Protocolo de Vigilancia de Hepatitis B, C y coinfección/superinfección Hepatitis B-Delta

Código 340

Versión: 04

Fecha: 28 de abril de 2022

Grupo de enfermedades transmisibles endoepidémicas
y relacionadas con salud sexual

transmisibles@ins.gov.co

@INSColombia



Instituto Nacional de Salud

La salud es de todos Minsalud

Créditos

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Elaboró

DORA ROMERO

LILIBETH DAZA

Equipo Infecciones de Transmisión Sexual

Actualizó

LUIS ENRIQUE MAYORGA MOGOLLÓN
Profesional especializado

Revisó

LUIS CARLOS GÓMEZ ORTEGA
Coordinador Grupo Enfermedades Transmisibles Endoepidémicas y Relacionadas con Salud Sexual
SANDRA MILENA APARICIO FUENTES
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
SANDRA LUCERO BONILLA MOLANO
Grupo Enfermedades Transmisibles Endoepidémicas y Relacionadas con Salud Sexual

Aprobó

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud Bogotá,
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia e Pública de Hepatitis B, C y Coinfección/Superinfección Hepatitis versión 5. [Internet] 2022. https://doi.org/10.33610/infoeventos.56

1. Introducción *5*

1.1. Situación epidemiológica **5**

1.1.1. Situación epidemiológica mundial 5

1.1.2. Situación epidemiológica en América 6

1.1.3. Situación epidemiológica nacional 6

1.2. Estado del arte **7**

1.3. Justificación de la vigilancia **8**

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento **8**

2. Objetivos específicos *8*

3. Definiciones operativas de caso *9*

Fuente: Guía de Práctica Clínica para hepatitis B (2016) y Guía de Práctica Clínica para Hepatitis C (2016 -2018) *10*

4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles *10*

4.1. Estrategias de vigilancia **10**

4.2. Responsabilidad por niveles **10**

4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social 10

4.2.2. Instituto Nacional de Salud 10

4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios 11

4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud 11

4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud 11

4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos 11

5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información *11*

5.1. Periodicidad del reporte **11**

5.2 Flujo de información **12**

5.3 Fuentes de información **12**

6. Análisis de la información *12*

6.1. Procesamiento de los datos **12**

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales **13**

7. Orientación para la acción *13*

7.1 Acciones individuales **13**

7.1.1 Investigación epidemiológica de campo (IEC) 13

7.2. Acciones colectivas **13**

7.2.1. Información, educación y comunicación 13
7.2.2. Búsqueda Activa Institucional 13

7.3. Situación de alerta, brote y emergencia en salud pública 14

7.4. Acciones de laboratorio 14

8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia 14

9. Indicadores 15

10. Referencias 17

12. Control de revisiones 18

Anexos 19

1. Introducción

Las hepatitis virales son más frecuentes en los jóvenes, adultos y grupos poblacionales con factores de riesgo, causando discapacidad y muerte particularmente asociada a insuficiencia hepática, cirrosis y cáncer de hígado. La importancia de esta enfermedad radica especialmente en su alta probabilidad de cronificación, la cual depende de la edad en la que se adquiere la infección.

Según cálculos de la OMS, 296 millones de personas padecen la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) de forma crónica (1). Las infecciones crónicas son las causantes del 57 % de los casos de cirrosis hepática y del 78 % de los de cáncer primario de hígado.

La infección por hepatitis B, adquirida en la infancia, ocasiona hepatitis crónica en 95 % de los casos (1). La OMS estimó, para 2019, que en menores de 5 años la infección crónica por hepatitis B es inferior a 1 %, comparado con el 5 % en la época anterior a la vacuna contra el virus de hepatitis B.

Aproximadamente 1,4 millones de personas mueren cada año como consecuencia de las diversas formas de hepatitis viral (2). De estas muertes, se atribuye el 48 % al virus de la hepatitis C y el 47 % al de la hepatitis B (2).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció en 2018 el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB\VIH y las hepatitis B y C 2018-2021. En 2018 se actualizó la guía de práctica clínica de hepatitis C.

1.1. Situación epidemiológica

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

La epidemiología global de la infección por el VHB tradicionalmente ha clasificado el grado de endemicidad del evento, de acuerdo con la prevalencia de HBsAg y a su vez con modos predominantes de transmisión del virus en tres categorías: endemicidad alta, media y baja. Una estimación de 2016 señala en 3,9 % la prevalencia global de la infección por el virus de la hepatitis B (3).

