 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE HEPATITIS B	Página 1 de 19
	INT-R02.002.4020-029	Versión Nº 00
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades transmisibles (grupo infecciones de transmisión sexual) Fecha: 25 de Septiembre 2009	Revisado por: Coordinador grupo de infecciones de transmisión sexual Fecha: 25 de Septiembre 2009	Fecha próxima revisión: 25 de Septiembre de 2010 Aprobado por: Dr. Víctor Hugo Álvarez Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 25 de Septiembre 2009

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de la ocurrencia de hepatitis B 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.

1.2 Objetivos específicos

- Establecer la distribución y frecuencia de los casos de hepatitis B en las entidades territoriales.
- Identificar los factores de riesgo y modo de transmisión que lleven al aumento en la incidencia del evento mediante la actualización de la información epidemiológica y clínica.

2. ALCANCE

Este documento define la metodología para los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientaran las medidas de prevención y control de los casos de hepatitis B, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, según se requiera.

3. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia a través de este documento y de los actores del sistema:

Ministerio de la Protección Social-Centro Nacional de Enlace.

Instituto Nacional de Salud-Subdirección de vigilancia y control en salud pública.

Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.

Unidades primarias generadoras de datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.

4. DEFINICIONES

Las contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

5. CONDICIONES GENERALES: N/A

6. MATERIALES Y REACTIVOS: N/A

7. EQUIPOS: N/A

8. CONTENIDO

8.1. Importancia del evento

8.1.1. Descripción del evento

Las hepatitis virales son infecciones hepáticas causadas por virus hepatotropos, los cuales comparten la característica de tener afinidad particular por el tejido hepático. Existen seis tipos de virus A, B, C, Delta, E y el recientemente descrito G, los cuales producen un cuadro clínico similar en aquellos pacientes que son sintomáticos con características de inflamación hepática y necrosis variables, por lo que para establecer la etiología se requiere del estudio de marcadores serológicos específicos. Tres de los cinco agentes infecciosos, el virus de la hepatitis B, C y D (VHB, VHC y VHD), pueden persistir después de la infección aguda y causar infecciones crónicas que llevan a hepatitis crónica, cirrosis hepática, hepatocarcinoma y hepatitis fulminante (HF) (1-3).

La hepatitis B ha constituido un importante problema de salud pública en todo el mundo, pues afecta a la población general, sin embargo es más frecuente en los jóvenes, adultos y grupos poblacionales con factores de riesgo para la enfermedad. En la actualidad la mayor endemia ocurre en los países subdesarrollados (1-3).

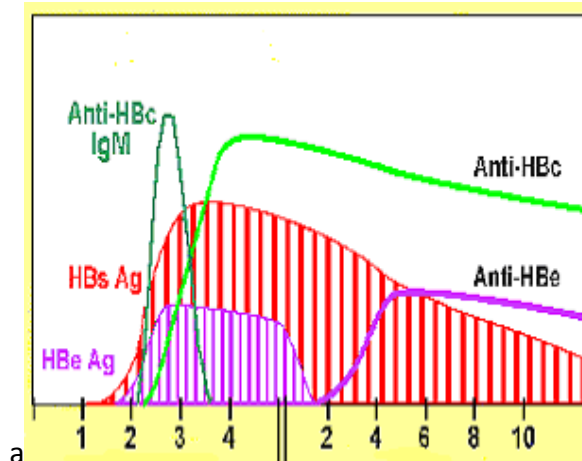
La hepatitis B es una enfermedad causada por el VHB que cursa asintomática en 50% de los casos; desde el momento de la exposición al virus hasta que la enfermedad se manifiesta transcurren de uno a seis meses; los síntomas más comunes son náusea, vómito, pérdida del apetito, fatiga, dolores musculares y articulares, luego se presenta ictericia junto con coluria y acolia; varía desde formas no manifiestas hasta mortales, puede resolverse por sí sola o hacerse crónica, produciendo cirrosis hepática y cáncer hepático, sin embargo, alrededor de 90% de las infecciones en los adultos curan espontáneamente sin dejar secuelas (2,3).

En la hepatitis aguda o reciente se pueden presentar todos, algunos o ninguno de los signos y síntomas anteriores, casi todos los niños y 50% de los adultos con una infección aguda no tienen ningún síntoma en absoluto; el diagnóstico se hace a través de marcadores serológicos. En la ventana inmunológica puede que el HBsAg sea negativo (figura 1) (2,3).

La hepatitis crónica se define como la presencia de HBsAg en suero durante más seis meses y por alteraciones de la función hepática (elevación de transaminasas, bilirrubinas y fosfatasa alcalina); suele ser asintomática y se presenta con mayor frecuencia en los individuos con compromiso del sistema inmunológico, enfermedades linfoproliferativas, infectados por VIH y en hemodiálisis, puede variar entre algunos años hasta más de 30 años. Se estima que entre 15 y 25% de los infectados crónicos desarrollan complicaciones a largo plazo (2,3).

En el portador del VHB, el HBsAg es positivo durante más de seis meses y las pruebas de funcionamiento hepático son normales, suele ser asintomático y también aparecen complicaciones en el largo plazo (2,3).

Figura 1. Dinámica de los marcadores serológicos en la hepatitis B aguda y crónica



Fuente: DUFOUR, D. Robert, LOTT, John A., NOLTE., Frederick S. *et al.* Guías del laboratorio para screening, diagnóstico y monitoreo de la injuria hepática*. *Acta Bioquím. Clín. Latinoam.*, set./dez. 2005, vol.39, no.4, p.477-483. ISSN 0325-2957.

