| Meta | 7 | 21 | 33.3 | 15,700 | 0.4 |
| Bogotá | 45 | 278 | 16.2 | 103,856 | 0.4 |
| La Guajira | 6 | 17 | 35.3 | 14,688 | 0.4 |
| Bolívar | 6 | 26 | 23.1 | 16,440 | 0.4 |
| Huila | 7 | 38 | 18.4 | 20,173 | 0.3 |
| Santander | 10 | 67 | 14.9 | 30,974 | 0.3 |
| Tolima | 5 | 26 | 19.2 | 18,309 | 0.3 |
| Sucre | 4 | 37 | 10.8 | 15,090 | 0.3 |
| Córdoba | 7 | 49 | 14.3 | 27,291 | 0.3 |
| Barranquilla | 6 | 73 | 8.2 | 24,531 | 0.2 |
| Cesar | 5 | 30 | 16.7 | 21,607 | 0.2 |
| Cauca | 4 | 18 | 22.2 | 18,331 | 0.2 |
| Cundinamarca | 7 | 55 | 12.7 | 34,935 | 0.2 |
| Caldas | 2 | 25 | 8.0 | 10,047 | 0.2 |
| Valle del Cauca | 9 | 74 | 12.2 | 47,888 | 0.2 |
| Casanare | 1 | 11 | 9.1 | 7,050 | 0.1 |
| Boyacá | 2 | 11 | 18.2 | 15,840 | 0.1 |
| Santa Marta | 1 | 10 | 10.0 | 9,115 | 0.1 |
| Cartagena | 2 | 40 | 5.0 | 20,167 | 0.1 |
| Risaralda | 1 | 22 | 4.5 | 11,130 | 0.1 |
| Atlántico | 1 | 41 | 2.4 | 16,483 | 0.1 |
| Arauca | 0 | 9 | 0.0 | 3,989 | 0.0 |
| Guainía | 0 | 2 | 0.0 | 601 | 0.0 |
| Quindío | 0 | 39 | 0.0 | 5,862 | 0.0 |
| San Andrés | 0 | 1 | 0.0 | 868 | 0.0 |
| Vichada | 0 | 5 | 0.0 | 1,145 | 0.0 |
| Buenaventura | 0 | 3 | 0.0 | 5,547 | 0.0 |
| Exterior | 1 | 2 | 50.0 | 218 | 4.6 |
| Sin dato | 0 | 0 | 0.0 | 111 | 0.0 |
| Total | 266 | 1622 | 16.4 | 669,137 | 0.4 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

4.2.8 Proporción de Incidencia de hepatitis B en menores de 5 años.

La proporción de incidencia de hepatitis B en menores de 5 años en Colombia a período epidemiológico XIII del año 2016 es de 0,02 casos por 100 000 menores de 5 años, dado que solo se notificó un caso en menores de 5 años, de Córdoba.(ver tabla 10).

Tabla N° 10.

Proporción de Incidencia de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta en menores de 5 años, departamento y distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Entidad territorial | Menores de un año | 1 a 4 años | Total | % Total menores de 5 años | Proyección Población 0 a 4 años DANE 2016 | Incidencia x 100000 menores 5 años |
|---------------------|-------------------|------------|-------|---------------------------|---|------------------------------------|
| Córdoba | 0 | 1 | 1 | 100 | 182,908 | 0.5 |
| Total | 0 | 1 | 1 | 100 | 4,335,151 | 0.02 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

4.2.9 Probables muertes por el virus de la hepatitis B.

En el período epidemiológico XIII de 2016, se registraron 28 muertes probables por virus de la hepatitis B. En espera actualmente de los informes de las unidades de análisis de los casos de acuerdo a los lineamientos de vigilancia para el evento (ver tabla 11).

Tabla N° 11

Muertes atribuibles de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta por departamentos y distritos de residencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Entidad territorial* | Casos | % |
|----------------------|-----------|------------|
| Antioquia | 3 | 10.7 |
| Atlántico | 3 | 10.7 |
| Valle del Cauca | 3 | 10.7 |
| Bogotá | 2 | 7.1 |
| Córdoba | 2 | 7.1 |
| Norte de Santander | 2 | 7.1 |
| Risaralda | 2 | 7.1 |
| Cartagena | 2 | 7.1 |
| Meta | 1 | 3.6 |
| Barranquilla | 1 | 3.6 |
| Bolívar | 1 | 3.6 |
| Chocó | 1 | 3.6 |
| Cundinamarca | 1 | 3.6 |
| La Guajira | 1 | 3.6 |
| Santander | 1 | 3.6 |
| Vaupés | 1 | 3.6 |
| Vichada | 1 | 3.6 |
| Total | 28 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

* Se tuvo en cuenta para la tabla solo los departamentos y/o distritos que notificaron casos con condición final "muerto".

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | Versión: 02 |
| | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | Página 21 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

4.3 HALLAZGOS HEPATITIS B CON COINFECCION B-DELTA

En relación con el evento hepatitis B con coinfección Delta se notificaron dos casos de las 37 entidades territoriales del país (ver tabla 12).