Las mayores tasas de prevalencia de hepatitis B en adultos, que superan el 6,0 %, corresponden a África y la región del Pacífico Occidental (1). En la región del Mediterráneo Oriental la tasa de infección de hepatitis B en la población general es del 3,3 %, en Asia Sudoriental 2,0 % y en Europa, el 1,6 % (1).

Según sea la prevalencia de hepatitis B, puede ser mayor la probabilidad de transmisión de madre a hijo y la infección en la primera infancia en los grupos de población con baja cobertura de vacunación (2).

Se calcula que en el mundo hay 150 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C; se estima que el 67 % de los consumidores de drogas inyectables están infectados con el virus de hepatitis C (2).

También es relevante la transmisión sexual de hepatitis B y de hepatitis C entre los hombres que tienen sexo con hombres, los trabajadores sexuales, los transexuales, las personas privadas de la libertad, las personas heterosexuales que tienen múltiples parejas sexuales; además, el consumo de alcohol y de otras drogas que pueden aumentar vulnerabilidades y comportamientos sexuales de riesgo (2).

1.1.2. Situación epidemiológica en América

Se considera que la endemicidad de la infección por el virus de la hepatitis B en las Américas es de media a baja, con una prevalencia de HBsAg inferior a 0,7 % (1).

En Estados Unidos, en 2019 las tasas más altas de hepatitis B se presentaron en el grupo de edad de 40 a 49 años con 2,7 casos por 100 000 habitantes y en los hombres, con 1,3 casos versus 0,7 casos por 100 000, en mujeres (4).

De otra parte, la disminución progresiva en las tasas de notificación de hepatitis B en las personas menores de 30 años se explica debido a la implementación de la vacunación infantil contra hepatitis B a partir de 1991 (4).

De igual manera, en 2019, en Estados Unidos, la tasa de hepatitis C fue más alta en el grupo de edad de 20 a 39 años y en los hombres con 1,6 casos por 100 000 versus 1,0 casos en mujeres (4).

En América del Sur, entre los portadores del virus de la hepatitis B, se calcula en 22,3 % la prevalencia del virus de hepatitis Delta (5). También se estima que en América hay cinco millones de personas afectadas por el virus de la hepatitis C (6).

En Brasil, la infección por el VHB es más frecuente en hombres de 20 a 39 años y la transmisión sexual es la vía más importante (7); asimismo, en población general, se estima en 0,5 % la prevalencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (8).

1.1.3. Situación epidemiológica nacional

En 2021 el número de casos notificados de hepatitis B y C aumentó en 57,5 % y 32,4 %, respectivamente (9), en comparación con la notificación de 2020 (10); no se registraron casos de coinfección hepatitis B-Delta (9).

Según el mecanismo probable de transmisión, las mayores proporciones son transmisión sexual (72,1 %) y parenteral / percutánea (11,8 % de casos).

El comportamiento demográfico indica que el 54,5 % de los casos se registraron en hombres, 17,8 % en gestantes y 0,6 % en personas procedentes del exterior (9). El grupo etario con la mayor proporción de casos es de 25 a 34 años (31,7 % de casos de hepatitis B y 30,5 % de los casos de hepatitis C).

En 2021 se identificaron 357 casos de Covid-19 en personas con hepatitis B o C (9); el 65,5 % de estos casos ocurrieron en hombres y el 3,1 % en gestantes.