El riesgo de cronificarse depende de la edad en el momento de la infección; más de 90% de los infantes hijos de madres HBSAg positivas, 25 a 50% de los niños menores de 5 años y 6 a 10% de los adultos con hepatitis B aguda se convierte en portador crónico, y a su vez podría desarrollar hepatocarcinoma (2,3).

El portador crónico tiene entre 12 y 300 veces mayor posibilidad de desarrollar un cáncer de hígado que el no portador; 25% de la mortalidad es atribuible a la enfermedad (cirrosis, hepatitis crónica y hepatocarcinoma); 80% de los hepatocarcinomas registrados en todo el mundo tienen como causa al VHB (2,3).

Aspecto	Descripción
Agente infeccioso	El virus de la hepatitis B (VHB) es del tipo DNA, de la familia Hepadnaviridae y se conocen 8 genotipos.
Modo de transmisión	<p>El VHB se transmite por contacto con líquidos corporales infectados y el único huésped natural es el hombre. Puede sobrevivir en objetos inertes hasta un mes, por lo que puede ocurrir una infección indirecta a través de objetos contaminados. La sangre es el vehículo de transmisión más importante, pero también se han visto implicados otros líquidos corporales, incluidos el semen, secreciones vaginales y saliva.</p> <p>Transmisión vertical: de una gestante portadora al feto cuando se realizan procedimientos invasivos tales como amniocentesis. Se calcula que este medio de transmisión es responsable de al menos 5% de casos de HB en recién nacidos (3)</p> <p>Transmisión perinatal: es la forma más común de transmisión; ocurre cuando el recién nacido establece contacto con sangre de la madre HBsAg positiva a menudo durante el parto.</p> <p>Transmisión horizontal: de personas HbsAg positivo que transmiten la infección a los miembros de su familia, amigos, colegas, compañeros de juego y otros contactos cercanos. El mecanismo no está claramente definido, se piensa que el vehículo son pequeñas cantidades de sangre o saliva infectada que tienen contacto con heridas abiertas; éstas pueden ser sólo rasguños o abrasiones pequeñas en la piel o mucosa. La infección puede diseminarse por contacto físico directo, por ejemplo durante el juego o al hacer deporte, o a través de actividades tales como el compartir cepillos de dientes o máquinas de afeitarse.</p> <p>Transmisión sexual: el contacto directo con secreciones genitales (semen o líquidos vaginales). La transmisión sexual de varones HBsAg positivo a mujeres es 3 veces más eficaz que de mujeres HBsAg positivas a hombres; el coito anal penetrante receptivo se asocia con mayor riesgo de infección.</p>

Aspecto	Descripción
Modo de transmisión	Transmisión parenteral/percutánea: esta vía es el medio de transmisión mejor conocido. Las fuentes de infección incluyen sangre y productos sanguíneos contaminados con el VHB, como instrumentos y utensilios quirúrgicos. Puede ocurrir durante una cirugía, por un pinchazo de aguja, uso de drogas intravenosas y después de procedimientos como la perforación de oreja, tatuaje, acupuntura, circuncisión y escarificación.
Período de incubación	Usualmente es de dos a seis meses, con un promedio de 60-90 días.
Período de transmisibilidad	Se es infectante siempre que persista positivo para HBsAg. Los individuos infectados pueden transmitir la infección uno a dos meses antes de los primeros síntomas y son infectivos a lo largo del curso agudo de la enfermedad y en la fase del portador crónica, que puede persistir durante años. La infectividad de las personas con infección crónica varía desde altamente infectantes (HBeAg positivo) hasta apenas infectantes (HBeAg negativo).
Reservorio	El hombre es el único reservorio para el virus de la hepatitis B.
Susceptibilidad	Todos somos susceptibles a la HB incluso luego de una inmunización apropiada cuando no se alcanza el nivel de anticuerpos contra el antígeno de superficie (AntiHBs) óptimo.
Inmunidad	La inmunidad es duradera si se obtuvo a través de la enfermedad o a través de la vacuna.

8.1.2. Caracterización epidemiológica

La distribución de las hepatitis virales es mundial, sin embargo, cada una presenta características epidemiológicas específicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su boletín epidemiológico de 2002, se estima que hay más de 2.000 millones de personas infectadas por el VHB y 450 millones de portadores del VHB; cada año más de 1 millón de defunciones se atribuyen a la enfermedad. Hay más de 170 millones de portadores del VHC en el mundo (3% de la población mundial), a los que cada año se suman entre 3 y 4 millones de nuevos infectados.

La distribución geográfica de la infección es variable, se ha documentado una mayor incidencia en el sudeste asiático y en el África tropical, donde más de 10% de la población está afectada. La OMS ha definido las áreas de riesgo de acuerdo con la prevalencia de hepatitis B como sigue.

Alta endemia: las regiones en desarrollo con una alta densidad de población como el sureste de Asia, parte de China, África subsahariana y la cuenca del Amazonas. En estas áreas, de 70 al 95%

de la población muestra evidencia serológica de infección previa o actual por el VHB. Gran parte de las infecciones ocurren durante la infancia o la niñez, la vía de transmisión primaria es la perinatal. Existe poca evidencia de enfermedad aguda, la seroprevalencia de portadores es alta (8–20% de la población es HBsAg-positivo) y las tasas de enfermedad hepática crónica y cáncer hepático en adultos son también elevadas (3).