Tabla N° 12

Número de casos de hepatitis B con coinfección/suprainfección B/Delta por departamento y distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Departamento | Sexo | Edad | Régimen | Pertenencia étnica | Área |
|--------------|-----------|---------|--------------|--------------------|--------------------|
| Bogotá | Masculino | 38 años | Contributivo | Otros | Cabecera municipal |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2016

4.4 HALLAZGOS HEPATITIS C

4.4.1 Magnitud de los eventos en lugar y persona (datos básicos)

En relación con el evento hepatitis **C se notificaron 288** casos en 23 de las 37 entidades territoriales del país, en su gran mayoría procedentes de la identificación en bancos de sangre y de centros de seguimiento a pacientes con patologías hepáticas. Los departamentos y distritos de los cuales procedió la mayor densidad de casos correspondieron a Bogotá (21,9%), Antioquia (13,2%) y Quindío (10,1%) los cuales representan el 45,1% de la notificación de casos de este evento para este período (ver tabla 13).

Tabla N°13

Número de casos y frecuencia de hepatitis C por departamento y distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Entidad territorial | Total | % Total |
|---------------------|-------|---------|
| Bogotá | 63 | 21.9 |
| Antioquia | 38 | 13.2 |
| Quindío | 29 | 10.1 |
| Barranquilla | 28 | 9.7 |
| Valle del Cauca | 27 | 9.4 |
| Atlántico | 25 | 8.7 |
| Cartagena | 10 | 3.5 |
| Cundinamarca | 10 | 3.5 |
| Norte de Santander | 10 | 3.5 |
| Boyacá | 6 | 2.1 |
| Risaralda | 6 | 2.1 |
| Bolívar | 5 | 1.7 |
| Nariño | 5 | 1.7 |
| Santa Marta | 5 | 1.7 |
| Cauca | 4 | 1.4 |

| | | | | |
|--|--|-----------------------|--|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | | Versión: 02 |
| | | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | | Página 22 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

| | | |
|--------------|------------|------------|
| Tolima | 4 | 1.4 |
| Santander | 3 | 1.0 |
| Cesar | 2 | 0.7 |
| Choco | 2 | 0.7 |
| Córdoba | 2 | 0.7 |
| Magdalena | 2 | 0.7 |
| Huila | 1 | 0.3 |
| Meta | 1 | 0.3 |
| Total | 288 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

A nivel nacional para el período epidemiológico XIII de 2016 respecto a hepatitis C, se observa un predominio en la proporción del sexo masculino con un 56,3 % (ver tabla 14).

Tabla N°14

Distribución de casos de hepatitis C según sexo y grupos de edad, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Entidad territorial | Mujer | % Mujer | Hombre | % Hombre | Total | % Total |
|---------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|
| Bogotá | 30 | 47.6 | 33 | 52.4 | 63 | 21.9 |
| Antioquia | 15 | 39.5 | 23 | 60.5 | 38 | 13.2 |
| Quindío | 1 | 3.4 | 28 | 96.6 | 29 | 10.1 |
| Barranquilla | 15 | 53.6 | 13 | 46.4 | 28 | 9.7 |
| Valle del Cauca | 17 | 63.0 | 10 | 37.0 | 27 | 9.4 |
| Atlántico | 16 | 64.0 | 9 | 36.0 | 25 | 8.7 |
| Cartagena | 4 | 40.0 | 6 | 60.0 | 10 | 3.5 |
| Cundinamarca | 5 | 50.0 | 5 | 50.0 | 10 | 3.5 |
| Norte de Santander | 1 | 10.0 | 9 | 90.0 | 10 | 3.5 |
| Boyacá | 3 | 50.0 | 3 | 50.0 | 6 | 2.1 |
| Risaralda | 0 | 0.0 | 6 | 100.0 | 6 | 2.1 |
| Bolívar | 2 | 40.0 | 3 | 60.0 | 5 | 1.7 |
| Nariño | 2 | 40.0 | 3 | 60.0 | 5 | 1.7 |
| Santa Marta | 3 | 60.0 | 2 | 40.0 | 5 | 1.7 |
| Cauca | 2 | 50.0 | 2 | 50.0 | 4 | 1.4 |
| Tolima | 2 | 50.0 | 2 | 50.0 | 4 | 1.4 |
| Santander | 2 | 66.7 | 1 | 33.3 | 3 | 1.0 |
| Cesar | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 2 | 0.7 |
| Choco | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 2 | 0.7 |
| Córdoba | 2 | 100.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.7 |
| Magdalena | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 2 | 0.7 |
| Huila | 0 | 0.0 | 1 | 100.0 | 1 | 0.3 |
| Meta | 1 | 100.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.3 |
| Total | 126 | 43.8 | 162 | 56.3 | 288 | 100 |

