



Contenido

Editorial: delegación de las funciones de vigilancia en salud pública y funciones de prevención y control de enfermedades de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud al Instituto Nacional de Salud	33
Resolución No. 00228 del 2001	34
Calidad de la baciloscopia de tuberculosis y lepra, Red de Laboratorios, 2000	36
Brote de hepatitis B/delta en Mitú, Vaupés, noviembre de 2000	39
Sistema Alerta Acción: semanas epidemiológicas 3 y 4 (14 al 27 de enero del 2001).....	44

Editorial

Delegación de las funciones de vigilancia en salud pública y funciones de prevención y control de enfermedades de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud al Instituto Nacional de Salud

Alberto Caycedo Borda, asesor Viceministerio de Salud

Resolver el dilema entre la salud colectiva o la individual, presentándolas de manera clara como complementarias, comprende además la convicción de que la salud es un bien público indispensable, que exige un enfoque apropiado en materia de política y que el gran desafío será buscar alternativas de solución que pasen la prueba de fuego de "la viabilidad financiera, la racionalidad técnica, la aceptabilidad social y la factibilidad política".

En este contexto, la descentralización, que busca la responsabilidad de lo local, se convierte en un instrumento fundamental para desarrollar intervenciones en salud que apunten con certeza a la resolución de los problemas más sentidos de las poblaciones con mayores necesidades en salud.

No es suficiente estimular la descentralización formal como ha sucedido en algunos casos en Colombia, con el fin de transferir recursos a los entes locales, es necesario y urge como nunca el desarrollo de un modelo que se base en el conocimiento de las condiciones locales y que permita darle viabilidad tanto al sistema de atención dentro del contexto de la Ley de Seguridad Social en Salud, como de las acciones de salud pública, de vigilancia epidemiológica y de promoción y prevención que deben ir mas allá del Plan de Atención Básica.

Como todos comprenderán, estamos en la construcción del Sistema, no basta en estos procesos sociales el mandato legal o la

formalización de actos administrativos, se necesita el compromiso de todos los implicados en el camino de llevarlo a un buen nivel de desarrollo.

Afianzar la convicción de que la salud es un servicio público esencial, es otro reto para las empresas privadas ahora involucradas en las distintas etapas del aseguramiento y la prestación de servicios. Este reto es válido para el ámbito de la salud pública, convidada de piedra y actor olvidado en estos años en los que el aseguramiento ha ocupado todo el esfuerzo de los actores de la salud.

Perfeccionar el sistema de notificación y manejo de la enfermedad desde la localidad es urgente; no hacerlo abre la posibilidad de una toma de decisiones equivocadas que ignorarían la reemergencia de entidades de salud controladas ayer por los programas de salud pública.

En fin, como ustedes comprenderán, el sistema de salud está en construcción en la medida en que está en pleno desarrollo y ajuste; lo que tenemos por delante es un reto inmenso con múltiples aspectos que conocer y que modificar y adecuar a nuestras propias condiciones culturales, económicas y sociales.

El INS logra en este período armarse de los instrumentos más valiosos y poderosos para reconstruir el ámbito de las funciones esenciales de salud pública, unifica y perfecciona los sistemas de información epidemiológica y de laboratorio desde la localidad, instrumentando y acompañando su análisis para la toma de decisiones, complementado esto con la posibilidad real de ejercer control sobre los más importantes programas de salud pública. No es tarea fácil lo que se asume, tampoco es un imposible, todo es ganancia en función de responderle a los colombianos con este reto del Estado, responsable en últimas de la salud de todos, según la Constitución de 1991.

Resolución No. 00228 del 2001

República de Colombia Ministerio de Salud

Por la cual se delegan unas funciones al Instituto Nacional de Salud.

La Ministra de Salud

en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, especialmente las conferidas por la Ley 489 de 1998 y el Decreto 1152 de 1999

CONSIDERANDO

Que el artículo 211 de la Constitución Política consagra la facultad que tienen las autoridades administrativas para delegar en sus subalternos o en otra autoridades el cumplimiento de sus funciones, de acuerdo con las condiciones fijadas por la Ley;

Que la Ley 489 de 1998 en su artículo 9º estableció que "Las autoridades administrativas, en virtud de lo dispuesto en la Constitución Política y de conformidad con la presente Ley, podrán mediante acto de delegación, transferir el ejercicio de funciones a sus colaboradores o a otras autoridades con funciones afines o complementarias";

Que según lo preceptuado por el Decreto-Ley 1291 de 1994, al Instituto Nacional de Salud, en su condición de autoridad científico-técnica nacional en salud, además de las funciones señaladas en el citado Decreto-Ley, se le pueden asignar otras conforme a las normas legales y de acuerdo con su naturaleza y objetivos;

