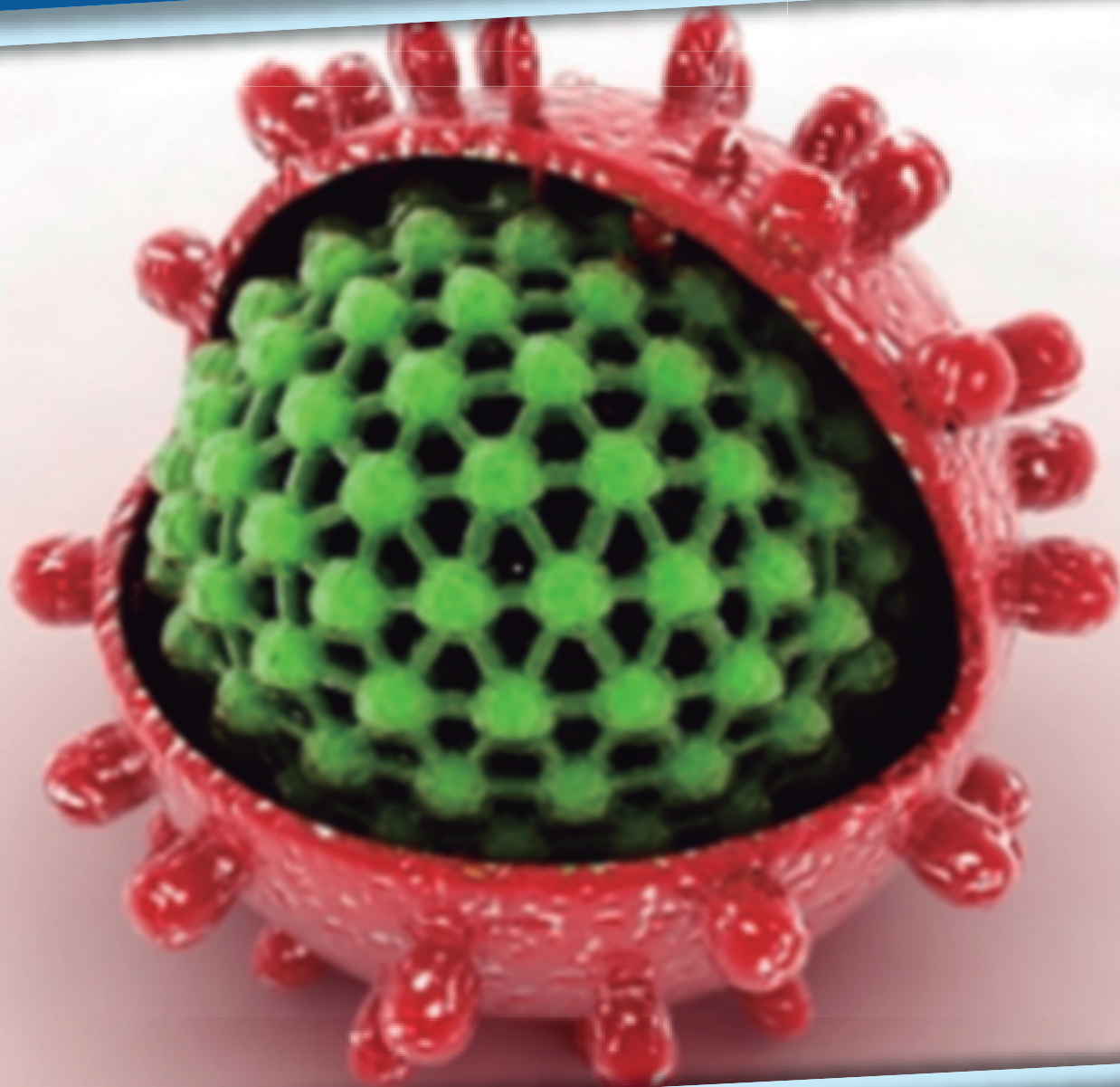


CUADERNILLO PARA EL ANÁLISIS DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

4



Diagnóstico Rápido para el Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública
de Hepatitis B en Mujeres Gestantes y sus Hijos en Bogotá D. C.

