

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>		Página 1 de 18
	PRO-R02.003.0000.012		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

## 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.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>	Página 2 de 18
		PRO-R02.003.0000.012	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por:  Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por:  Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

## 5. CONTENIDO

### 5.1. Importancia del evento

#### 5.1.1. Descripción del evento

Las hepatitis virales son infecciones hepáticas causadas por virus hepatótrofos, los cuales comparten la característica de tener afinidad particular por el tejido hepático. Existen seis tipos de virus A, B, C, Delta, E y 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. Las tasas de prevalencia elevadas, en general, están asociadas a una alta transmisión perinatal del VHB. Las medidas de prevención de transmisión perinatal deben incluir acciones de vacunación y asistencia prenatal, al parto y al recién nacido (inmunoglobulina y vacunación en las primeras 24 horas) (4).

La hepatitis B es una enfermedad causada por el VHB cuya presentación puede variar desde formas asintomáticas, principalmente en niños pequeños hasta hepatitis fulminante. 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 náuseas, 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).

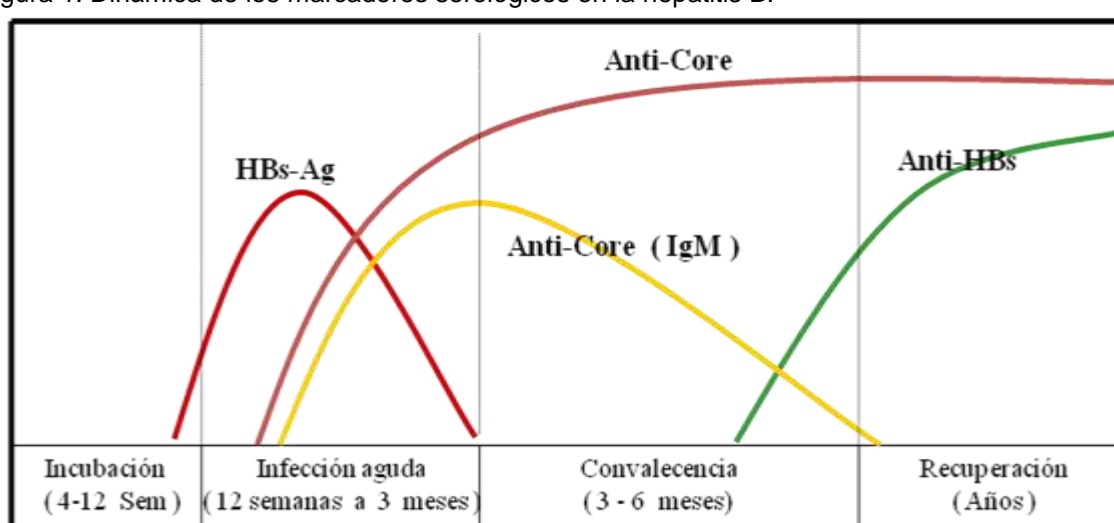
En la hepatitis aguda o reciente se pueden presentar todos, algunos o ninguno de los signos y síntomas anteriores, casi todos los niños y 50% de los adultos con una infección aguda no tienen ningún síntoma en absoluto; el diagnóstico se hace a través de marcadores serológicos.

La hepatitis crónica se define como la presencia de HBsAg en suero durante más de 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).

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>  PRO-R02.003.0000.012	Página 3 de 18
		Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

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



El riesgo de cronificarse depende de la edad en el momento de la infección. Después de una infección aguda por hepatitis B, 90% de las personas que adquieren la infección en el periodo neonatal, 30% en la infancia temprana y 3% a 5% en la edad adulta pueden desarrollar una enfermedad crónica por hepatitis B(5).