Que de conformidad con lo señalado por el artículo 33 del Decreto 1152 de 1999, "El Ministro de Salud podrá delegar en las instituciones públicas del orden nacional, departamental o municipal, las funciones de vigilancia en salud pública, prevención y control de enfermedades y las de administración, vigilancia y control de aseguramiento mediante convenios de desempeño, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 489 de 1998";

Que se considera necesario delegar algunas funciones desarrolladas por los Grupos de Vigilancia en Salud Pública y de Prevención y Control de Enfermedades, de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, que corresponden a actividades de carácter operativo para la atención de las políticas, planes, programas y prioridades fijados por el Ministerio de Salud, en materia de salud pública al Instituto Nacional de Salud, establecimiento público adscrito al Ministerio de Salud.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Delegar las siguientes funciones de vigilancia en salud pública:

- 1) Proponer, desarrollar, ejecutar o apoyar proyectos o labores de vigilancia e investigación de problemas de salud pública en el país, de conformidad con las directivas establecidas por el Ministerio.
- 2) Gestionar, priorizar, vigilar y controlar las acciones de vigilancia en salud pública, establecidas por el Ministerio de Salud, acorde con la situación de salud de la población colombiana y los riesgos que enfrentan.
- 3) Desarrollar los mecanismos de evaluación y seguimiento de la situación de salud de la población y del impacto de los planes de desarrollo nacional, departamentales y municipales que se impulsen, establecidos por el Ministerio de Salud.
- 4) Difundir, promover y velar por el cumplimiento de las normas técnicas para la vigilancia en salud pública en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 5) Asesorar y brindar asistencia técnica a todas las direcciones departamentales y distritales y a otras organizaciones del sistema, en la implementación y desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- 6) Implementar y supervisar la aplicación de los modelos de control de gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública de las direcciones departamentales, distritales, y de éstas a las direcciones municipales de salud.
- 7) Proponer y desarrollar modelos de evaluación de impacto de las intervenciones en salud pública, ejecutadas en el marco del Sistema General de Seguridad Social de Salud y promover su correspondiente aplicación.

ARTICULO SEGUNDO.- Delegar las siguientes funciones de Prevención y Control de Enfermedades de interés en salud pública:

- 1) Proponer, desarrollar, ejecutar o apoyar proyectos o labores de control e investigación de problemas de salud pública en el país.
- 2) Desarrollar y mantener estrategias para el suministro oportuno de biológicos necesarios para la ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones en el territorio nacional, acorde a los recursos de financiación y el esquema de vacunación desarrollados por el Ministerio de Salud.
- 3) Orientar, regular y priorizar, las acciones de prevención y control de las enfermedades de interés en salud pública, en el ámbito nacional, establecidos por el Ministerio de Salud, acorde con la situación de salud de la población colombiana y con las prioridades en salud pública establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo.
- 4) Asesorar en materia de prevención y control de las enfermedades de interés en salud pública, a las instancias del Gobierno Nacional, responsables de la adopción e implementación de políticas, compromisos y acuerdos nacionales e internacionales para el desarrollo humano.
- 5) Promover de conformidad con los principios constitucionales, la participación de entidades no gubernamentales, privadas y comunitarias en la adopción, divulgación, implementación y evaluación de políticas y normas de prevención y control de las enfermedades de interés en salud pública.
- 6) Asesorar y brindar asistencia técnica a las direcciones departamentales y distritales en la formulación, ejecución, evaluación y seguimiento de planes, programas y proyectos de

prevención y control de las enfermedades de interés en salud pública en el ámbito territorial.

- 7) Orientar y facilitar el proceso de adopción de los programas de prevención y control de las enfermedades de interés en salud pública que establezca el Ministerio de Salud, por los organismos de salud del orden nacional, departamental o distrital, en los plazos y bajo las condiciones que se estimen convenientes.

ARTICULO TERCERO.- Acompañar el presente acto de delegación con la suscripción de un convenio entre delegante y delegatario con el fin de establecer el alcance de sus respectivos derechos y deberes.

ARTICULO CUARTO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D.C., a los 16 de febrero de 2001

SARA ORDOÑEZ NORIEGA
MINISTRA DE SALUD

Calidad de la baciloscopia de tuberculosis y lepra, Red de Laboratorios, 2000

María Consuelo Garzón, Dora Leticia Orjuela, Claudia Llerena, Claudia Rocio Sierra, Grupo de Micobacterias, Laboratorio Nacional de Referencia, Instituto Nacional de Salud.

El Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) de Micobacterias del Instituto Nacional de Salud, como cabeza de Red de Laboratorios debe realizar el control de calidad de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública a los Laboratorios de Salud Pública Departamentales y Distritales (LSPD).