Cuadernillo para la Vigilancia en Salud Pública

Subsecretaría de Salud Pública
Dirección de Epidemiología, Análisis y
Gestión de Políticas de Salud Colectiva
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública,
Hospital Tunjuelito ESE

Alcalde Mayor de Bogotá
Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud
Mauricio Bustamante García

Subsecretario de Salud Pública
Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Coordinación General del Documento

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión
de Políticas de Salud Colectiva
María Patricia González Cuellar

Subdirectora (e) de Vigilancia en Salud Pública
Luz Adriana Zuluaga Salazar

Diseño y Diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada
womenshealthency.com/articles/page/54/
Fotografía interna
cityofhope.org/blog/hepatitis-b-liver-cancer
(Credit: thinkstock)

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2015
www.saludcapital.gov.co

Autores:
Manuel Alfredo González Mayorga,
VIH e ITS
Catherine Rodríguez Alfonso,
Salud Materno-Infantil
Aura Liliana Torres Umbarila,
Análisis de Situación de Salud

CONTENIDO

1.	Introducción	3
2.	Componente cualitativo	4
3.	Aspectos específicos de la VSP de la Hepatitis B en mujeres gestantes y sus hijos en Bogotá D. C.	5
4.	Recomendaciones	9
5.	Componente cuantitativo	11
6.	Análisis componentes encuesta	12
7.	Conclusiones y recomendaciones	19

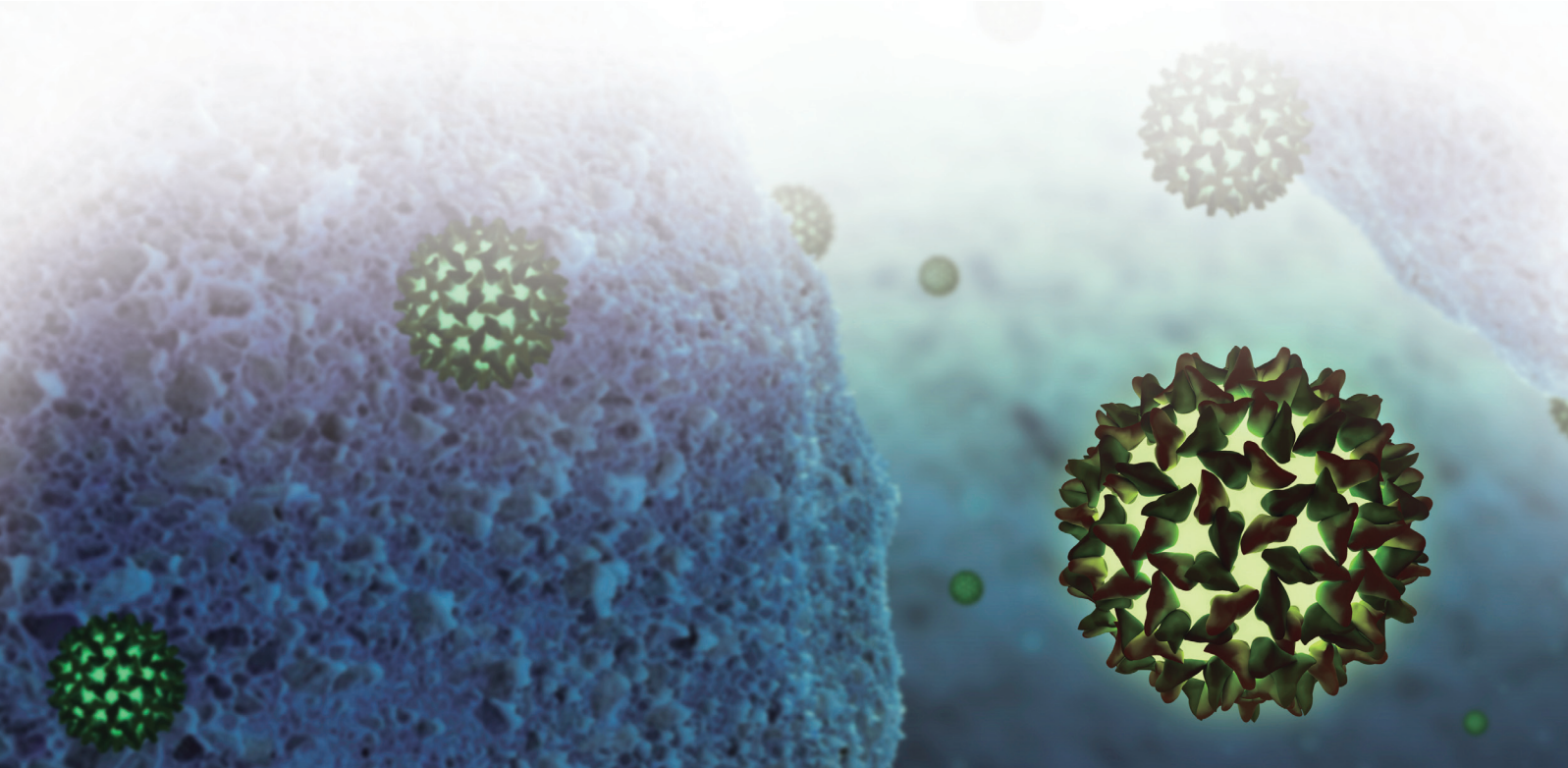
El contenido corresponde a información consolidada y analizada de los informes mensuales enviados por las ESE en desarrollo de eventos en salud pública atendidos por las unidades en Salud Pública (UCSP) locales".