Moderada endemia: en el sudeste de Europa, Medio Oriente, Japón, y parte de Suramérica. Entre 20-55% de la población presenta evidencia serológica para cualquier marcador de infección primaria por el VHB y seroprevalencia de portadores entre 2 y 7%. La enfermedad aguda relacionada con el VHB es común debido a que muchas infecciones ocurren en adolescentes y adultos y la vía de transmisión primaria es la sexual; también es habitual la intravenosa/subcutánea, ocupacional, hospitalaria y domiciliaria; sin embargo, las elevadas tasas de infección crónica se mantienen en su mayoría por infecciones que ocurren en lactantes y niños (3).

Baja endemia: en el norte de América, norte y oeste de Europa y Australia. En éstas regiones, el VHB infecta de 4 a 6% de la población y la transmisión domiciliaria y perinatal entre niños es poco común; la mayoría de las infecciones por el VHB ocurre en adolescentes y adultos jóvenes, en grupos de alto riesgo relativamente bien definidos relacionados con la transmisión sexual, el uso compartido de objetos contaminados (en abuso de drogas) o por exposición ocupacional. La seroprevalencia de portadores es de 0,5 a 2% de la población (3).

El índice de infección por el VHB en la cuenca amazónica de Brasil y regiones del Perú, Colombia, Venezuela, Haití y República Dominicana es alto (> 8 %). El índice de infección actual se considera intermedio (2 a 7%) en Guatemala, Honduras y Cuba, y bajo (< 2 %) en el resto de Centroamérica, incluido México (4,5).

Los datos sobre la frecuencia de la infección por el VHB en las diferentes regiones de América Latina son insuficientes y parciales. En América del Sur el número de portadores del VHB aumenta de sur a norte. La prevalencia en Argentina, Uruguay, Chile y sur del Brasil varía desde 0,5 hasta 1,1%, mientras que en el centro y noroeste de Brasil se estima entre 1,5 y 3,0%. La cuenca del Amazonas es una zona de alta endemia con una prevalencia del 5 al 15%. La prevalencia del VHB en América Central es baja a moderada (1 al 3%), al igual que el Caribe (1 a 2%). Ésta asciende en República Dominicana y Haití, donde alcanza 4,1% y más. La infección por el VHB varía significativamente en las regiones de América Latina según el estado ocupacional, el nivel socioeconómico, la raza y el origen de la población (urbana o rural) (6,7).

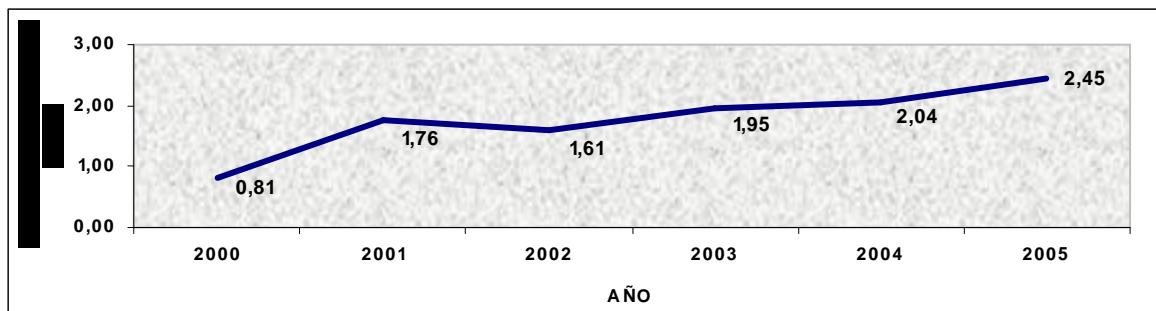
Los informes de Brasil y Venezuela sugieren una alta prevalencia en los grupos socioeconómicos de menores ingresos que viven en grandes ciudades. Estudios realizados en Colombia encuentran una frecuencia más alta en ciudades pequeñas y en áreas rurales. Por el contrario, los habitantes que residen en las regiones costeras de Perú presentan la misma frecuencia que aquellos que viven en ciudades grandes (8).

Trabajos publicados de Brasil, Colombia, Panamá y Venezuela muestran una alta tasa de infectividad en la población indígena. En la cuenca del Amazonas, 70% de la población menor de 20 años presenta positividad para marcadores del VHB. Las áreas del norte de Chile y Argentina muestran una tasa de infección más alta que las regiones del centro y sur (9).

Colombia está entre los países con moderada endemia (prevalencia 2-7%), la incidencia global de hepatitis B en 2005 fue de 2,45 por 100.000 habitantes; sin embargo, la variación es muy amplia, con un rango entre 113,44 - 0,14. La distribución geográfica hace evidente un patrón ya conocido por estudios seroepidemiológicos previos, en donde los departamentos de las regiones de la Orinoquia, Centro Oriente y Amazonía son los que presentan la mayor incidencia (figura 2).

La notificación de hepatitis B inicio a mediados de 1996, el comportamiento en el reporte o de la incidencia hasta la actualidad ha sido influenciado no solo por la cobertura en la vigilancia del evento sino también por la definición y configuración de los casos; por cuanto los casos ingresaban al sistema de vigilancia tanto probables como confirmados y es desde el 2005 que los casos de hepatitis B ingresan únicamente confirmados por laboratorio. Sin embargo, estos factores han evidenciado una notable mejora, lo cual no significa que se siga presentando sub-registro.

Figura 2. Incidencia de la hepatitis B, Colombia. 2000-2005.



Fuente: Sivigila. Población DANE.