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>Las sustancias corporales por las que puede transmitirse el VHB son: sangre y sus derivados; saliva, LCR, líquidos peritoneal, pleural, pericárdico y sinovial; líquido amniótico; semen y secreciones vaginales; cualquier otro líquido corporal que contenga sangre; tejidos y órganos no fijados.</p> <p>La transmisión se produce por exposición percutánea (intravenosa, intramuscular, subcutánea o intradérmica) y a través de las mucosas a los líquidos corporales infectantes. Dado que el VHB es estable en superficies ambientales durante 7 días por lo menos, puede producirse su inoculación indirecta a través de objetos inanimados.</p> <p>Los principales modos de transmisión son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contacto sexual:</b> La transmisión sexual del varón infectado a la mujer es 3 veces más eficaz que de la mujer al varón. El coito anal, ya sea penetrante o receptivo, se acompaña de un elevado riesgo de infección.</li> <li>• <b>Contacto en el hogar con una persona infectada:</b> En el núcleo familiar, el VHB por lo común se transmite de niño a niño. Se han señalado las maquinillas de afeitar y los cepillos dentales compartidos por varias personas como vehículo</li> </ul>

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>		Página 4 de 18
	PRO-R02.003.0000.012		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Aspecto	Descripción
	<p>ocasional de transmisión del VHB en ese contexto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Transmisión perinatal:</b> Es frecuente la transmisión perinatal, en particular cuando las madres infectadas por el virus también son seropositivas para el Antígeno HBe. La tasa de transmisión de madres con positividad de los Antígenos HBs y HBe es superior al 70%, en tanto que la tasa de transmisión de madres positivas para el HBsAg y negativas para el HBeAg es menor del 10%.</li> <li>• <b>Transmisión percutánea/parenteral:</b> Se produce por transferencia de sangre infectada con el virus al compartir jeringas y agujas, ya sea directamente o por contaminación de los utensilios usados para preparar la droga. Igualmente mediante la transfusión de sangre o hemoderivados, hemodiálisis, acupuntura y pinchazos de aguja u otras lesiones por instrumentos cortantes sufridas por personal hospitalario.</li> </ul>
Período de incubación	Por lo general es de 45 a 180 días, 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 crónico, 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. Por lo regular, la enfermedad es más leve y a menudo anictérica en los niños; en los lactantes suele ser asintomática. Se adquiere inmunidad protectora después de la infección si aparecen anticuerpos contra el HBsAg y si el HBeAg es negativo. Las personas con Síndrome de Down, enfermedades linfoproliferativas o infección por VIH, y las sometidas a hemodiálisis, al parecer tienen mayor propensión a presentar infección crónica.
Inmunidad	La inmunidad es duradera si se obtuvo a través de la enfermedad o a través de la vacuna con títulos iguales o superiores a 10 UI/L.
Diagnóstico diferencial	<p>Son aquellas enfermedades que inflaman el hígado de etiología infecciosa o no infecciosa. Las causas no infecciosas de hepatitis incluyen; autoinmune, genético, metabólico y la relacionada con reacciones químicas por medicamentos. Las hepatitis infecciosas son las causadas por los demás virus hepatotropos; A, C, D, E o G. o por manifestaciones de una enfermedad sistémica debida a otros agentes como el Citomegalovirus, el Virus de Epstein-Barr, adenovirus y los virus de la fiebre hemorrágica.</p> <p>En América Latina y el Caribe es importante hacer diagnóstico diferencial de leptospirosis, malaria y fiebre amarilla.</p>

Se estima que entre 15% y 25% de las personas que adquieren una infección crónica mueren de carcinoma hepatocelular o cirrosis. La hepatitis B puede ser la causa de hasta 80% de los casos de cáncer hepático en todo el mundo y ocupa el segundo lugar después del tabaco entre los carcinógenos conocidos. Alrededor de 1% a 2% de los pacientes con infección aguda pueden presentar hepatitis fulminante con una tasa de mortalidad de 63% a 93%(4).

### 5.1.2. 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

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>	Página 5 de 18
		PRO-R02.003.0000.012	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por:  Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por:  Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

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.