1. Introducción

La Vigilancia en Salud Pública de las Infecciones de Transmisión Sexual se ha visto modificada recientemente, especialmente en lo relacionado con VIH y Sífilis como las más notables de este grupo de enfermedades transmisibles. Sin embargo dicho centralidad en estos dos eventos ha dejado de lado otros eventos de igual o mayor relevancia tales como la Hepatitis B, Hepatitis C y el Virus de Papiloma Humano.

En 2014 se modificaron las definiciones de caso y ficha de notificación de Hepatitis B, Hepatitis C y Coinfección Hepatitis B delta, agrupando estos eventos en el código 340. Adicionalmente si inicio un proceso de fortalecimiento para el seguimiento de la mujer gestante con Hepatitis B y el menor expuesto durante el nacimiento. Como se menciona anteriormente hay una centralidad del ejercicio de la VSP en VIH y Sífilis, es por esto que resulta relevante hacer un diagnóstico que permita identificar la situación actual, así como las propuestas de mejora que requieren ser implementadas como ente territorial y nacional.

El ejercicio se hizo bajo la metodología de diagnóstico rápido en salud, buscando herramientas de recolección de información que brindaran datos de tipo mixto cuantitativo y cualitativo. En este sentido se aplicó vía web una encuesta a profesionales de la salud y se realizaron dos grupos focales con profesionales encargados de la Vigilancia en Salud Pública de la Salud sexual y reproductiva en las 20 localidades de Bogotá D. C., a continuación se presentan los resultados, conclusiones y propuestas de mejora.



2. Componente cualitativo

A partir de la sistematización y análisis de dos grupos focales realizados con Profesionales de Salud Materno-infantil y Salud Sexual y Reproductiva de las ESE locales, se puede observar algunos elementos estructurales de la Vigilancia en Salud Pública (VSP) en general y otros particulares de este proceso con relación a la Hepatitis B, en mujeres gestantes y sus hijos, que presentan dificultades, las cuales constituyen oportunidades de mejora para el fortalecimiento del proceso.

Aspectos estructurales de la Vigilancia en Salud Pública.

Las condiciones de contratación y la sobrecarga del talento humano responsable de llevar a cabo la vigilancia de los eventos en los hospitales están directamente relacionadas con la rotación del talento humano y la falta de calidad con que algunos procesos son adelantados. En cuanto al primer punto es relevante señalar que en la medida que los profesionales encargados de la vigilancia continúen rotando difícilmente se podrán consolidar procesos a mediano y largo plazo, pues cada profesional nuevo que ingresa requiere de capacitación y deberá aprender cómo se maneja la VSP en el hospital en el que labora, y muchas veces cuando este proceso de capacitación técnica se ha dado el profesional se ha ido de la institución.