Entre el conjunto de las hepatitis virales, la hepatitis B es una de las infecciones prevenibles a través de la inmunización; la vacuna anti-hepatitis B fue incorporada al esquema regular en Colombia a partir de 1993 y entre sus objetivos se esperaba la reducción a menos de 1% en el año 2000 de niños portadores del virus, aunque el grupo de edad de mayor incidencia ha sido el de 15 a 44 años, debido principalmente factores de riesgo tales como la vida sexual activa y la exposición laboral u ocupacional; la proporción de casos en menores de 5 años ha sido baja, sin embargo, la presencia de estos hace pensar no solo en la transmisión vertical del virus sino también en las bajas coberturas de vacunación anti-hepatitis B, las cuales en promedio en el último quinquenio estuvieron por debajo de las coberturas útiles, en 83,05 con un rango de 78,2 a 89,0.

La información actualizada sobre la notificación de casos al sistema de vigilancia nacional puede consultarse en la página www.ins.gov.co .

8.2. Estrategia

8.2.1. Vigilancia pasiva.

Operará desde las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) que conforman el sistema de vigilancia en salud pública hasta el nivel central.

8.2.2. Vigilancia activa.

En busca de nuevos casos o de casos no ingresados al sistema de vigilancia mediante la vigilancia pasiva y la verificación en poblaciones de ausencia de infección/enfermedad.

8.2.3. Vigilancia intensificada.

Debido a la epidemiología (sintomatología inespecífica, cronicidad y secuelas) de la hepatitis B, así como a su impacto, la incidencia puede ser baja, por lo cual debe realizarse vigilancia intensificada que incluya búsquedas activas institucionales en los registros únicos de prestación de servicios (RIPS) de diagnóstico de hepatitis B y de compatibles (ver anexo 1), y en certificados de defunción, de banco de sangre y de laboratorio en busca de los marcadores serológicos para la enfermedad.

Pueden ser necesarias encuestas especiales para medir la seroprevalencia de la infección por virus de hepatitis B en la población general, en grupos especiales (trabajadores de atención de salud, donantes de sangre, gestantes, militares, pacientes con enfermedad hepática, pacientes en diálisis y hemofílicos) y en sub-poblaciones étnicas, especialmente en aquellas entidades territoriales (departamentos, distritos o municipios) en donde se ha identificado alta incidencia del evento.

8.2.4. Vigilancia centinela.

En Colombia se realiza vigilancia centinela del evento en la población gestante, información que se encuentra en el protocolo de Vigilancia centinela para hepatitis B en gestantes disponible en la página Web del Instituto Nacional de Salud.

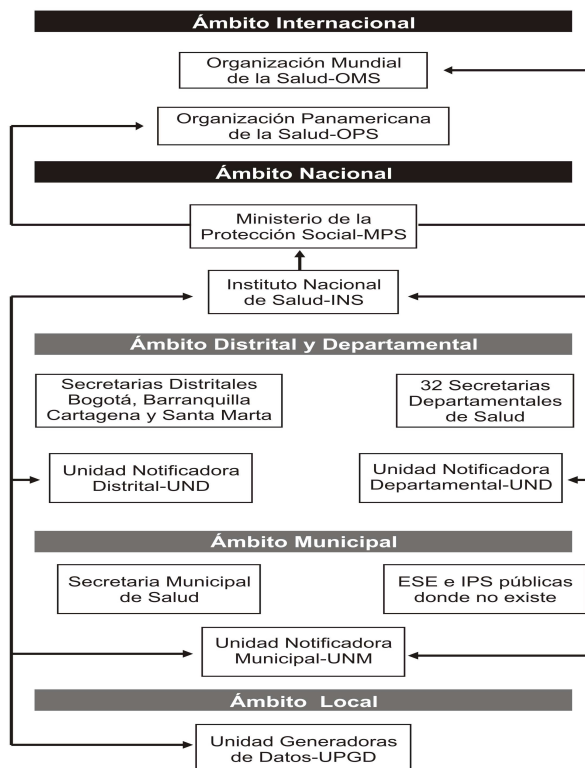
8.3. Información y configuración del caso

8.3.1. Definición operativa de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
<p>Caso confirmado por laboratorio</p>	<p>Paciente con malestar general (dolores musculares, articulares, astenia, hiporexia, náusea, vómito o fiebre), que además presenta coluria, presencia o ausencia de ictericia o elevación de alaninoaminotransferasas a más de 2,5 veces el valor normal no atribuible a otras causas y que presenta HBsAg o antiHBc IgM positivos o histopatología compatible con infección por el VHB.</p> <p>Donante de sangre sin antecedente de hepatitis B y quien presenta HBsAg positivo.</p> <p>Paciente que consulta por cualquier motivo diferente a sospecha clínica de hepatitis y en quien se encuentra alteración funcional (elevación de alaninoamino-transferasas a más de 2,5 veces el valor normal) o anatómica (según imágenes diagnósticas) del hígado con presencia de HBsAg positivo.</p>

8.4. Proceso de vigilancia

8.4.1. Flujo de la información



8.4.2. Notificación

Notificación	Responsables
Notificación individual y semanal	Los casos de hepatitis B deben reportarse semanalmente en la ficha única de notificación individual y de datos complementarios a partir del caso confirmado por laboratorio, de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Protección Social.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

8.5. Análisis de los datos

La determinación de la incidencia global y de cada una de las variables incluidas en la ficha única de notificación y de datos complementarios permite describir el comportamiento y detectar cambios en la epidemiología de la enfermedad, así como decidir a qué grupos dirigir las acciones de control.

La mortalidad debe ser analizada en 100% de los casos, buscando establecer fallas en la precocidad del diagnóstico, evaluar el manejo dado al caso y las condiciones de acceso a los servicios de atención. Esta información será útil para diseñar estrategias de mejoramiento.

Cada dirección local de salud debe conocer la proporción de contactos investigados y la proporción de laboratorios o bancos de sangre que están reportando mensualmente.