Los datos sobre la frecuencia de la infección por el VHB en las diferentes regiones de América Latina son insuficientes y parciales, sin embargo se considera que la 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 8%<sup>6</sup>. Se observa una gran heterogeneidad en la proporción de portadores, que varían en cuanto a distribución geográfica y étnica. 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 urbano o rural de la población (7,8). Varios estudios indican que la transmisión en la primera infancia representa la mayoría de las infecciones crónicas. En las Américas, la baja prevalencia de HBsAg en los niños durante el primer año de vida y el

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>	Página 6 de 18
		Versión: 00
PRO-R02.003.0000.012		Fecha próxima revisión: 2014-08
<b>Elaborado por:</b> Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	<b>Revisado por:</b> Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	<b>Aprobado por:</b> Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

aumento de la prevalencia de HBsAg y anti-HBc después del primer año indican que la transmisión en la primera infancia es más importante que la transmisión perinatal (6).

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 (9,10).

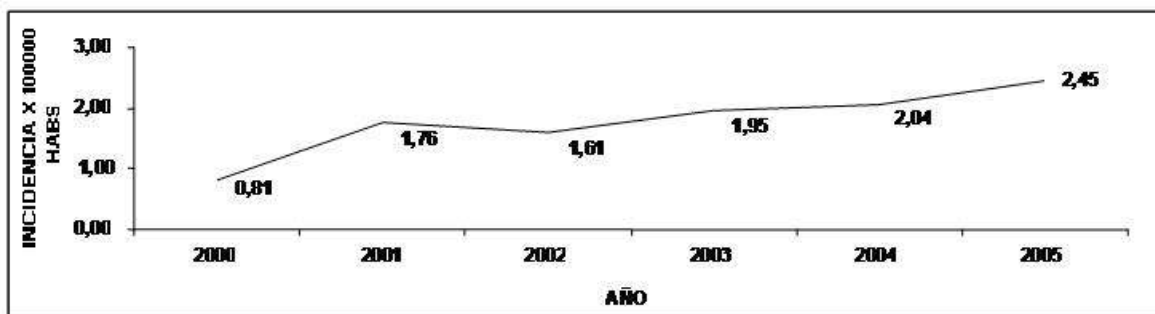
Los informes de Brasil y Venezuela sugieren una alta prevalencia en los grupos socioeconómicos de menores ingresos que viven en grandes ciudades. Estudios realizados en Colombia encuentran una frecuencia más alta en ciudades pequeñas y en áreas rurales.

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.

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 pasando a 3,7 por 100.000 habitantes en 2010.


La notificación de hepatitis B inició 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. Hasta 2005 ingresaban al sistema de vigilancia los casos tanto probables como confirmados, posterior a ese año los casos de hepatitis B ingresan únicamente confirmados por laboratorio. Aunque se ha evidenciado una notable mejora en la calidad de la información, se sigue presentando sub-registro.

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



Fuente: Sivigila.

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 de al menos 1% de niños portadores del virus para el año 2000. El grupo de edad de mayor incidencia ha sido el de 15 a 44

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>		Página 7 de 18
	PRO-R02.003.0000.012		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

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 contra hepatitis B.

## 5.2. Estrategia

### 5.2.1. Vigilancia pasiva.

La cual operará desde las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) hasta el nivel central a través de la consolidación de la información generada y el análisis y diagnóstico situacional periódico del evento en los municipios, distritos y departamentos.

### 5.2.2. Vigilancia activa.


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 deben realizarse de manera trimestral búsquedas activas institucionales en los registros únicos de prestación de servicios (RIPS) de diagnóstico de hepatitis B y de compatibles (ver anexo 1), 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.