1.2. Estado del arte

Tabla 1. Características de los virus de hepatitis B, C y D

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	El virus de la hepatitis B (VHB) tiene por material genético DNA, pertenece a la familia Hepadnaviridae. El virus de la hepatitis C (VHC) es del tipo RNA y pertenece a la familia Flavivirus. El virus defectivo de la hepatitis Delta (VHD) tiene por material genético RNA circular envuelto.
Modos de transmisión	El virus de la hepatitis B se transmite a través de sangre y otros líquidos orgánicos; el de la hepatitis C, principalmente, a través de sangre infectada. La exposición a sangre puede ocurrir a través del uso compartido de implementos para la inyección de drogas intravenosas, y prácticas sexuales que conducen a la exposición a la sangre (6). La infección por el virus de la hepatitis D solo ocurre en personas infectadas con el virus de la hepatitis B. La transmisión perinatal de la hepatitis B ocurre durante el parto; la transmisión horizontal (por exposición a sangre infectada) sucede en el entorno doméstico especialmente en menores de cinco años (1) en áreas altamente endémicas.
Período de incubación	El período de incubación del virus de la hepatitis B oscila entre 30 y 180 días; puede detectarse dentro de los 30 a 60 días posteriores a la infección (1). El período de incubación de la hepatitis C varía de 2 semanas a 6 meses (6).
Susceptibilidad	Se adquiere inmunidad protectora mediante la vacunación con esquema completo o después de la infección si aparecen anticuerpos contra el HBsAg y si el HBsAg es negativo. La probabilidad de que la infección por el VHB se cronifique depende de la edad a la que se produzca. En los lactantes y niños pequeños, sufren una infección crónica: • del 80% al 90% de los lactantes infectados en el primer año de vida; y • del 30% al 50% de los niños infectados antes de cumplir los 6 años. En los adultos: • menos del 5% de las personas sanas que se infecten en la edad adulta presentarán la infección en su forma crónica; y • del 20% al 30% de los adultos que padecen una infección crónica sufrirán cirrosis y/o cáncer hepático.

	En el caso del VHC, aproximadamente el 30 % de las personas infectadas elimina el virus espontáneamente en un plazo de 6 meses, sin necesidad de tratamiento alguno. En el 70 % restante se produce infección crónica, y en estos casos el riesgo de cirrosis hepática a los 20 años oscila entre el 15 y el 30 % (6).
Reservorio	Los seres humanos

1.3. Justificación de la vigilancia

La Organización Mundial de la Salud plantea metas para reducir la incidencia de infecciones crónicas por virus de la hepatitis (2) a 2030, y reducir la mortalidad anual a causa de hepatitis crónicas de 1,4 millones de muertes a menos de 500.000 para 2030. En Colombia el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 planteó para el año 2022, reducir y mantener la tasa global de incidencia de hepatitis B a menos de 2 %.

Por ello a través de la Vigilancia en Salud Pública se pretende hacer un seguimiento permanente a la ocurrencia y comportamiento de estos eventos de interés en salud pública, para orientar la gestión en salud y la formulación de políticas públicas específicas dirigidas a la mitigación de esta epidemia silente, como la ha denominado la Organización Panamericana de la Salud.

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento

Caracterizar continua y sistemáticamente la ocurrencia de Hepatitis B, Hepatitis C y coinfección Hepatitis B-Delta mediante los procesos de notificación, recolección y análisis de los datos con el fin de generar información oportuna, válida y confiable que permita orientar las medidas de prevención y control de la infección, la toma de decisiones en salud y la generación de políticas públicas con relación al evento.

Los usuarios de la información generada por el sistema de vigilancia serán:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud
- Las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos
- Laboratorios de Salud Pública
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Organización Panamericana de la Salud
- Comunidad médica
- Población en general.

2. Objetivos específicos

1. Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados de hepatitis B, B-D y C.
2. Realizar seguimiento a los indicadores de incidencia y clasificación de hepatitis B y

coinfección Hepatitis B-Delta y de confirmación de hepatitis C.

3. Establecer la tendencia de Hepatitis B, coinfección Hepatitis B-Delta y Hepatitis C.

3. Definiciones operativas de caso

Tabla 2. Definiciones operativas de caso para para la infección por el virus de la hepatitis B, C y D.

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por laboratorio	**Caso de hepatitis B a clasificar** Paciente con nueve meses o más de vida con 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-HBc IgM o Anti-HBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad. Estos casos se deben notificar como "a clasificar" con la salvedad 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, definiendo si presenta una infección de tipo aguda o crónica. **Caso de hepatitis B aguda** Paciente con nueve meses o más de vida con 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 tipo IgM contra el Ag Core del virus de la Hepatitis B (IgM Anti-HBc) positiva/reactiva. **Caso de hepatitis B crónica** Paciente con 9 meses o más de vida con una prueba para detección de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva o histopatología compatible con infección por el VHB, y que cumpla por lo menos uno de los siguientes criterios: • Anticuerpo contra el antígeno Core total positivo (anti-HBc total) y anticuerpo IgM contra antígeno Core (anti-HBc IgM) negativo. • Antígeno de superficie (HBsAg) positivo en dos oportunidades separadas por un intervalo mínimo de 6 meses. 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 seis meses. **Caso de coinfección /superinfección Hepatitis B-Delta** Paciente que cumpla con alguna 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 serológica para detección de anticuerpos totales contra el VHC (Anti-VHC) positiva/reactiva o histopatología compatible con infección por el VHC y confirmada con una prueba cuantitativa de ARN-VHC (carga viral).
Ajustes	Un caso se puede descartar (ajuste 6) cuando, mediante pruebas de laboratorio, se concluye que no cumple la definición de caso. También se descarta (ajuste D) cuando hubo errores de digitación.