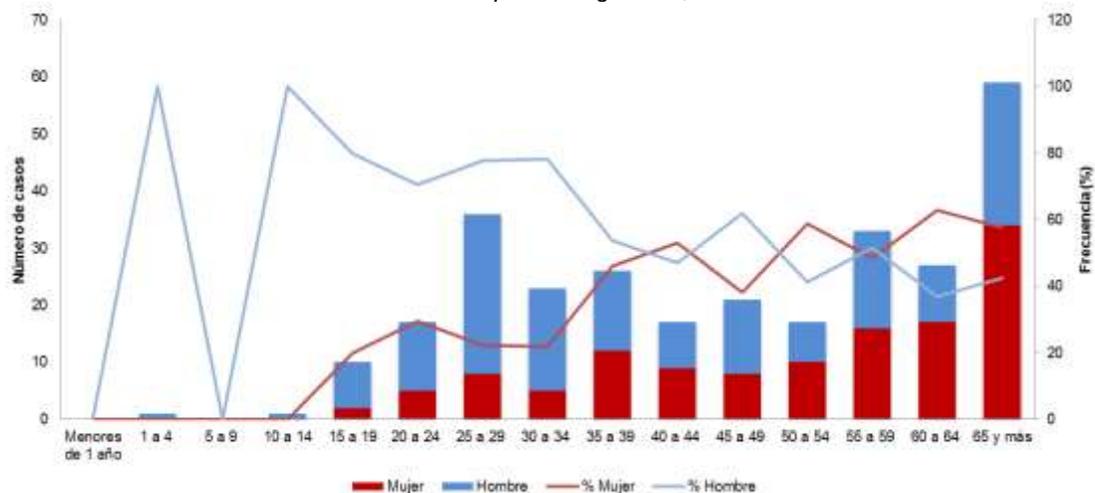
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Respecto a la distribución de los casos de hepatitis C por edad, la mayor proporción fue de 20,2 % para las poblaciones con edades entre 65 años y más de los casos notificados (ver gráfica 9).

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

Gráfica N° 9

Casos notificados de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta según grupo de edad y sexo, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

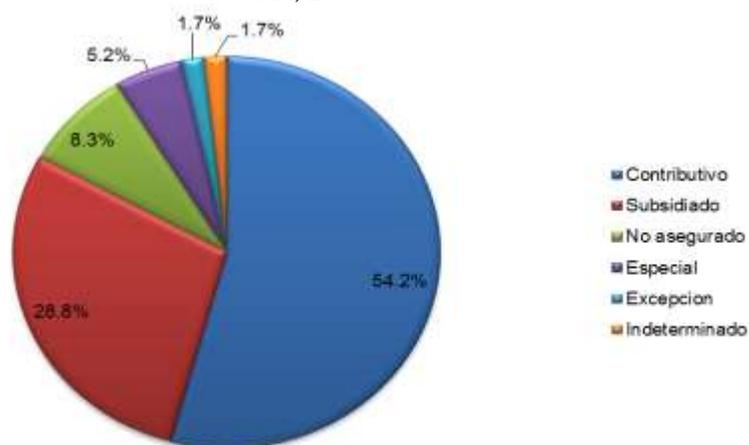


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La distribución por tipo de asegurador para los casos de hepatitis C se muestra en la siguiente figura, donde se resalta el predominio de casos en el régimen contributivo (54,2%) en el régimen subsidiado 28,8 %, no asegurado 8,3% entre otros (ver gráfica 10).

Gráfica N° 10

Comparación de la notificación de casos de hepatitis C por régimen de afiliación, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016



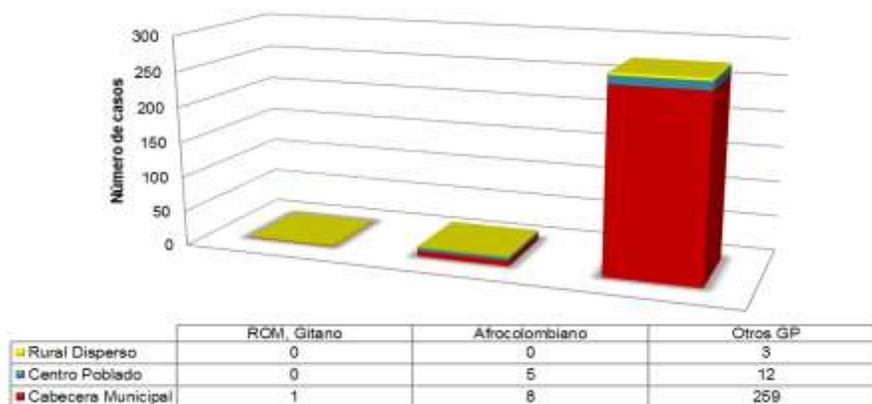
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

En hepatitis C la pertenencia étnica mostró en la categoría “otros grupos poblacionales” un porcentaje de 95,1 %, en población afrocolombiana el 4,5 % y en población ROM (gitano) el 0,3 %. Al examinar esta distribución en referencia al área de ocurrencia se aprecia que en la cabecera municipal se concentró la mayor cantidad de casos (ver gráfica 11).