Ante un aumento inusitado de la incidencia de hepatitis B es importante disponer de información completa acerca de los casos que consultan a los servicios de salud, verificar el manejo de los casos y los contactos, limitar la propagación de la enfermedad en la comunidad y entender las razones por las cuales ocurrió, por ejemplo, fracaso de la inmunización, acumulación de susceptibles, descenso de la inmunidad o emergencia de un nuevo genotipo.

8.5.1. Indicadores

Ver anexo indicadores MNL-R02.001.4010-003

8.6. Orientación de la acción

8.6.1. Individuales

El estudio del caso de hepatitis B incluye los siguientes aspectos:

- **Historia clínica completa:** aspectos sociodemográficos (edad, sexo, zona de residencia, condiciones ambientales y de acceso a los servicios de salud). Antecedentes de otras ITS. Aunque las hepatitis afectan a la población en general, se deben identificar a los grupos poblacionales de mayor riesgo como son:
 - Hijos de madres portadoras o con infección aguda durante el embarazo.
 - Homosexuales y heterosexuales con múltiples compañeros sexuales.
 - Hemofílicos, multitransfundidos y hemodializados.
 - Personal de salud de servicios de urgencias, odontología, patología, laboratorio, cirugía, banco de sangre, hemodiálisis y morgue, entre otros.
 - Drogadictos parenterales que comparten agujas y jeringas.
 - Convivientes de portadores crónicos de hepatitis B.
 - Contactos sexuales de enfermo o portador crónico de hepatitis B.
 - Población interna, carcelaria y trabajadores de instituciones con personas con retraso mental.
- **Pruebas de laboratorio:** estudio serológico (antígeno de superficie del VHB (HBsAg), anticuerpos tipo IgM contra el antígeno central (AntiHBc IgM) y demás marcadores serológicos (AntiHBs, AntiHBe y AntiHBc) que permitan orientación en el tratamiento y seguimiento del caso.

Transaminasas (alaninoaminotransferas), bilirrubinas, fosfatasa alcalina y tiempo de protrombina; ecografía y biopsia hepática para seguimiento, especialmente en los casos de hepatitis crónica.

El seguimiento se debe realizar mínimo por seis meses e incluye control clínico, serológico y de laboratorio de acuerdo con la evolución.

En el primer control, a los tres meses de evolución, ordenar HBsAg y anticuerpos contra el antígeno de superficie (Anti-HBs). Si este último es positivo, quiere decir que la infección está resuelta y el paciente no requiere más controles; si el Anti-HBs es negativo, se hace un control a los seis meses, solicitando HBsAg, Anti-HBc total y Anti-HBs.

La infección no se ha resuelto si el Anti-HBs es negativo y los otros dos marcadores son positivos, el paciente es un portador al cual se le debe hacer seguimiento clínico y por laboratorio con HBsAg, Anti-HBs y transaminasas cada seis meses y de por vida (10,11).

Búsqueda activa de contactos

Se deberá realizar búsqueda activa de contactos durante los primeros tres días de conocido el caso para la evaluación y protección de contactos de alto riesgo como compañeros sexuales, hijos y convivientes, a través de la inducción a consulta médica por parte del prestador respectivo, así como dar instrucciones precisas a la familia sobre las precauciones con el enfermo, medidas preventivas para evitar la transmisión sexual a través del uso del preservativo, cubrir heridas en piel y uso individual y separado de utensilios domésticos y de higiene personal utilizados por el enfermo. Se debe establecer el compromiso de los contactos; los antecedentes de vacunación en los contactos (especialmente en los < de 18 años); los factores que facilitan la transmisión de la enfermedad y el grado de información acerca de la enfermedad.

Es importante entender que la inmunoprofilaxis debe administrarse a los contactos lo más pronto posible, preferentemente en las primeras 24 horas. Son limitados los estudios sobre el intervalo máximo después de la exposición y la profilaxis pos-exposición eficaz, pero el intervalo no debe exceder los siete días después de la exposición percutánea y los 14 días de la exposición sexual; en principio, esta acción debe ser iniciativa de los prestadores y debe ser fortalecida por los profesionales de vigilancia (11).

En el caso de una gestante con factores de riesgo para infecciones de transmisión sexual (ITS), independientemente de la toma previa de marcadores serológicos y del antecedente vacunal, se debe solicitar el HBsAg; de ser positivo el resultado, se debe realizar manejo con especialista que asegure la dirección apropiada del caso de la gestante y del fruto en riesgo, así como la inmunización adecuada pos-exposición del infante en riesgo según lo indica la norma técnica para la vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Donante de sangre con marcadores serológicos positivos para el VHB

El banco de sangre implicado remitirá a la oficina de vigilancia en salud pública departamental o distrital la información de los donantes positivos, la cual a su vez informará a la dirección municipal de salud y a la aseguradora y prestadores respectivos.

Es responsabilidad de los prestadores la notificación de los casos procedentes del banco de sangre.

De no contar con aseguramiento, el paciente deberá ser remitido a la red pública de prestadores según localidad o área de influencia para completar la evaluación clínica, el seguimiento y el tratamiento.

En la exposición ocupacional a sangre o líquidos corporales presuntamente contaminados (por pinchazo o exposición transmucosa), las administradoras de riesgos profesionales (ARP), de acuerdo a los antecedentes patológicos de la fuente, deberán iniciar el estudio de marcadores serológicos y el esquema de vacunación dependiendo del antecedente de vacunación.

La determinación de manejo ambulatorio u hospitalario será a criterio del clínico y de la presencia de complicaciones, conservando las normas de protección universal para el manejo de sangre y líquidos corporales.