Fuente: Guía de Práctica Clínica para hepatitis B (2016) y Guía de Práctica Clínica para Hepatitis C (2016 -2018)

4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

4.1. Estrategias de vigilancia

Notificación de casos predefinidos (vigilancia pasiva): se notifican al sistema de vigilancia los casos confirmados de hepatitis B, hepatitis C y coinfección/superinfección hepatitis B-Delta.

Vigilancia por búsqueda secundaria (vigilancia activa): se debe realizar, con periodicidad trimestral, Búsqueda Activa Institucional (BAI) de casos confirmados a partir de los registros de laboratorio clínico.

4.2. Responsabilidad por niveles

Será conforme a lo establecido en el Decreto 3518 de 2006 (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública), compilado en el Decreto 780 de 2016 (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social), en especial para la vigilancia de hepatitis B, C, B-D:

4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social

- Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del Sistema de Vigilancia de hepatitis B, C, B-D.
- Coordinar la participación de las organizaciones del sector salud y de otros sectores del ámbito nacional, en el desarrollo del Sistema de Vigilancia de hepatitis B, C, B-D.

4.2.2. Instituto Nacional de Salud

- Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la definición de las normas técnicas y estrategias para la vigilancia de hepatitis B, C, B-D.
- Apoyar a los departamentos y distritos en la gestión del Sistema de Vigilancia de VIH /sida y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico en las áreas de su competencia, cuando así se requiera.
- Analizar y divulgar periódicamente la información generada por la vigilancia de hepatitis B, C, B-D.

4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- Analizar y utilizar la información de la vigilancia de hepatitis B, C, B-D para la toma de decisiones.
- Garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos y el tratamiento oportuno.

4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud

- Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del sistema de vigilancia en salud pública y en el desarrollo de las acciones de vigilancia y control epidemiológico, garantizando el cumplimiento de los lineamientos y requerimientos establecidos.
- Mantener actualizada la información epidemiológica del comportamiento de hepatitis B, C, B-D en el departamento/distrito.
- Capacitar a los responsables de la vigilancia de los municipios en el protocolo y los lineamientos de hepatitis B, C, B-D.
- Realizar capacitaciones a los profesionales de la salud de los municipios (médicos, enfermeros, bacteriólogos) en lo relacionado con el diagnóstico de hepatitis B, C, B-D (toma de muestras, tipo de muestras, tipo de pruebas, condiciones para transporte).

4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud

- Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia de hepatitis B, C, B-D en el ámbito municipal de acuerdo con su categoría.
- Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones de vigilancia de hepatitis B, C, B-D, conforme a sus competencias.

4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos

- Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los casos hepatitis B, C, B-D.
- Notificar la ocurrencia de casos hepatitis B, C, B-D, dentro de los términos establecidos.

5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información

5.1. Periodicidad del reporte

Se debe notificar individualmente y con periodicidad semanal la presencia de todos los casos confirmados de hepatitis B, C, B-D, de acuerdo con los estándares establecidos en el subsistema de información para la vigilancia en salud pública.

Tabla 3. Periodicidad de los reportes

Notificaciones	Responsabilidad
Notificación semanal	Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de notificar los casos confirmados en los formatos y estructura establecidos por el INS. Los casos para clasificar de hepatitis B y los ya clasificados de hepatitis B, hepatitis C y coinfección/superinfección B-Delta deben notificarse semanalmente y de manera individual. Los casos de coinfección B/Delta deben ser notificados para los dos eventos, hepatitis B y hepatitis D.

5.2 Flujo de información

El flujo de la información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos. El flujo de información se puede consultar en el documento: "Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila" que puede ser consultado en el portal web del INS: https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/1-manual-sivigila-2018-2020.pdf

5.3 Fuentes de información

Fuente primaria

Para la operación de estadística de vigilancia de eventos de salud pública, la fuente primaria obtiene los datos de las unidades estadísticas (UPGD o UI) empleando las fichas de notificación físicas o digitales, que permiten reportar los casos de personas que cumplan con la definición de caso hepatitis B, C, B-D (código: 340).