El control de calidad de la baciloscopia, mediante la asistencia técnica indirecta (ATI), es una actividad fundamental dentro de los Programas de Control y Prevención de la Tuberculosis y Eliminación de la Lepra. Dicho control de calidad consiste en el envío de láminas de baciloscopia de diagnóstico, control de tuberculosis y clasificación, y control de lepra de los laboratorios adscritos a la red al LSPD y de éste al LNR; es un proceso regular, permanente y planificado que permite crear actitudes respecto al trabajo y contribuye a mantener un nivel adecuado de cobertura, rendimiento y calidad de la técnica de la baciloscopia; además, sugiere la capacitación del personal cuando sea necesario.

La baciloscopia en el Programa de Control y Prevención de Tuberculosis es herramienta fundamental que permite hacer el diagnóstico y el control bacteriológico del paciente.

En el Programa de Eliminación de Lepra, la baciloscopia se realiza cuando en el examen clínico el paciente es sospechoso del diagnóstico de lepra, con el fin de clasificar el caso como multibacilar, si el resultado del examen es positivo, el índice bacilar es mayor a cero ($IB > 0$), o paucibacilar, si el resultado es negativo, el índice bacilar es igual a cero ($IB = 0$) y al término del tratamiento.

El objetivo de este informe fue evaluar la calidad técnica de la baciloscopia de la tuberculosis y la lepra, mediante el control de calidad indirecto, en la Red de Laboratorio durante el año 2000.

Metodología y resultados

En el año 2000, se solicitaron las baciloscopias de tuberculosis y lepra, teniendo en cuenta un cronograma, realizadas durante un mes a 34 LSPD y 2 laboratorios de referencia: Laboratorio de referencia del municipio de Cali (baciloscopias de tuberculosis y lepra) e Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta (baciloscopias de lepra). La modalidad,

utilizada en la red de laboratorios, para realizar el control de calidad indirecto de la baciloscopia de tuberculosis y lepra se hace teniendo en cuenta las siguientes indicaciones.

Tuberculosis

- Enviar la totalidad de las láminas de baciloscopia positivas y la siguiente negativa de diagnóstico o control.
- En caso de no haber baciloscopias positivas de diagnóstico o control, enviar el 10% de las baciloscopias negativas; si el número es mayor de diez y si es menor de diez enviar la totalidad de las baciloscopias.

Lepra

- Enviar la totalidad de las láminas de baciloscopia de clasificación.
- Enviar todas las láminas de baciloscopia de control con $IB > 0$ y el 10% de las baciloscopias con $IB = 0$; si el número es mayor a diez y si es menor de diez, la totalidad de las baciloscopias.

Las baciloscopias fueron leídas previamente por los profesionales de los 36 laboratorios y remitidas junto con los formatos, establecidos para la Red de Laboratorios. El LNR de Micobacterias clasificó y supervisó al azar. Los lectores realizaron la supervisión desconociendo el resultado. En los casos de discordancias cualitativas en las lecturas, la evaluación fue repetida por un segundo supervisor que desconocía el resultado original y el de la primera supervisión.

De los 34 laboratorios, 30 (88%) respondieron a la solicitud y 6 (12%) no lo hicieron, el distrito de Cartagena, Córdoba, San Andrés Islas, Sucre, Vichada y Valle. No reportaron casos de lepra los departamentos de Caquetá, Putumayo, Chocó, Guaviare, Nariño, Guainía, Bogotá y Vaupés.

Departamentos que no respondieron o no reportaron casos de lepra o tuberculosis.

Control de calidad indirecto de lepra, 2000

Valle	sin información
Caquetá	no informó casos
Putumayo	no informó casos
San Andrés Islas	no informaron
Chocó	no informó casos
Guaviare	no informó casos
Vichada	no informaron
Córdoba	no informaron
Sucre	no informaron
Nariño	no informó casos
Bogotá	no informó casos
Guainía	no informó casos
Vaupés	no informó casos
Cartagena, Distrito Turístico	no informaron

Control de calidad indirecto de tuberculosis, 2000

Vichada	no informó
Valle	no informó
Córdoba	no informó
San Andrés Islas	no informó
Sucre	no informó
Cartagena, Distrito Turístico	no informó

Teniendo en cuenta los resultados de los laboratorios y del LNR Micobacterias, se calculó el índice kappa, que indica la concordancia entre las lecturas en una misma prueba y mide, al mismo tiempo, la probabilidad que las diferencias observadas sean debidas al azar.

Después de calculados los datos estadísticos, el valor obtenido del índice kappa, se evaluó según los parámetros que se enuncian a continuación, que permite establecer las condiciones en las que se está llevando a cabo los programas por el laboratorio.

Índice kappa=0,39, corresponde a una concordancia pobre, para lo cual se sugiere capacitación del personal de laboratorio.

Índice kappa=0,4 a 0,79, corresponde a una concordancia moderada y se recomienda realizar una visita de asistencia técnica.

Índice kappa=0,8, corresponde a una concordancia buena.