## 5.3. Información y configuración del caso

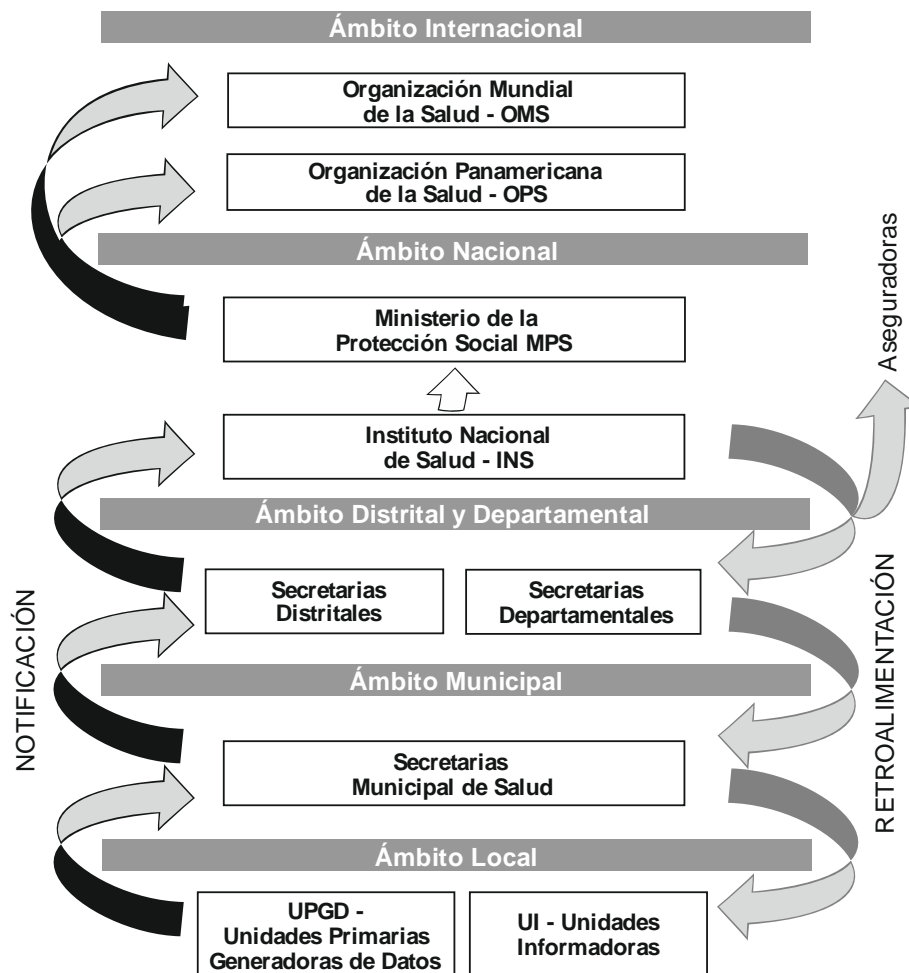
### 5.3.1. Definición operativa de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
<b>Caso confirmado por laboratorio</b>	<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 y que presenta antiHBc IgM reactivo, HBsAg positivo o histopatología compatible con infección por el VHB.</p> <p>Paciente que consulta por cualquier motivo diferente a sospecha clínica de hepatitis y en quien se encuentra alteración funcional (elevación de alaninoaminotransferasas a más de 2,5 veces el valor normal) o anatómica (según imágenes diagnósticas) del hígado con presencia de HBsAg positivo.</p>


 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>  PRO-R02.003.0000.012	Página 8 de 18
		Versión: 00
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05		Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25
Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08		

## 5.4. Proceso de vigilancia

### 5.4.1. Flujo de la información





 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>		Página 9 de 18
	PRO-R02.003.0000.012		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

#### 5.4.2. Notificación

Notificación	Responsables
<b>Notificación individual y semanal</b>	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 como notificación negativa cuando durante la semana no se presenta ningún evento de interés en salud pública, en el aplicativo se notifica con el evento 000; y como silencio epidemiológico la ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia

#### 5.5. 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 determinación de las coberturas de vacunación en menores de 1 año y el cálculo de susceptibles es fundamental para reorientar o fortalecer las acciones de inmunización en la zona. 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.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>	Página 10 de 18
		PRO-R02.003.0000.012	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por:  Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por:  Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

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.