Gráfica N° 11

Distribución de los casos notificados de hepatitis B por grupo étnico de pertenencia y área de ocurrencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016



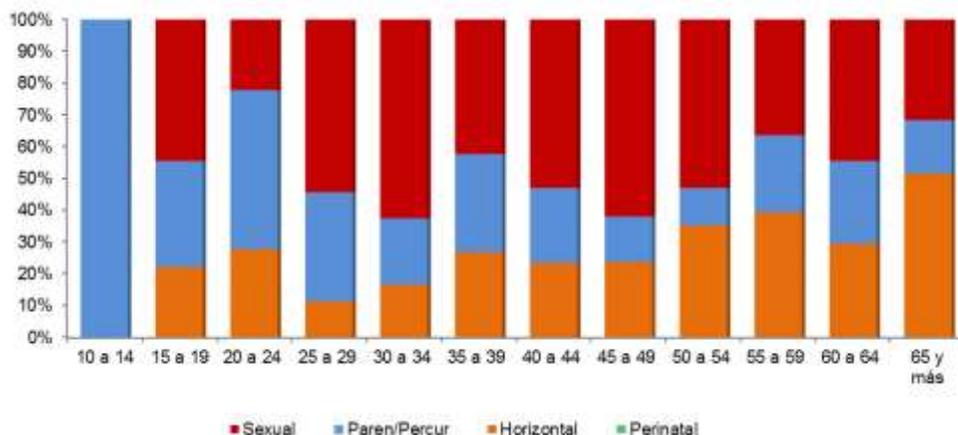
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

4.4.2 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

En el análisis del comportamiento de los modos de transmisión del virus de la hepatitis C la transmisión sexual representa el 44,1 % de los casos, seguido de la transmisión horizontal con un 30,9 % (ver gráfica 12).

Gráfica N° 12

Distribución de los casos de hepatitis C notificados por modo de transmisión y grupo de edad, Colombia, período epidemiológico XII, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

En la caracterización de la variable “hospitalización”, para el período epidemiológico XIII de 2016 requirieron manejo intrahospitalario el 41,3%, siendo la proporción de hospitalización por edades entre 65 años y más las más altas. En este punto cabe mencionar que el análisis de esta variable se dificulta por el diligenciamiento incompleto de las otras variables relacionadas, entre las que se destaca signos, síntomas y complicaciones (ver tabla 15).

Tabla N°15

Distribución de casos de hepatitis C según hospitalización y quinquenios de edad, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Rango edad | Hospitalizado | % Hospitalizado | No hospitalizado | % No hospitalizado | Total | % Total |
|------------------|---------------|-----------------|------------------|--------------------|------------|--------------|
| Menores de 1 año | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| 1 a 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| 5 a 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| 10 a 14 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.3 |
| 15 a 19 | 5 | 55.6 | 4 | 44.4 | 9 | 3.1 |
| 20 a 24 | 4 | 22.2 | 14 | 77.8 | 18 | 6.3 |
| 25 a 29 | 10 | 28.6 | 25 | 71.4 | 35 | 12.2 |
| 30 a 34 | 9 | 37.5 | 15 | 62.5 | 24 | 8.3 |
| 35 a 39 | 2 | 7.7 | 24 | 92.3 | 26 | 9.0 |
| 40 a 44 | 7 | 41.2 | 10 | 58.8 | 17 | 5.9 |
| 45 a 49 | 10 | 47.6 | 11 | 52.4 | 21 | 7.3 |
| 50 a 54 | 7 | 41.2 | 10 | 58.8 | 17 | 5.9 |
| 55 a 59 | 14 | 42.4 | 19 | 57.6 | 33 | 11.5 |
| 60 a 64 | 12 | 44.4 | 15 | 55.6 | 27 | 9.4 |
| 65 y más | 38 | 63.3 | 22 | 36.7 | 60 | 20.8 |
| Total | 119 | 41.3 | 169 | 58.7 | 288 | 100.0 |

Fuente: Sívigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Se identificaron 33 personas con la condición de “donantes de sangre” en la notificación del período epidemiológico XIII de 2016, con hepatitis C, procedentes de 12 entidades territoriales.

Esta información será compartida con la Red de Hemovigilancia de la Dirección de Redes en Salud Pública del INS (DRSP), con el fin de verificar si ya fueron identificados a través de los procesos de tamización de productos sanguíneos (ver tabla 16).