Resultados

Mediante el control de calidad indirecto de la baciloscopia de tuberculosis, se examinaron 958 láminas provenientes de 262 laboratorios del país; de éstas, 309 fueron positivas y 641 negativas para ambos lectores (LSPD y LNR); 5 baciloscopias resultaron como falsas positivas de los LSPD del Chocó, Cesar y Casanare, y 3 como falsas negativas de los LSPD del Cauca, Cesar y Atlántico, con un porcentaje de concordancia de 99,2%, IC 95% (98,6-99,7) (tabla 1).

Tabla 1. Control de calidad indirecto de la baciloscopia de tuberculosis.

		Laboratorio INS		Total
		Positivo	Negativo	
LSPD y otros	Positivo	309	5	314
	Negativo	3	641	644
	Total	312	646	958

Kappa=0,98

Fuente: Archivo, Laboratorio de Micobacterias, INS.

Para el control de calidad de la baciloscopia de lepra, se examinaron 165 láminas de baciloscopias provenientes de 49 laboratorios del país; 76 correspondieron a IB>0 y 85 fueron IB=0 para ambos lectores (LSPD y LNR); 1 baciloscopia resultó falsa positiva del LSPD del Tolima, y 3 como falsas negativas correspondientes a los LSPD de Atlántico, La Guajira y el Laboratorio de Referencia del Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta. La supervisión de baciloscopias de lepra mostró 86 (52%) pacientes paucibacilares y 79 (48%) multibacilares, con un porcentaje de concordancia del 97,6%, IC 95%=95,2-99,9) (tabla 2).

Tabla 2. Control de calidad indirecto de la baciloscopia de lepra.

		Laboratorio INS		Total
		IB>0	IB=0	
LSPD y otros	IB>0	76	1	77
	IB=0	3	85	88
	Total	79	86	165

Kappa=0,95

Fuente: Archivo, Laboratorio de Micobacterias, INS.

Conclusiones

La baciloscopia de lepra y tuberculosis se puede realizar en cualquier nivel de atención ya que es un examen de bajo costo, alta sensibilidad y baja complejidad técnica.

Los LSPD respondieron en un alto porcentaje a la solicitud realizada por el Laboratorio de Referencia de Micobacterias del INS. La evaluación de la calidad de la baciloscopia de lepra y de tuberculosis mostró que existe un alto grado de confiabilidad y buena calidad técnica del examen.

El análisis del control de calidad de las baciloscopias de lepra, para la clasificación por el laboratorio, indica que hay más casos paucibacilares lo cual no corresponde a la realidad, ya que la mayoría de los casos de lepra en el país son formas multibacilares, diagnosticados tardíamente. Se puede concluir que la baciloscopia se usa casi exclusivamente para el diagnóstico y no para la clasificación como lo establece la norma.

Se hace necesario que los LSPD continúen ampliando la cobertura del proceso de descentralización de la baciloscopia para el diagnóstico de la tuberculosis y la clasificación

de la lepra. El control de calidad debe estar acompañado de la asistencia técnica, la capacitación, el análisis y la evaluación permanente.

Teniendo en cuenta que la baciloscopia desempeña un papel fundamental en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Eliminación de la Lepra, todo esfuerzo tendiente a lograr la óptima calidad, se reflejará en la habilidad para detectar los casos bacilíferos positivos que son los más importantes desde el punto de vista epidemiológico.

Información sobre asistencia técnica y consultas:

Red Nacional de Laboratorios, Laboratorio de Micobacterias, teléfonos: 315 7271 y 222 0577, extensión 436; fax: 315 7312; correo electrónico: mgarzont@hemagogus.ins.gov.co

Brote de hepatitis B/delta, en comunidades indígenas del municipio de Mitú, Vaupés, noviembre de 2000.

Ingrid García, Fernando De la Hoz, Martha Patricia Velandia, División Centros Control de Enfermedades, INS; Saida Durán, Oficina Epidemiología Servicio Seccional de Salud del Vaupés; Ana Judith Blanco, Bacterióloga Servisalud Vaupés; Pablo Montoya, Médico Servisalud Vaupés; Yolima Reyes, Coordinadora Laboratorio de Salud Pública Servisalud Vaupés, Nubia Sierra, Marlene de Neira, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud

En el mes de noviembre, el Servicio Seccional de Salud del Vaupés notificó a la Subdirección de Epidemiología del Instituto Nacional de Salud la ocurrencia de ocho muertes en los últimos dos meses con diagnóstico sospechoso de hepatitis B/delta. Al indagar por la situación y debido a la gravedad de la misma, se decidió realizar un desplazamiento a la zona con el fin de conocer la situación.

Objetivos

- ❖ Confirmar las muertes por hepatitis fulminante en el departamento
- ❖ Búsqueda de nuevos casos
- ❖ Evaluación serológica de la hepatitis B/delta en casos y contactos
- ❖ Establecer coberturas de vacunación contra hepatitis B en el área

Métodos

Confirmación histopatológica de los casos: de acuerdo con la remisión de biopsias de hígado de los pacientes que murieron en un centro asistencial (Hospital San Antonio de Mitú y Hospital de Villavicencio), se realizó la remisión de muestras al Laboratorio de Patología del INS.