### 5.5.1. Indicadores

Ver Manual de indicadores de la Subdirección de Vigilancia y control en Salud Pública

## 5.6. Orientación de la acción

### 5.6.1. 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.

Es importante enfatizar en la importancia de la realización de la prueba confirmatoria para HBsAg debido a que un Elisa para HBsAg reactivo implica presunción de una infección por Hepatitis B más no una infección confirmada. Se presenta a continuación las posibilidades de resultado de los diferentes marcadores serológicos y su interpretación:

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>		Página 11 de 18
	PRO-R02.003.0000.012		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Prueba	Resultado	Interpretación
HBsAg	Negativo	Susceptible
anti-HBc	Negativo	
anti-HBs	Negativo	
HBsAg	Negativo	Inmunidad por vacunación
anti-HBc	Negativo	
anti-HBs	Positivo (≥ 10mUI/ml)	
HBsAg	Negativo	Inmunidad por infección natural
anti-HBc	Positivo	
anti-HBs	Positivo	
HBsAg	Positivo	Infección aguda
anti-HBc	Positivo	
IgM anti-HBc	Positivo	
anti-HBs	Negativo	
HBsAg	Positivo	Infección crónica
anti-HBc	Positivo	
IgM anti-HBc	Negativo	
anti-HBs	Negativo	
HBsAg	Negativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede estar en recuperación de una infección aguda por el virus de la hepatitis B.</li> <li>• Puede haber adquirido la inmunidad anteriormente y la prueba no es suficientemente sensible para detectar una concentración muy baja de anticuerpos anti-HBs en el suero.</li> <li>• Puede ser susceptible con un anticuerpo anti-HBc falsamente positivo.</li> <li>• Puede padecer la infección crónica y tener una concentración no detectable de antígeno HBs en el suero.</li> </ul>
anti-HBc	Positivo	
anti-HBs	Negativo	

Fuente: Adaptado de Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases, 8th ed. Atkinson W, Hamborsky J, McIntyre L, Wolfe S, eds., Washington, D.C.: Public Health Foundation; 2005:101–113.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>	Página 12 de 18
		PRO-R02.003.0000.012	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por:  Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por:  Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

En el primer control se deberá realizar a los tres meses de evolución y deberá incluir 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.

Es importante enfatizar en la importancia de la realización de la prueba confirmatoria para HBsAg debido a que un Elisa para HBsAg reactivo implica presunción de una infección por Hepatitis B más no una infección confirmada.

### 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 menores de 18 años.
- Los factores que facilitan la transmisión de la enfermedad.
- 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. Según la Guía del PAI se debe iniciar el esquema de vacunación contra la hepatitis B a toda persona en contacto sexual o domiciliario estrecho con un caso de hepatitis B aguda o con exposición continua con portadores crónicos de antígeno de superficie (HbsAg) y en convivientes de niños adoptados de zonas endémicas, portadores de HbsAg<sup>14</sup>. También, en niños menores de un año no vacunados o con vacunación incompleta y, además de la vacuna, se les debe aplicar inmunoglobulina hiperinmune anti-HB, en un sitio de punción diferente al de la aplicación de la vacuna<sup>14</sup>.

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<sup>15</sup>.

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

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>		Página 13 de 18
	PRO-R02.003.0000.012		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

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.

#### **5.6.2. 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.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>		Página 14 de 18
	PRO-R02.003.0000.012		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

- 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.

### 5.6.3. Acciones de laboratorio

#### Criterios

- **Tipo de muestra:** de uno a dos mililitros de suero no hemolizado. 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.

Es importante enfatizar en la importancia de la realización de la prueba confirmatoria para HBsAg debido a que un Elisa para HBsAg reactivo implica presunción de una infección por Hepatitis B más no una infección confirmada.

- **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).