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

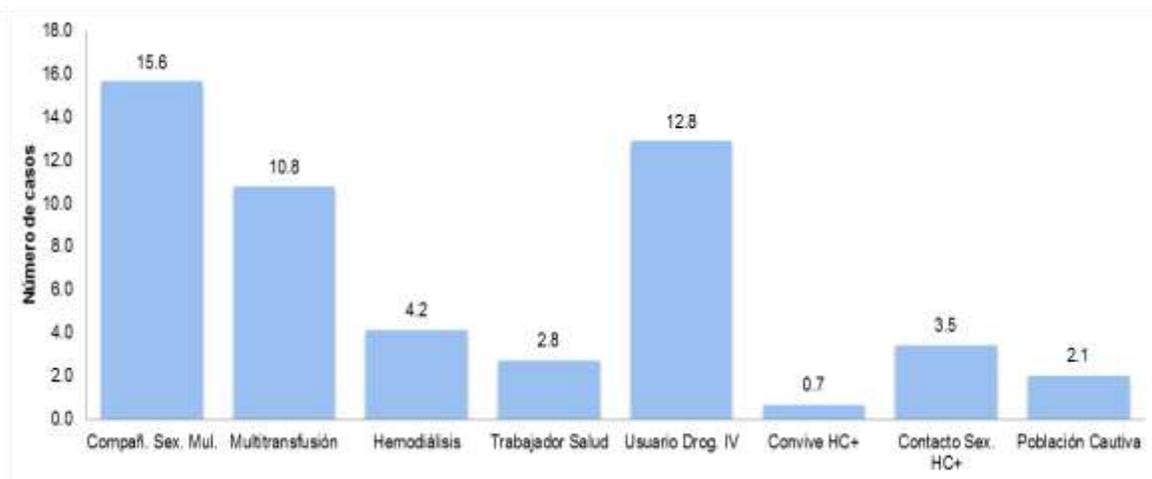
Tabla N° 16
Distribución de casos de hepatitis C con condición de donantes de sangre por entidad territorial, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Entidad territorial | Si donante | No donante | Total general | % Donantes |
|---------------------|------------|------------|---------------|-------------|
| Santander | 3 | 1 | 4 | 75.0 |
| Tolima | 2 | 2 | 4 | 50.0 |
| Cundinamarca | 3 | 7 | 10 | 30.0 |
| Cauca | 1 | 3 | 4 | 25.0 |
| Nariño | 1 | 4 | 5 | 20.0 |
| Cartagena | 2 | 8 | 10 | 20.0 |
| Boyacá | 1 | 5 | 6 | 16.7 |
| Valle del Cauca | 4 | 23 | 27 | 14.8 |
| Antioquia | 5 | 33 | 38 | 13.2 |
| Norte de Santander | 1 | 9 | 10 | 10.0 |
| Bogotá | 6 | 57 | 63 | 9.5 |
| Barranquilla | 2 | 26 | 28 | 7.1 |
| Total | 31 | 257 | 288 | 10.8 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Entre los casos notificados de hepatitis C, los factores de riesgo relacionados con la presencia de la infección en su orden de referencia en la notificación fueron: pacientes con múltiples parejas sexuales con un 15,6%, seguido de personas que se inyectan drogas con un 12,8% y multitransfusiones con un 10,8% entre otros (ver gráfica 13).

Gráfica N° 13
Comparación de frecuencias de grupos de riesgo en los casos de hepatitis C notificados, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016



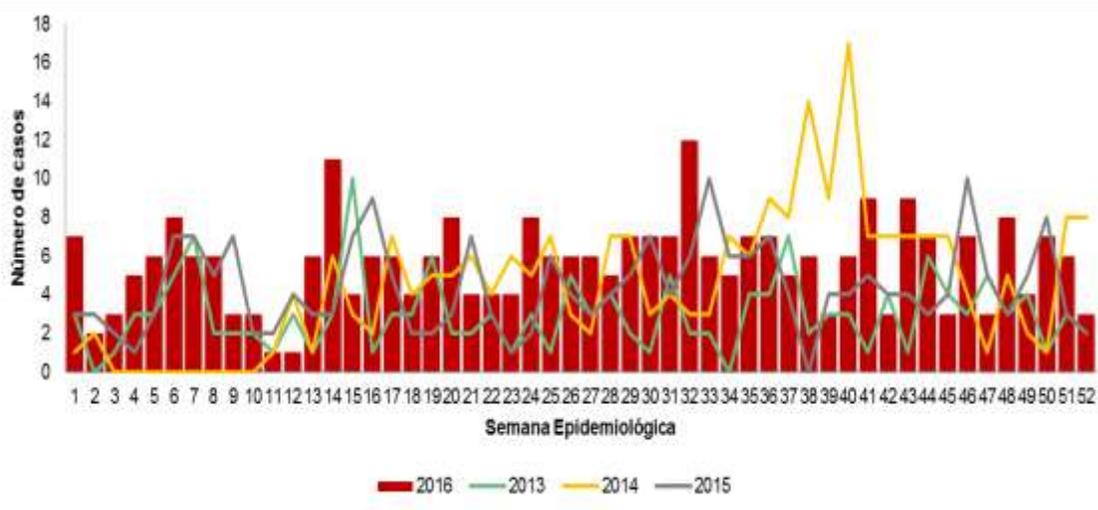
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

4.4.3 Tendencia del evento

Para el período epidemiológico XIII de 2016 se mantiene la notificación de hepatitis C, siendo esta mayor a la cantidad de casos del año inmediatamente anterior para el mismo período epidemiológico (ver gráfica 14).

Grafica N° 14
Comportamiento de la notificación de hepatitis C en Colombia, período epidemiológico XII, años 2013-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

4.4.4 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento.