8.6.2. Colectivas

- Promover la utilización de servicios de salud y el comportamiento de búsqueda de atención.
- Promover medidas generales para fomentar la educación sexual a través campañas de promoción de comportamientos saludables relacionados con la sexualidad y la reproducción.
- Control de las ITS en los grupos vulnerables (adolescentes, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, de bajo nivel socio-económico y educativo, entre otras.) a través de acciones de información, educación y comunicación.
- Educación y vinculación de la comunidad en el proceso de vigilancia de la salud pública para la detección y remisión de casos sospechosos y susceptibles.
- Difusión y aplicación entre trabajadores de la salud de las normas de protección universal para el manejo de sangre y líquidos corporales.
- Exigir la vacunación contra hepatitis B al personal de salud.

- Coordinar con el sector educativo la exigencia de la vacunación contra hepatitis B para el ingreso a los centros preescolares.
- Coordinación con las instituciones formadoras del recurso humano en salud y las asociaciones o sociedades científicas para la difusión de estos protocolos.
- Evaluar periódicamente la cobertura de anti-hepatitis B mediante la realización trimestral de monitoreos rápidos de cobertura (MRC), considerando coberturas útiles de acuerdo a la edad aquellas superiores al 95%.
- Realizar búsqueda activa con periodicidad trimestral a nivel institucional, especialmente en los registros de laboratorio de las UPGD, para determinar la existencia de casos no reportados al sistema de vigilancia epidemiológica, considerando que la concordancia del número de casos por laboratorio y los notificados al Sivigila debe ser de 100%.

Debe hacerse especial énfasis en las siguientes situaciones:

- Cuando no hubo notificación de casos por parte del municipio (Silencio epidemiológico).
- Cuando las UPGD no han realizado la notificación semanal negativa regularmente.
- Cuando hay relato o rumor de casos en la región o área.
- Cuando el supervisor deba verificar la calidad de la vigilancia.

8.6.3. Acciones de laboratorio

Criterios

- **Tipo de muestra:** de uno a dos mililitros de suero no bemozizado. Los sueros lipémicos pueden dar falsos positivos.
- **Toma y envío de la muestra:** extraer del paciente, idealmente en ayunas, 7 a 10 ml de sangre, utilizar tubo seco sin anticoagulante, separar el suero en otro tubo seco con tapa, refrigerar y remitir refrigerado al laboratorio. El tubo debe ir completamente identificado y acompañado de la solicitud del HBsAg y/o AntiHBc IgM.
- **Estudios *post mortem***

Estudio serológico: toma de HBsAg. Muestra de sangre por punción cardiaca inmediatamente después de la muerte y envío del suero refrigerado al laboratorio de referencia.

Estudio histopatológico: por necropsia o viscerotomía tomar una muestra de hígado de 2x1 cm en las primeras 12 horas después de ocurrida la muerte (Decreto 786 de 1990).

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAHO. Case definition, Acute Viral Hepatitis. Epidemiological Bulletin, June 23 (2), 2002. Hallado en: http://www.paho.org/english/sha/be_v23n2-acute_viral_hepatitis.htm
2. CDC. A Comprehensive Immunization Strategy to Eliminate Transmission of Hepatitis B Virus Infection in the United States. MMWR Dec 23, 2005; 54(RR16); 1-23. Hallado en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5416a1.htm>.
3. PAHO. Control of Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Haemophilus Influenzae Type B, And Hepatitis B: Field Guide, 2005. Hallado en: http://www.paho.org/English/AD/FCH/IM/fieldguide_pentavalent.pdf
4. OMS, CDC and Gary Schatz c. Hepatitis B, porcentajes mundiales de infección, 1999. Hallado en: http://www.pkids.org/Spa_phrglobalhbv.pdf
5. PKID. Hepatitis B en Niños, 1999. Hallado en: www.pkids.org/Spa_phrwhatishbv.pdf
6. Thêmis R. Silveira, José Carlos da Fonseca, Luis Rivera, Oscar H. Fay, Roberto Tapia, José I. Santos, et al. Hepatitis B seroprevalence in Latin América. Rev Panam Salud Publica. 1999 Dec;6(6):378-83
7. Tanaka J. Hepatitis B epidemiology in Latin America. Vaccine. 2000.18;18 Suppl 1:S17-9.
8. José M. Echevarría, Pilar León. Epidemiology of viruses causing chronic hepatitis among populations from the Amazon Basin and related ecosystems. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003.19(6):1583-1591.
9. Hugo Tanno, Oscar Fay. Hepatitis viral en América Latina. Acta Gastroenterol Latinoam 2005;35:169-182.
10. Direccion seccional de salud de Antioquia. Protocolo de vigilancia epidemiológica Hepatitis B y Delta, 2001. V versión: 122-29. 11. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. MMWR. Aug 4, 2006; 55 (RR-11); 71-6. Hallado en: <http://www.cdc.gov/MMWR/PDF/rr/rr5511.pdf>

10. CONTROL DE REGISTROS

CONTROL DEL REGISTRO									
IDENTIFICACION		1ra. FASE: ARCHIVO DE GESTION				2da. FASE DISPOSICION INICIAL			3ra.FASE DISPOSICION FINAL
COD	NOMBRE	ORDENACION DOCUMENTAL	RESPONSABLE	LUGAR	TIEMPO DE RETENCION	METODO USADO	RESPONSABLE	TIEMPO	METODO UTILIZADO
REG-R02.001.40 10-001	Ficha de notificación Datos básicos	Orden cronológico y temático	Auxiliar Servicios Grales	Archivo SVCSP	3 años	Orden cronológico y temático	Auxiliar administrativo	15 años	Eliminación
REG-R02.001.40 20-010	Ficha de notificación hepatitis B Datos complementarios	Orden cronológico y temático	Auxiliar Servicios Grales	Archivo SVCSP	3 años	Orden cronológico y temático	Auxiliar administrativo	15 años	Eliminación