Las muestras fueron procesadas de acuerdo con las técnicas estandarizadas en el INS, con coloraciones especiales que determinaron *“inmunohistoquímica positiva, discreta, para antígeno de superficie de la hepatitis B y anticore; negativo para fiebre amarilla y diagnóstico de Hepatitis B/delta”*, en cuatro muestras y diagnósticos de *“hepatitis fulminante, probable B/delta”* en los demás informes.

Investigación de campo

Identificación de contactos: inicialmente se había realizado una visita a las comunidades de donde provenían los casos por parte del personal del Servicio de Salud del Vaupés y se ubicó a los contactos de los casos teniendo en cuenta convivientes, amigos cercanos y compañeros sexuales. La información recolectada fue analizada y organizada por familiogramas y flujo de contactos.

Búsqueda de nuevos casos: se indagó en esas mismas visitas, por medio de reuniones comunitarias y visita domiciliaria sobre nuevos casos, además de la observación médica de los habitantes en la visita casa a casa.

Toma de muestra: se tomó muestra de sangre (7 ml en tubo seco) de las personas contacto de los casos: convivientes, amigos cercanos o contactos sexuales.

La sangre fue separada por retracción del coágulo y luego envasada en viales plásticos y refrigerada hasta la entrega en el Laboratorio de Salud Pública de Mitú.

Procesamiento de muestras: las muestras fueron remitidas al laboratorio de virología del INS donde fueron procesadas para AGHBs, anticore y antidelta; se determinaron anticuerpos totales de estos marcadores.

Coberturas de vacunación: se revisaron los registros que fueron recolectados en la visita de campo, fichas familiares y carné de vacunación.

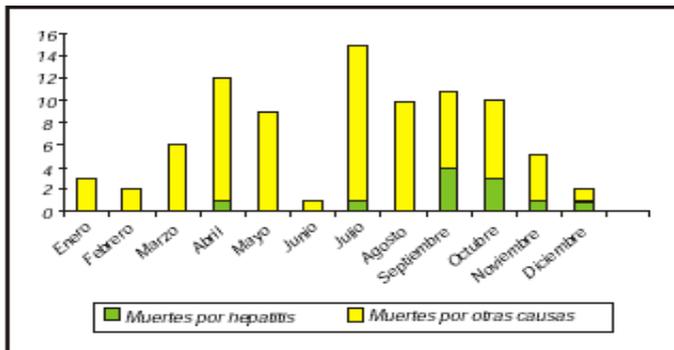
Resultados

Presentación de los casos

- A partir de julio y hasta el 7 de noviembre del año 2000 se han notificado nueve muertes con un cuadro de encefalopatía y falla hepática en el departamento del Vaupés; de ellos, seis tienen confirmación por histopatología de hepatitis fulminante y tres fueron reportados por la comunidad solo después de realizado el trabajo de campo en las comunidades, por lo cual no se pudo obtener biopsia para la confirmación de estos casos.

De los nueve casos en mención, la media de la edad fue de 14 años y mediana de 12,5 con un rango entre 3 y 35 años; tres son mujeres y seis hombres; la procedencia de los casos es en un 89% del área suburbana de Mitú y uno de la comunidad de San Luis del Paca (Alto Paca). Respecto al nexo epidemiológico entre los casos, la totalidad tiene relación con la comunidad de Bocas del Yí; de ellos, seis son estudiantes del internado de esta localidad y cuatro pertenecen a la misma familia (padre y tres hijos); en promedio, las muertes han ocurrido con ocho días de diferencia entre los casos 2 al 9 y el lapso de tiempo entre el caso índice y el segundo caso fue de 2 meses.