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>		Página 15 de 18
	PRO-R02.003.0000.012		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

## 6. 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](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](http://www.paho.org/English/AD/FCH/IM/fieldguide_pentavalent.pdf)
4. Curso de Gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de inmunización. Hallado en: [http://www.paho.org/english/ad/fch/im/isis/epi\\_mod/spanish/1/hepatitis\\_complicaciones.asp](http://www.paho.org/english/ad/fch/im/isis/epi_mod/spanish/1/hepatitis_complicaciones.asp)
5. Valderrama S, Cortes J, Cuervo S. Tratamiento para la infección por hepatitis B crónica. Infectio 2007; 11(4): 201-210).
6. Curso de Gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de inmunización. Hallado en: [http://www.paho.org/english/ad/fch/im/isis/epi\\_mod/spanish/1/hepatitis\\_descripcion\\_epidemiologica.asp](http://www.paho.org/english/ad/fch/im/isis/epi_mod/spanish/1/hepatitis_descripcion_epidemiologica.asp)).
7. 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
8. Tanaka J. Hepatitis B epidemiology in Latin America. Vaccine. 2000.18;18 Suppl 1:S17-9.
9. OMS, CDC and Gary Schatz c. Hepatitis B, porcentajes mundiales de infección, 1999. Hallado en: [http://www.pkids.org/Spa\\_phrglobalhbv.pdf](http://www.pkids.org/Spa_phrglobalhbv.pdf)
10. PKID. Hepatitis B en Niños, 1999. Hallado en: [www.pkids.org/Spa\\_phrwhatishbv.pdf](http://www.pkids.org/Spa_phrwhatishbv.pdf)
11. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000.
12. Lam NC, Gotsch P, Langan RC, Caring for Pregnant Women and Newborns with Hepatitis B or C. Am Fam Physician. 2010 Nov 15;82(10):1225-9).
13. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Viral Hepatitis Surveillance and Case Management. Atlanta GA, 2005

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>		Página 16 de 18
			Versión: 00
	PRO-R02.003.0000.012		Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

## 7. CONTROL DE REGISTROS

Control del Registro									
Identificación		1ra. Fase: archivo de gestión				2da. Fase disposición inicial			3ra. fase disposición final
COD	Nombre	Ordenación documental	Responsable	Lugar	Tiempo de retención	Método usado	Responsable	Tiempo	Método utilizado
REG-R02.001.000-001	Ficha de notificación Datos básicos	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	NA
REG-R02.001.000-010	Ficha de notificación hepatitis B	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	NA

## 8. CONTROL DE REVISIONES

VERSION	FECHA APROBACION			RESPONSABLE APROBACION	MOTIVO DE CREACION O CAMBIO
	AA	MM	DD		

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo 1

Código	Descripción	Código	Descripción
<b>B16</b>	HEPATITIS AGUDA TIPO B	<b>B160</b>	Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (coïnfección) con coma hepático
		<b>B161</b>	Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (coïnfección), sin coma hepático
		<b>B162</b>	Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta, con coma hepático
		<b>B169</b>	Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta y sin coma hepático
<b>B17</b>	OTRAS HEPATITIS VIRALES AGUDAS	<b>B170</b>	Infección (superinfección) aguda por agente delta en el portador de hepatitis B
<b>B19</b>	HEPATITIS VIRAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	<b>B190</b>	Hepatitis viral no especificada con coma
		<b>B199</b>	Hepatitis viral no especificada sin coma

### 9.2. Anexo 2 ficha única de notificación



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>	Página 17 de 18
	PRO-R02.003.0000.012	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

**SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**  
 Sistema de Información SIVIGILA  
 Ficha de Notificación




Datos básicos											
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>											REG-R02.003.0000-001 V:01 AÑO 2011
1.1. Nombre del evento								1.2. Fecha de notificación			
								Código    Día    Mes    Año			
1.3. Semana*		1.4. Año:		1.5. Departamento que notifica				1.6. Municipio que notifica			
* Epidemiológica		Año									
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato						1.8 Código de la UPGD			1.9. Nit UPGD		
						Depto.    Municipio    Código    Sub.					
<b>2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>											
2.1. Primer nombre				2.2. Segundo nombre				2.3. Primer apellido			
2.4. Segundo apellido				2.5 Teléfono				2.6 Fecha de nacimiento			
								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. extranjería <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				
Años    Meses    Días    Horas    Minutos		1    2    3    4    5			M    F (1) Mas.    (2) Fem.		2.12. País de ocurrencia del caso				
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso			2.14. Área de ocurrencia del caso			2.14.1. Cabecera mpa/Centro poblado/Rural disperso		2.14.2 Barrio de ocurrencia		2.14.3. Localidad	
Depto.    Municipio			1    2    3 Cabecera municipal    Centro poblado    Rural disperso								
2.15 Vereda		2.16. Dirección de residencia		2.17. Ocupación del paciente		2.18. Tipo de régimen en salud					
				Código		1    2    3    4    5 Contributivo    Subsidado    Excepción    Especial    No afiliado					
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud						2.20. Pertenencia étnica					
Código						1    2    3 Indígena    ROM, Gitano    Raizal					
						4    5    6 Palenquero    Negro, Mulato, Afro colombiano    Otros					
2.21. Grupo poblacional											
5    7    9    13    14    16 Otros grupos poblacionales    Discapacitados    Desplazados    Migrantes    Carcelarios    Gestantes											
<b>3. NOTIFICACIÓN</b>											
3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente						3.2. Fecha de consulta			3.3. Inicio de síntomas		
Depto.    Municipio						Día    Mes    Año			Día    Mes    Año		
3.4. Clasificación inicial de caso						3.5. Hospitalizado			3.6. Fecha de hospitalización		
1    2    3    4    5 Sospechoso    Probable    Conf. por laboratorio    Conf. clínica    Conf. nexa epidemiológico						1    2 Sí    No			Día    Mes    Año		
3.7. Condición final		3.8. Fecha de defunción		3.9. No. certificado defunción		3.10. Causa básica de muerte					
1    2 Vivo    Muerto		Día    Mes    Año				CIE10					
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha						3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha					
<b>4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES</b>											
4.1. Seguimiento y clasificación final del caso								4.2. Fecha de ajuste			
0    3    4    5    6    7 No aplica    Conf. por laboratorio    Conf. clínica    Conf. nexa epidemiológico    Descartado    Otra actualización								Día    Mes    Año			

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B</b>	Página 18 de 18
	PRO-R02.003.0000.012	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

**SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**  
 Sistema de Información SIVIGILA  
 Ficha de Notificación




<b>Hepatitis B Cód. INS: 340</b>						<small>REG-R02.003.0000-010 V01 AÑO 2011</small>
<b>RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS</b>						
<b>A. Nombres y apellidos del paciente</b>				<b>B. Tipo de ID*</b>	<b>C. No. de identificación</b>	
<small>* TIPO DE ID: 1 - RC : REGISTRO CIVIL   2 - TI : TARJETA IDENTIDAD   3 - CC : CÉDULA CIUDADANÍA   4 - CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   5 - PA : PASAPORTE   6 - MS : MENOR SIN ID   7 - AS : ADULTO SIN ID</small>						
<b>4. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA</b>						
4.1. Embarazada <input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 0 No aplica	4.2. Control prenatal en embarazo actual <input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 0 No aplica	4.3. Edad gestacional de inicio CPN <input type="text"/> Semanas	4.4. Semana de gestación al diagnóstico de hepatitis B <input type="text"/>	4.5. Donante de sangre <input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No		
4.6. Población en riesgo <input type="checkbox"/> 1 Hijo de madre HBsAg(+) <input type="checkbox"/> 2 Compañero sexual inestable <input type="checkbox"/> 3 Hemofílico <input type="checkbox"/> 4 Multtransfundido <input type="checkbox"/> 5 Hemodializado <input type="checkbox"/> 6 Trabajador de la salud <input type="checkbox"/> 7 Drogadicto/parenteral <input type="checkbox"/> 8 Conviviente portador de HBsAg(+) <input type="checkbox"/> 9 Contacto sexual de paciente HBsAg(+) <input type="checkbox"/> 10 Población cautiva						
4.7. Modo de transmisión <input type="checkbox"/> 1 Perinatal <input type="checkbox"/> 2 Horizontal <input type="checkbox"/> 3 Percutánea/parental <input type="checkbox"/> 4 Sexual <input type="checkbox"/> 5 Desconocido		4.8. Otras ITS <input type="checkbox"/> 1 VIH <input type="checkbox"/> 2 Sífilis <input type="checkbox"/> 3 Ninguna <input type="checkbox"/> 4 Ambas		4.9. Vacunación previa con hepatitis B <input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Desconocido		
4.10. Número de dosis <input type="text"/>		4.11. Fecha de tercera dosis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>		4.12. Fuente de la cual se recibió la información <input type="checkbox"/> 1 Carné <input type="checkbox"/> 2 Verbal <input type="checkbox"/> 3 Sin dato		
<b>5. DATOS CLÍNICOS</b>						
5.1. Signos y síntomas <input type="checkbox"/> 1 Náuseas <input type="checkbox"/> 2 Vómito <input type="checkbox"/> 3 Fiebre <input type="checkbox"/> 4 Hiporexia <input type="checkbox"/> 5 Astenia <input type="checkbox"/> 6 Mialgia <input type="checkbox"/> 7 Artralgia <input type="checkbox"/> 8 Coluria <input type="checkbox"/> 9 Ictericia <input type="checkbox"/> 10 Hepatoesplenomegalia				5.2. Tratamiento <input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No Cual?: _____		
5.3. Complicación <input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No ¿Cuál?: _____		5.4. Condición final <input type="checkbox"/> 1 Vivo <input type="checkbox"/> 2 Muerto		5.5. Diagnóstico de contactos <input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Sin dato		
<b>6. DATOS DE LABORATORIO</b>						
6.1. Muestra <input type="checkbox"/> 1 Sangre <input type="checkbox"/> 4 Tejido <small>Día Mes Año</small> Fecha de la toma		6.2. Prueba <input type="checkbox"/> 26 HBSAg *Agente (12) Hepa B <input type="checkbox"/> 91 Anti HBC IgM *Agente (12) Hepa B <input type="checkbox"/> 50 AntiVHD *Agente (12) Hepa B <input type="checkbox"/> 51 Otros (Anti-HBc IgM ) *Agente (12) Hepa B <input type="checkbox"/> 30 Patología *Agente (12) Hepa B		6.3. Resultado <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo		6.4. Fecha del resultado <small>Día Mes Año</small> Fecha del resultado
<b>7. DIAGNÓSTICO PERINATAL</b>						
<b>D. Nombres y apellidos de la madre (aplica solo para transmisión perinatal)</b>				<b>E. Tipo de ID*</b>	<b>F. No. de identificación</b>	
<small>* TIPO DE ID: 1 - RC : REGISTRO CIVIL   2 - TI : TARJETA IDENTIDAD   3 - CC : CÉDULA CIUDADANÍA   4 - CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   5 - PA : PASAPORTE   6 - MS : MENOR SIN ID   7 - AS : ADULTO SIN ID</small>						
7.1. Aplicación de la vacuna anti hepatitis B al recién nacido <input type="checkbox"/> 1 Primeras 12 horas <input type="checkbox"/> 2 13 a 24 h <input type="checkbox"/> 3 Más de 24 h <input type="checkbox"/> 4 Sin dato <input type="checkbox"/> 5 No aplicaron				7.2. Aplicación de gamaglobulina al recién nacido <input type="checkbox"/> 1 Primeras 12 horas <input type="checkbox"/> 2 13 a 24 h <input type="checkbox"/> 3 Más de 24 h <input type="checkbox"/> 4 Sin dato <input type="checkbox"/> 5 No aplicaron la gamaglobulina		
7.3. Remisión a pediatra <input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 Sin dato <input type="checkbox"/> 0 No aplica						
<small>**Los códigos hacen referencia a los establecidos en la estructura de archivos planos del subsistema de información Sivigila 2008 versión 1.0</small>						
<b>Observaciones y seguimiento del caso</b>						