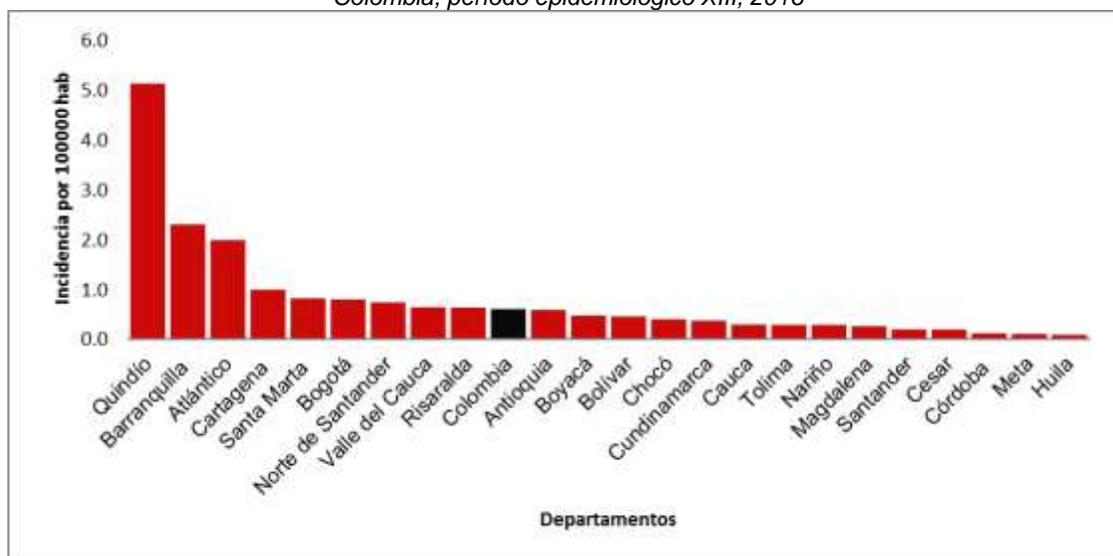
4.4.5 Proporción de Incidencia de Hepatitis C

En hepatitis C, la incidencia a la fecha de corte es de 0,6 casos por 100 000 habitantes. Solo 24 del total de las entidades territoriales reportaron casos de este evento, siendo la incidencia más alta comparada con la del país la del departamento de Quindío (5,3).

Esta información es importante cotejarla con la notificación derivada de la confirmación en bancos de sangre y por el desarrollo de algunos estudios de seroprevalencia en poblaciones de riesgo que se vienen desarrollando como iniciativas académicas en algunas de las entidades y que puede favorecer la notificación (ver tabla 17).

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

Tabla N° 17
 Incidencia de hepatitis C por departamento/distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

4.4.6 Razón de prevalencia de hepatitis C en mujeres gestantes.

La razón de prevalencia de hepatitis C para gestantes en Colombia a período epidemiológico XIII del año 2016 es de 0,001 por 1 000 nacidos vivos (NV). Se observa una prevalencia de 0,021 casos por 1000 nacidos vivos en el departamento del Valle del Cauca (ver tabla 18).

Tabla N° 18
 Razón de prevalencia de hepatitis C en gestantes por departamento y distrito de procedencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016*

| Entidad territorial | Embarazada | Total Notificados | % Embarazadas | NV DANE 2014 | Razón Prevalencia |
|---------------------|------------|-------------------|---------------|--------------|-------------------|
| Valle del Cauca | 1 | 27 | 3.7 | 47,888 | 0.021 |
| Total Nacional | 1 | 288 | 0.3 | 669,137 | 0.001 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

* Se tuvo en cuenta para la tabla solo los departamentos y/o distritos que notificaron casos en embarazadas.

4.4.7 Proporción de Incidencia de hepatitis C en menores de 5 años.

No se presentaron casos de hepatitis C en menores de 5 años en Colombia a período epidemiológico XIII del año 2016.

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

4.4.8 Probables muertes por el virus de la hepatitis C.

En el período epidemiológico XIII de 2016, se registraron doce muertes probables por virus de la hepatitis C. En espera actualmente de los informes de las unidades de análisis de los casos de acuerdo a los lineamientos de vigilancia para el evento (ver tabla 19).

Tabla N° 19

Mortalidad de hepatitis C por departamentos y distritos de residencia, Colombia, período epidemiológico XIII, 2016

| Entidad territorial | Casos | % |
|---------------------|-------|------|
| Cartagena | 3 | 25,0 |
| Barranquilla | 2 | 16,7 |
| Cundinamarca | 2 | 16,7 |
| Valle del Cauca | 2 | 16,7 |
| Bolívar | 1 | 8,3 |
| Boyacá | 1 | 8,3 |
| Magdalena | 1 | 8,3 |
| Total Nacional | 12 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

* Se tuvo en cuenta para la tabla solo los departamentos y/o distritos que notificaron casos con condición final "muerto".

5. DISCUSIÓN

Los casos que han sido notificados en el transcurso del año 2016 tanto para las hepatitis B y C se mantiene una tendencia estable pese al aumento en comparación con el año anterior. Es evidente sin embargo 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.