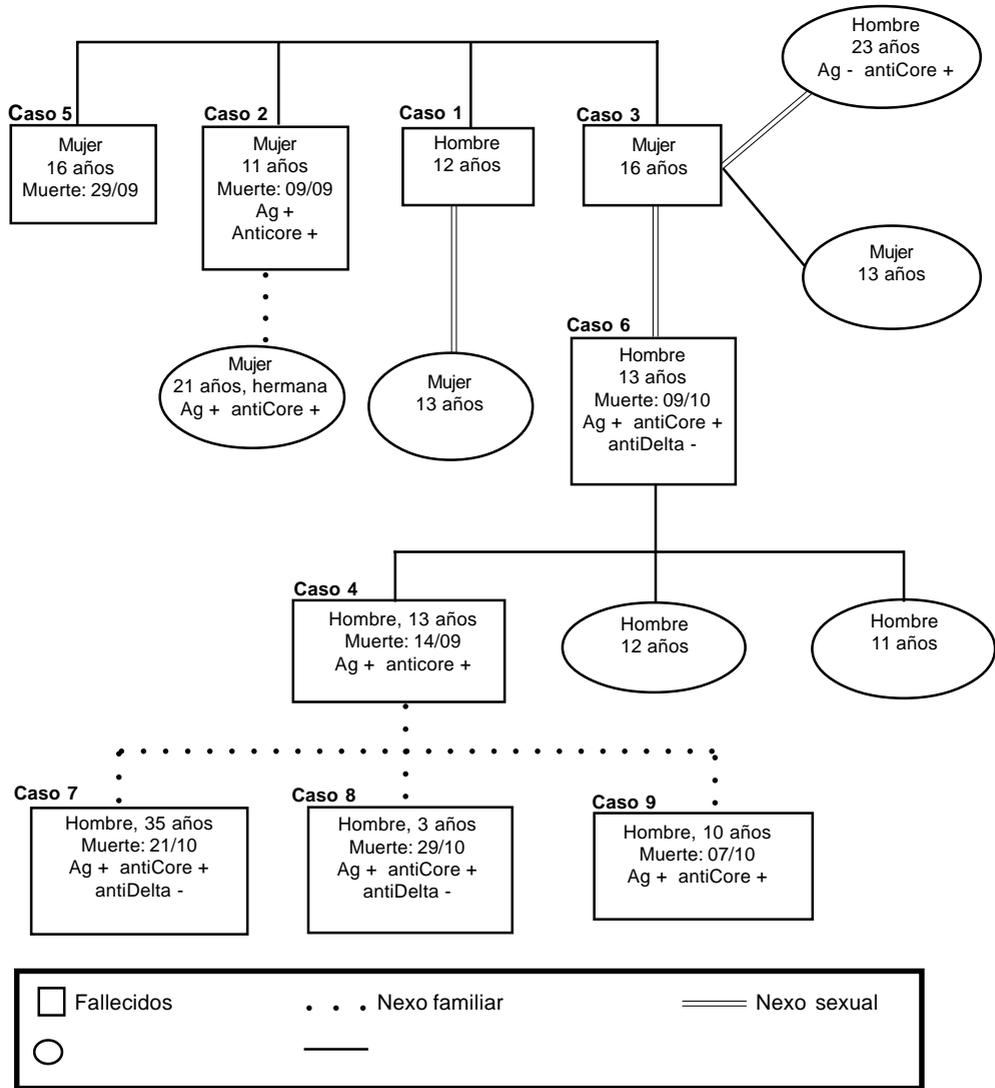
- La tasa de mortalidad en el departamento del Vaupés por hepatitis B/delta en el año 2000 fue de $3,7 \times 10.000$ hab (figura 1).



Trabajo de campo

El primer trabajo de campo se realizó en las comunidades del Alto Paca al suroriente del Municipio de Mitú (a 20 min. de la ciudad de Mitú en avioneta), de donde procede el primer caso informado y se indagó por medio de reuniones comunitarias sobre los conocimientos acerca de la enfermedad, sus causas, transmisión y prevención. De igual manera, se tomó muestra de sangre de las personas contactos de los casos. Posteriormente, se realizó este mismo trabajo en las comunidades del área suburbana de donde provenían los otros casos. Se determinó un flujograma entre los casos para determinar conexiones entre ellos, los casos 1,2,3,4 y 6 son estudiantes de internado, el caso 5 frecuentemente visitaba la comunidad donde está el internado, además de que la comunidad informó sobre contactos con grupos al margen de la ley (figura 2).

Figura 2. Diagrama de casos y contactos, Vaupés, julio a octubre de 2000



Procesamiento de muestras

De las muestras procesadas para antidelta fueron positivas dos; una es de la hermana del caso N° 2 procedente de San Luis del Paca, una mujer de 21 años que reside en la comunidad de Bocas del Yi, y la segunda es de un paciente hospitalizado mayor de 60 años procedente de Mitú y quien no es contacto de los casos aquí informados, pero que evidencia la presencia del virus delta (tabla 1).

Tabla 1. Resultados serológicos de las muestras tomadas en la investigación de brote

Comunidad	AgHBs (+) Anticore (-)	AgHBs (-) Anticore (+)	Anticore (+) Anti delta (+)	AgHBs (-)
Zona de Bocas del Yi	14 (29%)	20 (41%)	15 (30%)	1 (7%)
Zona de San Luis del Paca	3 (18%)	11 (65%)	3 (17%)	0
Zona de Puerto Solano	-	-	2 0	
Otros lugares	1	-	-	1
Total	18 (26%)	31 (45%)	20 (29%)	2

La vacunación contra hepatitis B se inició en el departamento del Vaupés a partir de 1992, en la cual, por ser región clasificada como de alto riesgo⁽¹⁾, se vacuna a toda la población; no obstante, las coberturas de vacunación han caído en los últimos 3 años por debajo de niveles útiles de 50%.