La rotación del talento humano, y la sobrecarga del mismo afecta la calidad de la VSP pues según los profesionales son tantas las actividades por las que se deben responder, que los profesionales buscan ante todo dar respuesta a las metas para evitar glosas, muchas veces en este afán de cumplir metas, las actividades e informes no se hacen con la calidad esperada, y actividades tales como la lectura completa y a conciencia de los protocolos de vigilancia y control en salud pública tampoco se realiza.

Otro aspectos estructural señalado por las y los participantes, es la falta de insumos claves para adelantar sus actividades, tales como puestos de trabajo con computadores e internet, ante estas ausencias los profesionales deben llevar sus equipos portátiles y proveer su internet. Adicionalmente en algunas localidades la falta de disponibilidad de un transporte para las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) incide en la oportunidad con que se realizan estas actividades y en algunos casos se coloca en riesgo la integridad de los profesionales pues algunas zonas son alejadas y presentan problemas de seguridad.

Finalmente otro de los aspectos estructurales señalados en los grupos focales se relaciona con la falta de capacitación del talento humano cuando ingresa a desarrollar labores de VSP. En general las personas señalan que cuando inician en un cargo les entregan las actividades a su cargo, más no se hacen proceso de capacitación que les permitan entender a las personas cuáles son sus responsabilidades, de qué forma deben adelantar sus actividades,

cuáles son los elementos y aspectos más importantes de su quehacer, entre otros. Lo anterior conlleva a que las personas vayan aprendiendo por el camino qué es lo que deben realizar, con el riesgo de que mientras ocurre este aprendizaje se dejen de realizar actividades o que están no se realicen adecuadamente.

3. Aspectos específicos de la VSP de la Hepatitis B en mujeres gestantes y sus hijos en Bogotá D. C.

Generalidades de la Hepatitis B.

De forma general las personas participantes en los grupos focales identifican que se presentan muy pocos casos de este evento en las localidades, siendo el promedio aproximado de dos casos por mes. En general se habla de casos en personas jóvenes, considerando que la distribución en edades puede ser similar al de otras ITS, sin embargo al respecto hay poca información pues es una enfermedad que poco se diagnostica en población general.

Sobre la forma de diagnóstico e intervención surgieron varios puntos relacionados con una menor priorización de este evento en comparación con ITS como Sífilis y VIH. Por una parte la aparente baja frecuencia con la que se presenta el evento, incide en el interés prestado al protocolo y al seguimiento de los casos, así como con la cantidad de información que reciben las personas; la mayoría de estos aspectos se relacionan exclusivamente con VIH y sífilis. Es también relevante señalar que los casos del Virus de Hepatitis B (VHB) que se presentan en grupos diferentes a mujeres gestantes no son visibilizados ni priorizados al interior de las localidades pues aparentemente no requieren intervenciones específicas. La ausencia de acciones de educación o prevención orientadas a la población general, incide en la cobertura integral de las acciones en Hepatitis B.

Para las y los participantes los pocos casos presentados estarían relacionados con el escaso tamizaje y diagnóstico del VHB en población general, lo anterior podría estar generando un subdiagnóstico y subregistro de esta infección en el Distrito Capital.

Reconocimiento del protocolo de la VSP de la Hepatitis B.

El que los profesionales encargados de la VSP del VHB conozcan y manejen el protocolo dependerá en buena parte las acciones que realicen en torno a este evento, así como el apoyo que pueden brindar a las instituciones de salud y a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) sobre la vigilancia de este evento.

Al respecto es importante señalar que del protocolo se reconocen los aspectos generales, tales como la forma de transmisión del virus, las personas susceptibles al VHB, la forma de notificación (semanal) y la ficha en la que ésta se lleva a cabo.