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 (20) 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

| | | | | |
|--|--|-----------------------|--|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | | Versión: 02 |
| | | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | | Página 30 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

notificación abonar el terreno para incorporar mejoras que permitan aprovechar la experiencia acumulada del país, mejorando la vigilancia y control de las hepatitis B y C.

Se espera que durante el año 2016 y con el comportamiento del SiviGila, se logre continuar con el proceso de clasificación de las hepatitis virales a la hora de notificarlos al sistema de vigilancia, es necesario que el porcentaje de “Hepatitis B a clasificar” disminuya en la medida que se fortalezca la capacidad técnica y de diagnóstico para clasificar y ajustar los casos de hepatitis B según las definiciones de caso contempladas en el protocolo de vigilancia.

6. CONCLUSIONES

- 6.1 En lo que respecta al comportamiento de los indicadores a partir de la notificación de casos de hepatitis B con corte al período epidemiológico XIII de 2016, se observa una ligera disminución en la notificación de casos comparada con en el año anterior en el mismo período.
- 6.2 La incidencia de infección por hepatitis B de la mayor parte de los departamentos y distritos es variable, presentándose incidencias altas como sucede en los departamentos de Guaviare, Vaupés y Amazonas, correspondientes con el patrón endémico esperado para estas zonas del país, en contraste con departamentos con incidencias moderadas como Buenaventura, Córdoba y Cundinamarca los cuales registran incidencias bajas a pesar de tener incidencias esperadas similares.
- 6.3 Para el período epidemiológico XIII de 2016, el comportamiento de la infección de hepatitis B por grupos de edad muestra un predominio entre los 25 a 29 años de edad, revela la necesidad de reforzar las acciones de búsqueda, identificación y sobretodo promoción de prácticas de autocuidado en la población adulta.
- 6.4 La proporción de casos de hepatitis B en mujeres gestantes mantiene estable su tendencia con respecto al mismo período del año anterior, de igual manera se observa que este porcentaje varía de manera importante entre los departamentos y distritos, lo que representa un importante aspecto desde el punto de vista de la salud de los recién nacidos.
- 6.5 Es de suma importancia realizar la verificación de los casos confirmados reportados de recién nacido, hijos de madre HBsAg (+), para definir si se ha realizado la administración de la gammaglobulina y la vacuna en las primeras 12 horas de vida.
- 6.6 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.

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | Versión: 02 |
| | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | Página 31 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

- 6.7 A diferencia de los anteriores análisis realizados con el evento hepatitis B se ha decidido bajo criterio de la referente, con base en las variables registradas en datos complementarios y con la seguridad que brinda la definición de caso, descartar 25 casos que no cumplen los criterios de definición de caso ni con los riesgos implícitos que sugieran transmisión materno infantil del VHB.
- 6.8 Con la implementación del protocolo de vigilancia en salud pública de las hepatitis virales distintas a la tipo “A” y de la actualización del software Sivigila, se puede apreciar un aumento del ingreso de casos de hepatitis virales con clasificación de acuerdo a la definición de caso.
- 6.9 Es notable la tendencia creciente en el reporte de casos de hepatitis C por lo cual se consideró relevante anexar información epidemiológica relacionada a los 292 casos notificados hasta ahora, en la medida que la tendencia de casos siga en aumento se determinará la necesidad de incluir análisis adicionales y así mismo la posibilidad de construir indicadores propios para el evento (en el momento ausentes).

7. RECOMENDACIONES

A raíz del análisis actual y acumulado de la información derivada del sistema de vigilancia, consolidado para los eventos de hepatitis B y C, se proponen las siguientes estrategias con el fin de optimizar dicho proceso:

- 7.1 Apoyar a las entidades territoriales en las actividades de asistencia técnica a las UND y las UPGD para la presentación y capacitación en el protocolo de vigilancia en salud pública de las hepatitis virales distintas a la tipo “A”, con el fin de mejorar el proceso de notificación y construir desde ahora tendencias útiles del comportamiento de las hepatitis tipo B, C y B-Delta, especialmente en la toma de decisiones en el sector salud.
- 7.2 Se deben incorporar las recomendaciones orientadas a fortalecer la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de hepatitis B. Al momento las principales debilidades en la información reportada están relacionadas con la coherencia de la información para los casos de; transmisión perinatal, factores de riesgo (hijo de madre con HBsAg +) y mecanismo de transmisión. Igualmente debe ampliarse el registro del módulo de los datos de laboratorio en la ficha de datos complementarios en particular para este evento, el cual define el caso al ser confirmado por este medio.
- 7.3 Realizar asistencias técnicas y acompañamiento a las direcciones territoriales de salud a fin de fortalecer la vigilancia de las ITS en general , haciendo énfasis en las de transmisión vertical y perinatal de la hepatitis B con el fin de optimizar la prevención y detección precoz de esta enfermedad que tiene un alto riesgo de cronificación a largo plazo.