Los estudios sobre hepatitis en la región han mostrado que la prevalencia global de infección para hepatitis B es cercana a 70% y la presencia de portadores es de aproximadamente 26%⁽²⁾, con un número estimado de portadores de VHB de entre 3.000 y 3.500 personas, mientras que la prevalencia de infección por hepatitis Delta es de entre 5 y 10% con un número estimado de portadores de delta de entre 200 y 300 personas en el departamento.

La población en edad fértil en el departamento es de aproximadamente 4.600 mujeres y se calcula que el promedio de nacimientos es de 500 niños al año, de los cuales entre 50 y 75 podrían ser hijos de madres portadoras, lo que indicaría que alrededor de 25 niños por año nacen ya infectados; de ellos, entre 20 y 22 podrían ser casos de infecciones prevenibles con una vacunación temprana.

Para un periodo de tres años tendríamos lo siguiente: el nacimiento de 1.500 niños, de los cuales entre 60 y 70 en el momento del parto se infectan convirtiéndose en portadores, aunque otros 450 más se infectan durante los primeros cinco años de vida, y de ellos al menos 105 tienen una alta probabilidad de quedar portadores por un periodo largo de tiempo, siendo susceptibles de morir por sobreinfección con virus delta o por complicaciones hepáticas; por tanto, en tres años hay una cohorte de entre 160 y 180 portadores nuevos. Con una efectividad del Plan reforzado de vacunación de 80% se estaría evitando entre 120 y 150 de estos portadores nuevos.

Debido a la grave situación de orden público, se espera que la transmisión continúe, ya que los grupos armados en la zona circulan entre las comunidades, muy posiblemente introduciendo el virus delta en nuevos sitios que ya tienen una alta proporción de portadores del virus de la hepatitis B, lo que se ha visto reflejado en el incremento preocupante en el número de muertos por hepatitis fulminante, que pasó de una o dos por año durante la pasada década, a 10 en el 2000.

Teniendo en cuenta la población actual de portadores, al poder tratar a una proporción de ellos se estarían evitando aproximadamente unas 180 muertes por complicaciones en estos pacientes ya infectados.

Con el fin de tomar las medidas necesarias de prevención y control de la hepatitis B y delta en esta zona y en resto del departamento, se propone el siguiente plan de acción, el cual fue concertado y elaborado en conjunto con el personal de la Dirección Seccional de Salud y que se encuentra en proceso de implementación.

Plan de acción propuesto para el departamento del Vaupés 2001

Objetivos

1. Medir la extensión de la infección, coinfección y superinfección por virus de la hepatitis B y delta y fortalecer el diagnóstico por el laboratorio de estas enfermedades.
2. Implementar acciones para la vigilancia y control de la Hepatitis B y Delta, en el departamento del Vaupés. Identificar e intervenir los factores de riesgo para la transmisión de acuerdo con las costumbres y comportamientos socioculturales en las diferentes comunidades y grupos étnicos del departamento.
3. Fomentar la investigación con respecto al comportamiento de la enfermedad en la población del departamento del Vaupés.
4. Fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública del departamento con énfasis en enfermedades inmunoprevenibles.

Estrategias

- ❖ Fortalecimiento del diagnóstico para hepatitis por el laboratorio, mediante serología con pruebas de marcadores para hepatitis (IgM anticore, IgM anti delta, IgM anti A, IgM anti C, Ag HBs, Ag e y pruebas de PCR) y estandarización de pruebas de inmunohistoquímica en el laboratorio de patología.
- ❖ Incluir dentro de los exámenes de control prenatal de las Instituciones Prestadoras de Salud y ESE del departamento del Vaupés la determinación de marcadores para hepatitis B con el propósito de identificar las madres portadoras.
- ❖ Asegurar la vacunación contra HB a todo recién nacido dentro las primeras 12 horas de vida.
- ❖ Intensificación de las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones, eliminando las oportunidades perdidas, realizando canalización y operaciones barrido con vacunación a todos los menores de 10 años y fortaleciendo la red de frío en el departamento. Se calculan aproximadamente 7.000 niños en ese grupo de edad.
- ❖ Detectar y tratar al máximo número de portadores del antígeno de superficie en el área, priorizando en los adolescentes masculinos que parecen ser los que están en mayor riesgo. El medicamento con que se tratarían los portadores de B y de B/Delta sería el interferón Gamma, el cual es costoso y cuyo manejo por las reacciones secundarias exige supervisión médica.
- ❖ El valor de la intervención tendría un costo de US \$768 por muerte evitada; al no realizarse ninguna intervención se ocasiona un costo por la atención del paciente con hepatitis crónica de aproximadamente US\$3.500 y de hepatitis B delta de US\$12.000, que de acuerdo con los datos estimados de población afectada sin intervención sería de US\$600.000, sin tener en cuenta el costo por años de vida productivos perdidos cuando el promedio de años en los que ocurren las muertes está entre los 13 y 16 años de edad.