Fuente secundaria

Corresponde al conjunto de datos que se obtienen a partir de la recolección de información realizada por otros. En el evento hepatitis B, hepatitis C y coinfección/superinfección B-Delta, estas fuentes corresponden a:

- Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS.
- Historias clínicas.
- Registro de defunción –RUAF.
- Proyecciones de población DANE.

6. Análisis de la información

6.1. Procesamiento de los datos

Para el procesamiento de los datos se deben depurar las bases teniendo en cuenta las definiciones de caso y haciendo especial énfasis en los casos que no cumplen

dichas definiciones; es decir, que tienen fallas en la calidad del dato buscando la realización de los respectivos ajustes.

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales

Para el análisis del evento deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

Verificar la clasificación de los casos a partir de los resultados de laboratorio y con base en la definición de caso.

Caracterizar el comportamiento en variables de persona, tiempo y lugar. Establecer la distribución según edad, sexo, área, afiliación al SGSSS, mecanismo de transmisión. El análisis de la información se debe efectuar según procedencia.

Para el análisis de los comportamientos inusuales puede utilizarse el modelo de probabilidad de la distribución de Poisson, para establecer la significación estadística del aumento o disminución de casos.

7. Orientación para la acción

7.1 Acciones individuales

La detección de Hepatitis B, C y coinfección B/Delta se realizará dando cumplimiento a las recomendaciones de la Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B crónica; la Guía de práctica clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la Hepatitis C, la vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica y la estrategia Marco para Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (ETMI-PLUS Colombia 2019 - 2030 emitidas por Ministerio de Salud y Protección Social que se encuentren vigentes, disponible en el Repositorio Institucional Digital (RID) del MSPS.

7.1.1 Investigación epidemiológica de campo (IEC)

Debe realizarse como parte del estudio de un brote.

7.2. Acciones colectivas

7.2.1. Información, educación y comunicación

Educar e informar a la población sobre la infección por hepatitis B, hepatitis C y coinfección/superinfección B-Delta y los mecanismos para evitar su transmisión. Las acciones se deben articular con el plan de salud sexual y reproductiva existente en cada entidad territorial.

Promover medidas generales para fomentar la educación sexual, a través de campañas de promoción de comportamientos saludables relacionados con la sexualidad y la reproducción.

7.2.2. Búsqueda Activa Institucional

Con periodicidad trimestral, realizar Búsqueda Activa Institucional (BAI) de casos confirmados a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) generados en las UPGD. Se deben ingresar a Sivigila los casos que aún no se hayan notificado.

7.3. Situación de alerta, brote y emergencia en salud pública

Las alertas identificadas deben notificarse inmediatamente al correo del referente del evento del INS y al Sistema de Alerta Temprana del INS, correo eri@ins.gov.co con una información preliminar "cápsula de información" que describa: número de afectados, tipo de población, casos graves y hospitalizados, muertes relacionadas, muertes recolectadas, nivel de riesgo y respuesta estimados por la entidad territorial y las actividades preliminares para el control de la situación. La cápsula de información debe fluir inmediatamente a los niveles superiores.

Se establece situación de alerta mediante monitoreo de medios o ante el incremento significativo en el análisis de comportamientos inusuales durante tres periodos epidemiológicos consecutivos. Ante la presencia de esta última situación el departamento o distrito debe realizar SAR.

El primer Sitrep se debe emitir a las 24 horas después de realizado el reporte y se generarán con la periodicidad establecida por la entidad territorial o ante la identificación de nueva información que actualice el reporte inicial. Cada situación informada a través de Sitrep, requiere uno final o de cierre, donde consolide de manera más amplia las acciones implementadas para el control, la metodología, los resultados y los criterios de cierre de la situación. El formato departamental de Sitrep está disponible en: http://url.ins.gov.co/7nib8.

7.4. Acciones de laboratorio

Para tipos de muestra, recolección y transporte, consultar manual para obtención y envío de muestras en salud pública de la Subdirección Red Nacional de Laboratorio disponible en: https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-toma-envio-muestras-ins.pdf

8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia

La comunicación y difusión periódica de la información del análisis de la vigilancia en salud pública de hepatitis B, C y B-D tiene como propósito desarrollar la capacidad resolutiva del equipo territorial, siendo un insumo fundamental que apoya la toma de decisiones y contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento en el territorio (11).