11. CONTROL DE REVISIONES

VERSION	FECHA APROBACION AA MM DD			RESPONSABLE APROBACION	MOTIVO DE CREACION O CAMBIO
00	09	07	01		



12. ANEXOS

12.2. Anexo 2 Ficha única de notificación de hepatitis B.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA						BICENTENARIO de la Independencia de Colombia 1810-2010		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD																					
Subsistema de Información SIVIGILA						Libertad y Orden																							
Datos básicos																													
REG-R02.001.4010-001 V.00																													
1. INFORMACIÓN GENERAL																													
1.1. Nombre del evento						1.2. Fecha de notificación																							
						<table border="1"> <tr> <td>Código</td> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Código	Día	Mes	Año																
Código	Día	Mes	Año																										
1.3. Semana* 1.4. Año:		1.5. Departamento que notifica			1.6. Municipio que notifica																								
<table border="1"> <tr> <td>* Epidemiológica</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		* Epidemiológica	Año																										
* Epidemiológica	Año																												
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato				1.8. Código de la UPGD		1.9. NIT UPGD																							
				<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> <td>Código</td> <td>Sub.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Depto.	Municipio	Código	Sub.																				
Depto.	Municipio	Código	Sub.																										
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE																													
2.1. Primer nombre			2.2. Segundo nombre			2.3. Primer apellido																							
2.4. Segundo apellido			2.5. Teléfono			2.6. Fecha de nacimiento																							
						<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Día	Mes	Año																	
Día	Mes	Año																											
2.7. Tipo de documento de identificación						2.8. Número de identificación																							
<input type="checkbox"/> RC (1) Registro <input type="checkbox"/> TI (2) T. de ID. <input type="checkbox"/> CC (3) C.C. <input type="checkbox"/> CE (4) C. extranjera <input type="checkbox"/> PA (5) Pasaporte <input type="checkbox"/> MS (6) Menor sin ID. <input type="checkbox"/> AS (7) Adulto sin ID.																													
2.9. Edad		2.10. Unidad de medida de la edad			2.11. Sexo		2.12. País de ocurrencia del caso																						
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Años</td> <td>MeSES</td> <td>Días</td> <td>Horas</td> <td>Minutos</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	Años	MeSES	Días	Horas	Minutos				<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>1) Mas.</td> <td>2) Fem.</td> </tr> </table>		M	F	1) Mas.	2) Fem.									
1	2	3	4	5																									
Años	MeSES	Días	Horas	Minutos																									
M	F																												
1) Mas.	2) Fem.																												
2.13. Departamento/municipio de ocurrencia del caso			2.14. Área de ocurrencia del caso			2.15. Barrio/localidad de ocurrencia																							
<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Depto.	Municipio			<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Cabeza municipal</td> <td>Centro poblado</td> <td>Rural disperso</td> </tr> </table>			1	2	3	Cabeza municipal	Centro poblado	Rural disperso														
Depto.	Municipio																												
1	2	3																											
Cabeza municipal	Centro poblado	Rural disperso																											
2.16. Dirección de residencia		2.17. Ocupación del paciente		2.18. Tipo de régimen en salud																									
		<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Contributivo</td> <td>Solidario</td> <td>Especial</td> <td>Especial</td> <td>No afiliado</td> </tr> </table>						1	2	3	4	5	Contributivo	Solidario	Especial	Especial	No afiliado						
1	2	3	4	5																									
Contributivo	Solidario	Especial	Especial	No afiliado																									
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud				2.20. Pertenencia étnica																									
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Indígena</td> <td>ROM</td> <td>Raízal</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Falengüero</td> <td>Afro colombiano</td> <td>Otros</td> </tr> </table>						1	2	3	Indígena	ROM	Raízal	4	5	6	Falengüero	Afro colombiano	Otros
1	2	3																											
Indígena	ROM	Raízal																											
4	5	6																											
Falengüero	Afro colombiano	Otros																											
2.21. Grupo poblacional																													
<input type="checkbox"/> 9 Desplazados <input type="checkbox"/> 13 Migratorios <input type="checkbox"/> 14 Carcelarios <input type="checkbox"/> 5 Otros grupos poblacionales																													
3. NOTIFICACIÓN																													
3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente					3.2. Fecha de consulta		3.3. Inicio de síntomas																						
<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Depto.	Municipio			<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Día	Mes	Año				<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Día	Mes	Año							
Depto.	Municipio																												
Día	Mes	Año																											
Día	Mes	Año																											
3.4. Clasificación inicial de caso					3.5. Hospitalizado		3.6. Fecha de hospitalización																						
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Suspechoso</td> <td>Probable</td> <td>Conf. por laboratorio</td> <td>Conf. clínica</td> <td>Conf. nexa epidemiológico</td> </tr> </table>					1	2	3	4	5	Suspechoso	Probable	Conf. por laboratorio	Conf. clínica	Conf. nexa epidemiológico	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>		1	2	Si	No	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Día	Mes	Año			
1	2	3	4	5																									
Suspechoso	Probable	Conf. por laboratorio	Conf. clínica	Conf. nexa epidemiológico																									
1	2																												
Si	No																												
Día	Mes	Año																											
3.7. Condición final		3.8. Fecha de defunción		3.9. No. certificado defunción		3.10. Causa básica de muerte																							
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Vivo</td> <td>Muerto</td> </tr> </table>		1	2	Vivo	Muerto	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Día	Mes	Año						<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>													
1	2																												
Vivo	Muerto																												
Día	Mes	Año																											
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha					3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha																								
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES																													
4.1. Seguimiento y clasificación final del caso							4.2. Fecha de ajuste																						
<input type="checkbox"/> 0 No aplica <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. nexa epidemiológico <input type="checkbox"/> 6 Descartado <input type="checkbox"/> 7 Otra actualización							<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Día	Mes	Año																	
Día	Mes	Año																											