Referencias

1. **Minsalud-INS**. Plan Nacional. Control de las Hepatitis Virales B y D. Colombia 1992- 1997. Santa Fe de Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 1994.
2. **García I; Isaza F; Rivas F; Jara**. Hepatitis B y Delta en la ribera del río Inírida, zona limítrofe con el departamento del Vaupés. Inf. Quinc Epidem Nac 2000; 5(17):259-263.
3. **Juliao O**. Prevalencia de antígeno de superficie de hepatitis B en Colombia. Biomédica 1991;11:56-60.

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
 SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SIVIGILA
 SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS 3 Y 4 (14 al 27 DE ENERO DE 2001)

Región	Departamento o distrito	Malaria asociada				Fiebre amarilla				Meningitis meningocócica				Meningitis hemorrágica				Sífilis congénita				Hepatitis B				
		3	4	Ac		3	4	Ac		3	4	Ac		3	4	Ac		3	4	Ac		3	4	Ac		
AMAZONIA	Amazonas	5	4	19		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
	Caquetá	1	0	6		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
	Putumayo	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Arauca	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4
	Casanare	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ORINOQUIA	Guainía	3	0	3		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Guaviare	0	1	1		0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Meta	0	1	9		0	0	0	1	1	2	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vaupés	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vichada	1	1	3		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CENTRO ORIENTE	Bogotá	0	0	0		0	0	0	0	0	1	1	1	2	3	6	17	1	4	7	1	4	7	1	0	1
	Boyacá	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	7	1	0	1	0	0	0	0	0	
	Cundinamarca	0	0	1		0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	2	4	15	0	0	0	0	
	Huila	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
	Norte de Santander	0	0	0		0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
OCCIDENTE	Santander	0	1	2		0	0	0	1	0	2	0	0	0	2	0	6	3	2	11	0	0	0	3	2	
	Tolima	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	3	
	Antioquia	0	1	26		0	0	0	0	2	3	0	0	2	0	1	5	1	1	4	7	1	0	1	2	
	Caldas	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	2	0	1	0	1	2	
	Cauca	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	0	1	
COSTA ATLÁNTICA	Chocó	0	3	4		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	
	Nariño	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Quindío	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
	Risaralda	1	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
	Valle	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	12	1	1	2	
COSTA ATLÁNTICA	Atlántico	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Barranquilla	0	0	0		0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Bolívar	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	
	Cartagena	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Cesar	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	5	0	0	0	0	0	0	0	
COSTA ATLÁNTICA	Córdoba	15	12	43		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
	La Guajira	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	
	Magdalena	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
	San Andrés	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Santa Marta	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
TOTAL	Sucre	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	TOTAL	26	24	119		0	1	1	4	4	11	4	4	10	15	24	73	18	38	86	0	0	0	0	0	

El *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional, IQEN*, es una publicación quincenal de la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y de la Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud, con un tiraje de 12.000 ejemplares.

Los datos y análisis son provisionales y pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones no institucionales, enviadas por los autores para estudio de publicación, son de exclusiva responsabilidad de los mismos y todas deberán ceñirse a las normas éticas internacionales vigentes.

Los editores del IQEN agradecen, de antemano, el envío de sus contribuciones al boletín a través de los epidemiólogos locales o de las direcciones distritales y departamentales de salud, a la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud, teléfonos 336-5066, extensiones 1413, 1414 y FAX 336-5066, extensión 1431, o a la Subdirección de Epidemiología y LNR del Instituto Nacional de Salud, a los teléfonos 220-7700, extensiones 540, 541, 543 o 548 o al FAX 315-1890 o a cualquiera de las direcciones electrónicas.

Cualquier información contenida en el boletín IQEN es del dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

Cita sugerida: diagnóstico de malaria por el método de PCR. Mendoza M, Jaramillo C, Guhl F, Padilla JC, Rentería M. Inf Quinc Epidem Nac 2001;6(3):17-20.

Sara Ordóñez Ministra de Salud Dirección General de Promoción y Prevención	Jorge Boshell Director, INS Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia
--	--

Comité editorial

Carlos Arturo Sarmiento Víctor Hugo Alvarez	Angela González Fernando de la Hoz Martha Velandia Diana Carolina Cáceres Jacqueline Acosta
--	---

Editores

Fernando de la Hoz
Carlos A. Hernández

Apoyo logístico

Jorge Eliécer González	Gabriel Perdomo Francisco Rodríguez
------------------------	--

Diagramación e impresión

División de Biblioteca y Publicaciones, INS

Ministerio de Salud Carrera 13 No. 32-76 Bogotá, D.C., Colombia e-mail epidemio@bogota.minsalud.gov.co	Instituto Nacional de Salud Avenida calle 26 No. 51-60 Bogotá, D.C., Colombia e-mail publicacion@hemagogus.ins.gov.co
---	---