Con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud pública, el Instituto Nacional de Salud realiza de forma rutinaria los informes gráficos con el análisis del comportamiento del evento e informes finales con los cierres anuales. Así mismo, se ha publicado en el Portal Sivigila 4.0, módulos de análisis que comprenden: i. Número de casos reportados, ii. Estimaciones de medidas de frecuencia, iii. Generación de canales endémicos para eventos agudos, iv. Mapas de riesgo, v. Diagramas de calor y vi. Generación de microdatos.

Los datos corresponden a cierres anuales depurados desde 2007, que permiten una desagregación geográfica por departamento, distrito, municipio, desagregación temática por evento, desagregación temporal por año y desagregación institucional por Institución Prestadora de servicios de salud o red conexa que caracterizó y notificó el evento y la Entidad Administradora de Planes de Beneficios responsable del aseguramiento de los pacientes.

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, tienen bajo su responsabilidad difundir los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por lo cual se recomienda realizar de manera periódica boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros; asimismo, utilizar medios de contacto comunitario como radio, televisión o redes sociales, con el fin de alertar tempranamente ante la presencia de eventos que puedan poner en peligro la seguridad sanitaria local.

9. Indicadores

Los siguientes indicadores están dirigidos a evaluar la gestión y los aspectos más importantes de la vigilancia de los dos eventos.

Nombre del indicador	Proporción de incidencia de casos notificados de hepatitis B
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Refleja el comportamiento del evento a través del número de pacientes con infección por hepatitis B notificados al Sivigila.
Propósito	Medida del riesgo que presenta la población de contraer la enfermedad. Evaluar y seguir la magnitud del evento. Identificar grupos vulnerables para el control y seguimiento del evento.
Definición operacional	Numerador: número de casos de hepatitis B notificados al Sivigila por periodo epidemiológico por entidad territorial de procedencia. Denominador: Población DANE proyectada en el año.
Coeficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	Por cada 100.000 habitantes, se notificaron al Sivigila __ casos de hepatitis B.
Nivel	Nacional y departamental
Periodicidad	Nacional: trimestral. Entidad territorial: anual.
Meta	No aplica

Nombre del indicador	Porcentaje de casos de hepatitis B que son clasificados
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Porcentaje de casos de hepatitis B que son clasificados como aguda o crónica.
Propósito	Permite conocer la calidad de la información.
Definición operacional	Numerador: número de casos de hepatitis B que son clasificados en aguda o crónica. Denominador: total de casos de hepatitis B notificados en el año.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	El __% de los casos notificados como hepatitis B se clasificaron como hepatitis B aguda o crónica.
Nivel	Nacional y departamental
Periodicidad	Nacional: trimestral. Entidad territorial: anual.
Meta	80 %

Nombre del indicador	Porcentaje de casos de hepatitis C que son confirmados
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Porcentaje de casos de hepatitis C que son confirmados
Propósito	Permite conocer la calidad de la información.
Definición operacional	Numerador: Número de casos de hepatitis C que son confirmados Denominador: Número total de casos de hepatitis C notificados en el año.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	El __% de los casos notificados como hepatitis C fueron confirmados.
Nivel	Nacional y departamental
Periodicidad	Nacional: trimestral. Entidad territorial: anual.
Meta	80 %

10. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis B. 2021. [Internet]. Fecha de consulta: 03 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b

2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021. [Internet]. Fecha de consulta: 03 de marzo de 2022. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250578/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf?sequence=1

3. Nguyen MH, Wong G, Gane E, Kao JH, Dusheiko G. Virus de la hepatitis B: avances en prevención, diagnóstico y tratamiento. Clin Microbiol Rev. 2020;33(2): e00046-19. [Internet]. Fecha de consulta: 08 de marzo de 2022. doi:10.1128/CMR.00046-19

4. Centers for Disease Control and Prevention. Viral Hepatitis Surveillance Report 2019. [Internet]. Fecha de consulta: 22 de abril 2022. Disponible en: https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2019surveillance/HepB.htm

5. Scarponi, Cristiane Faria de Oliveira et al. Prevalencia de la hepatitis delta en América del Sur: una revisión sistemática y un metanálisis. Revista de la Sociedad Brasileña de Medicina Tropical [Internet]. 2019. Fecha de consulta: 10 de marzo de 2022. Disponible en: https://doi.org/10.1590/0037-8682-0289-2018

6. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis C. [Internet]. Fecha de consulta: 03 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c

7. Pinto, CS, Costa, GB, Allaman, IB et al. Aspectos clínicos, epidemiológicos y tendencias de la hepatitis B en Brasil de 2007 a 2018. Sci Rep 11, 13986. [Internet]. Fecha de consulta: 18 de marzo de 2022. (2021). https://doi.org/10.1038/s41598-021-93434-y

8. Benzaken AS, Girade R, Catapan E, Pereira GFM, Almeida EC, Vivaldini S, Fernandes N, Razavi H, Schmelzer J, Ferraz ML, Ferreira PRA, Pessoa MG, Martinelli A, Souto FJD, Walsh N, Mendes-Correa MC. Hepatitis C disease burden and strategies for elimination by 2030 in Brazil. A mathematical modeling approach. Braz J Infect Dis. 2019 May-Jun;23(3):182-190. [Internet]. Fecha de consulta: 22 de abril 2022. doi:

10.1016/j.bjid.2019.04.010PMID: 31145876.

9. Instituto Nacional de Salud. Hepatitis B, C y coinfección B-D. Periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2021. [Internet]. Fecha de consulta: 05 de marzo 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20B,%20C%20Y%20COINFECCI%C3%93N%20B-D%20PE%20XIII%202021.pdf

10. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Hepatitis B, C y B-Delta, Colombia, 2020. [Internet]. Fecha de consulta: 05 de marzo 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20B,%20C%20Y%20COINFECCI%C3%93N%20B-DELTA_2020.pdf

11. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 4 Vigilancia en salud pública. Segunda edición. Washington D.C.: OPS; 2011. 48-49

12. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2007	08	30	Creación del documento de acuerdo con los lineamientos de salud pública a nivel nacional	Dora Romero – Referente vigilancia hepatitis B. Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual.
01	2009	12	28	Entrega de avance en la actualización del protocolo de vigilancia.	Lilibeth Daza – Referente vigilancia hepatitis B. Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual.
02	2010	08	13	Creación del documento de acuerdo con los lineamientos de salud pública a nivel nacional	Diana Landaeta – Referente vigilancia hepatitis B. Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual.

02	2012	12	28	Entrega de avance en la actualización del protocolo de vigilancia	Rubén Robayo – Referente vigilancia hepatitis B. Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual.
02	2014	03	31	Construcción del documento de acuerdo con los lineamientos de salud pública a nivel nacional	Natalia Tolosa Pérez. Referente vigilancia hepatitis B, hepatitis C y coinfección B-Delta. Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual.
03	2016	05	18	Se complementa documento con las acciones específicas para la vigilancia de Hepatitis C y coinfección Hepatitis B-Delta. Modificación de definiciones de caso para vigilancia de Hepatitis B. Adición de definiciones pertinentes del decreto 3518 e indicadores del evento. Se adicionaron notas para hacer claridad en algunos conceptos o estrategias de vigilancia.	Natalia Tolosa Pérez. Referente vigilancia hepatitis B, hepatitis C y coinfección B-Delta. Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual.
03	2016	11	30	Entrega de avance en la actualización del protocolo de vigilancia. Se realiza actualización de gráficos y cuadros al año 2015. Se adiciona introducción, gestantes y se complementa códigos CIE 10	Ivonnie Adriana Alayón C. Referente vigilancia hepatitis B, hepatitis C y coinfección B-Delta. Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual.
03	2017	05		Actualización protocolo	Norma Constanza Cuéllar – Amparo Liliana Sabogal Equipo Funcional ITS
03	2020	05	30	Actualización del protocolo. Actualización del algoritmo diagnóstico de hepatitis C de acuerdo con la "Vía Clínica para el tratamiento de la Hepatitis Crónica" del MSPS.	Javier Alberto Madero Reales Equipo funcional ITS.
04	2022	03	16	Actualización del protocolo	Luis Enrique Mayorga Mogollón

Anexos

Anexo 1. Ficha de notificación Hepatitis B, C y Delta (cód.340). Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/340_Hepatitis_B_2022.pdf

Anexo 2 Manual para obtención y envío de muestras en salud pública de la Subdirección Red Nacional de Laboratorio https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-toma-envio-muestras-ins.pdf