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de Información SIVIGILA
Libertad y Orden



Hepatitis B Cód. INS: 340

REG-R02.001.4020-010 V.00

RELACION CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente **B. Tipo de ID*** **C. No. de identificación**

* TIPO DE ID: 1- RC: REGISTRO CIVIL | 2- TI: TARJETA IDENTIDAD | 3- CC: CÉDULA CIUDADANA | 4- CE: CÉDULA EXTRANJERA | 5- PA: PASAPORTE | 6- MS: MENOR SIN ID | 7- AS: ADULTO SIN ID

4. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

4.1. Embarazada: 1 Sí 2 No 0 No aplica
4.2. Control prenatal en embarazo actual: 1 Sí 2 No 0 No aplica
4.3. Edad gestacional de inicio CPN: Semanas
4.4. Semana de gestación al diagnóstico de hepatitis B
4.5. Donante de sangre diagnóstico de hepatitis B: 1 Sí 2 No

4.6. Población en riesgo:
1 Hijo de madre HBsAg(+) 2 Compañero sexual inestable 3 Hemofílico 4 Multitransfúndido 5 Hemodializado 6 Trabajador de la salud
7 Orogáctico/parenteral 8 Conviviente portador de HBsAg(+) 9 Contacto sexual de paciente HBsAg(+) 10 Población caótica

4.7. Modo de transmisión: 1 Perinatal 2 Horizontal 3 Paroquiano/parental 4 Sexual 5 Desconocido
4.8. Otras ITS: 1 VIH 2 Sífilis 3 Ninguna 4 Ambas
4.9. Vacunación previa con hepatitis B: 1 Sí 2 No 3 Desconocido

4.10. Número de dosis:
4.11. Fecha de tercera dosis: Día Mes Año
4.12. Fuente de la cual se recibió la información: 1 Carta 2 Verbal 3 Sin dato

5. DATOS CLÍNICOS

5.1. Signos y síntomas: 1 Náuseas 2 Vómito 3 Fiebre 4 Hiperesidua 5 Astenia 6 Mialgia 7 Artralgia 8 Cefalea 9 Ictericia 10 Hepatoesplenomegalia
5.2. Tratamiento: 1 Sí 2 No
Cual?: _____

5.3. Complicación: 1 Sí 2 No
¿Cual?: _____
5.4. Condición final: 1 vivo 2 Muerto
5.5. Diagnóstico de contactos: 1 Sí 2 No 3 Sin dato

6. DATOS DE LABORATORIO

6.1. Muestra: 1 Sangre
Fecha de la toma: Día Mes Año
6.2. Prueba: 26 HBsAg *Agente (12) Hepa B 31 Anti HBe IgM *Agente (12) Hepa B 50 Anti/Hb *Agente (12) Hepa B 51 Otros (Anti-HBe IgM) *Agente (12) Hepa B 30 Patología *Agente (12) Hepa B
6.3. Resultado: 1 Positivo 2 Negativo
6.4. Fecha del resultado: Día Mes Año

7. DIAGNÓSTICO PERINATAL

D. Nombres y apellidos de la madre (aplica solo para transmisión perinatal) **E. Tipo de ID*** **F. No. de identificación**

* TIPO DE ID: 1- RC: REGISTRO CIVIL | 2- TI: TARJETA IDENTIDAD | 3- CC: CÉDULA CIUDADANA | 4- CE: CÉDULA EXTRANJERA | 5- PA: PASAPORTE | 6- MS: MENOR SIN ID | 7- AS: ADULTO SIN ID

7.1. Aplicación de la vacuna anti hepatitis B al recién nacido: 1 Primeras 12 horas 2 13 a 24 h 3 Más de 24 h 4 Sin dato 5 No aplicaron
7.2. Aplicación de gammaglobulina al recién nacido: 1 Primeras 12 horas 2 13 a 24 h 3 Más de 24 h 4 Sin dato 5 No aplicaron la gammaglobulina

7.3. Remisión a pediatría: 1 Sí 2 No 3 Sin dato 0 No aplica

* Los códigos hacen referencia a los establecidos en la estructura de archivos planes del subsistema de Información SIVIGILA 2005 versión 1.0

Observaciones y seguimiento del caso

12.2. Anexo 2. Código internacional de enfermedades, décima versión CIE-10, específicos para hepatitis B.

B16	HEPATITIS AGUDA TIPO B	B160	Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (co infección) con coma hepático
		B161	Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (co infección), sin coma hepático
		B162	Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta, con coma hepático
		B169	Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta y sin coma hepático
B17	OTRAS HEPATITIS VIRALES AGUDAS	B170	Infección (superinfección) aguda por agente delta en el portador de hepatitis B
B18	HEPATITIS VIRAL CRÓNICA	B180	Hepatitis viral tipo B crónica con agente delta
		B181	Hepatitis viral tipo B crónica sin agente delta
B19	HEPATITIS VIRAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	B190	Hepatitis viral no especificada con coma
		B199	Hepatitis viral no especificada sin coma