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | Versión: 02 |
| | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | Página 32 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

- 7.4 Comparar el 100% de los casos de hepatitis B reportados por los bancos de sangre, Red Nacional de Laboratorios, Red de Trasplantes, certificados de defunción y el Sivigila.
- 7.5 Es necesaria una revisión más detallada de la información disponible sobre vigilancia de la hepatitis C recolectada desde el período en que se ha venido registrando este evento, de tal manera que se pueda fortalecer su vigilancia a nivel nacional.
- 7.6 Se debe fortalecer los procesos de coordinación con la Red Nacional de Laboratorios y en particular con la red de bancos de sangre a fin de mejorar la información disponible a partir del contraste con los datos de donación.
- 7.7 Se espera que con lo reglamentado en la propuesta de Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 acerca de la obligatoriedad de tamizar con HBsAg al 100% de las mujeres gestantes en el país, se pueda optimizar la calidad de la vigilancia de hepatitis B y se mejore el nivel de confianza en los indicadores.
- 7.8 Trabajar articuladamente con la OPS/OMS y el MSPS para la implementación del Plan Nacional de Hepatitis Virales. El Instituto Nacional de Salud, desde la DVARSP y la DRSP, es un actor activo en la implementación del Plan a nivel nacional y hace parte de la mesa de trabajo permanente para el seguimiento del mismo.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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 .
2. Gimenez Sánchez F, García García F, Bernal Zamora. Contagio Intrafamiliar del Virus de la Hepatitis B. MedClin 1991; 97:170-174.
3. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Fecha de acceso: 22-02-11 Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/es/>
4. 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.
5. Pascarella S, Negro F. Hepatitis D virus: an update. Liver International.2010; 7-21.
6. Shepard CW, Simard EP, Finelli L, Fiore AE, Bell BP. Hepatitis B virus infection: epidemiology and vaccination. Epidemiol Rev 2006;28:112–25.
7. Lavanchy D (2011) Evolving epidemiology of hepatitis C virus. Clin Microbiol Infect 17: 107-115.

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | Versión: 02 |
| | | | 2014 – Jun – 25 |
| | | FOR-R02.4000-001 | Página 33 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

8. Parana R. HBV epidemiology in Latin America. J Clin Virology 34 Suppl. 1 (2005) S130-S133. OPS, Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Washington; 1997.p. 234 - 44.
9. Echevarria J. Epidemiology of viruses causing chronic hepatitis among populations from the Amazon Basin and related ecosystems. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6):1583-1591, nov-diez, 2003
10. Kershenovich D, Razavi HA, Sánchez-Avila JF, Bessone F, Coelho HS, et al. (2011) Trends and projections of hepatitis C virus epidemiology in Latin America. Liver Int 31 Suppl 2: 18-29.
11. Epidemiological Bulletin, Vol. 23 No. 2, June 2002.
12. De la Hoz, F. Epidemiología de la hepatitis C en Latinoamérica y Colombia. Biomédica 2000; 20:65-72.
13. Cristina J. Genetic diversity and evolution of hepatitis C virus in the Latin American región. Journal of Chmcal Virology 34 Suppl 2 (2005) S1-S7.
14. Daza L. Hepatitis B en el establecimiento penitenciario de alta y mediana seguridad de La Dorada, Caldas, Colombia, 2009 (Informe de la primera fase) Inf Quinc Epidemiol Nac 2009;14(9):129-44.
15. Cedeño D. Estudio descriptivo del brote de hepatitis B (BH) en el resguardo indígena El Refugio, San José de Guaviare, Guaviare, 2008. Inf Quinc Epidemiol Nac 2009;14(3):33-48.
16. Azcárate C. Brote de hepatitis b delta, en el municipio de Inírida, Guainía, 2004-2005. Inf Quinc Epidemiol Nac 2005;10(11):161-76.
17. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Brote de hepatitis B/delta, en comunidades indígenas del municipio de Mitú, Vaupés, noviembre de 2000. Inf Quinc Epidemiol Nac. 2001; 6(9):33-48.
18. Alvarado-Mora MV, Fernandez MF, Gomes-Gouvêa MS, de Azevedo Neto RS, Carrilho FJ, et al. (2011) Hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV) and hepatitis delta (HDV) viruses in the Colombian population--how is the epidemiological situation? PLoS One 6: e18888.
19. Echavarría E. Estudio de Anticuerpos contra el virus de la hepatitis C en donantes de sangre y grupos de alto riesgo. Acta Médica Colombiana 1992; 17(1):11-15.
20. Instituto Nacional de Salud. Coordinación Red Nacional de Sangre. Informe Red Nacional de Sangre 2010. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=86106#>

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------|
|  INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA | INFORME EVENTO | |
| | | Versión: 02 | |
| | | 2014 – Jun – 25 | |
| | | FOR-R02.4000-001 | Página 34 de 34 |

Hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B/Delta

21. De la Hoz, F. Eight years of hepatitis B vaccination in Colombia with a recombinant vaccine: factors influencing hepatitis B virus infection and effectiveness. *Int J Infection Diseases* (2008) 12, 183—189.

Ministerio de Salud. Normas Técnicas y Guías de Atención. Resolución 412 de 2000.

9. ANEXOS

No aplica.