Se presentan dificultades en las definiciones de caso particularmente para la diferenciación y clasificación de estos como agudo o crónico, y la definición de caso en menor de 24 meses. Las imprecisiones respecto de las definiciones de caso pueden conllevar a un subregistro o una clasificación de caso errónea. Uno de los puntos más relevantes destacados en relación con el protocolo tiene que ver con los cambios recientes en este, los cuales no han resultado claros para el personal de la salud. Al respecto se menciona que estos cambios hicieron más complejo el algoritmo diagnóstico pues se define que los casos se deben clasificar, sin embargo para los profesionales no ha sido claro como debe ser realizado este proceso ni que pruebas se deben utilizar. Otra dificultad que se presenta al respecto es que los casos que ingresan como *Hepatitis B a clasificar*, no se confirman como agudo o crónico pues se presentan dificultades en la realización de las pruebas confirmatorias y en el ajuste de los casos por parte de los profesionales. Las y los participantes señalaron que en la medida en que los primeros niveles no pueden confirmar los diagnósticos y los aseguradores no completan este proceso los casos quedan abiertos. Así mismo los segundos y terceros niveles encargados de realizar la confirmación tampoco retroalimentan a los primeros niveles quedando los casos sin confirmar. De otra parte si bien al interior de las instituciones se han dado algunos procesos de socialización de los protocolos de VSP existen vacíos respecto de las guías de atención, así como la forma de diagnóstico y seguimiento.

En cuanto al componente de las búsquedas activas institucionales (BAI) se señala que la falta de tiempo limita la posibilidad de los hospitales para llevarlas a cabo, de otra parte el que los profesionales de la salud no consignan de forma adecuada los códigos CIE 10 incide en la baja identificación de estos casos mediante esta estrategia de VSP.

Acciones individuales para la Vigilancia del VHB

El protocolo para la VSP de la Hepatitis B contempla varias actividades que tienen como parte de sus poblaciones sujeto a las mujeres gestantes, los menores nacidos de una mujer diagnosticada con Hepatitis B y las personas donantes de sangre que presentan marcadores positivos para este virus.

En los grupos focales se encontraron algunos elementos que inciden en la posibilidad de realizar estas acciones individuales. Por una parte no hay claridad en el tipo de pruebas que se deben realizar para clasificar un caso como agudo o crónico; así mismo se han presentado dificultades con la interpretación de los resultados pues se ha encontrado que entre los laboratorios varían los valores de referencia para clasificar los casos. Tampoco existe claridad sobre los marcadores relacionados con la inmunidad adquirida o la capacidad de transmisión del virus.

En cuanto a las acciones a ser desarrolladas con la mujer gestante se tiene claridad respecto a que el tamizaje para Hepatitis B se debe dar al inicio de los controles prenatales y que en general este proceso se da de forma adecuada en los hospitales, aunque se señala que si

bien en las gestantes debería ser realizado el antígeno de superficie, algunos profesionales optan por solicitar como examen de ingreso anti-core u otro tipo de pruebas diferente al antígeno de superficie lo cual podría estar afectando el adecuado proceso diagnóstico.

Es importante reconocer que muchas mujeres inician sus controles prenatales de forma tardía e incluso algunas no hacen ningún control prenatal antes del momento del parto, lo anterior alerta sobre la importancia de adelantar trabajo de educación y sensibilización a las mujeres gestantes en los territorios para que acudan a controles prenatales. Frente al tema del tamizaje se resalta que si una mujer llega al trabajo de parto sin prueba de Hepatitis B se le debe realizar una prueba rápida, sin embargo se señala que en las instituciones de salud a diferencia de las pruebas de sífilis y Hepatitis B, muchas veces estas pruebas no se encuentran disponibles lo cual constituye un riesgo importante para la salud de los recién nacidos.

En cuanto a la IEC y búsqueda de contactos, se identifica que estas actividades en general son realizadas; otras acciones que deberían ser realizadas por el asegurador en conjunto con su red de prestadores de servicios tales como la explicación detallada de lo que implica la infección para la salud de las personas, cómo podría llegar a afectar a un menor durante la gestación y el nacimiento, y cuál debería ser el manejo en caso de una nueva gestación se identifican débiles. Es importante señalar que en la medida en que en términos de la VSP la Hepatitis B, no se prioriza, es probable que las acciones realizadas como parte de la IEC no se les dé la importancia requerida, perdiéndose oportunidades para llevar a cabo procesos de acompañamiento y educación fundamentales para la mujer y sus contactos.

Como parte del protocolo se ha establecido que debe ser realizado seguimientos a las gestantes con diagnóstico positivo para Hepatitis B. sin embargo se presentan dificultades frente al mismo, pues no es clara la forma de hacerlo, quien es el responsable (asegurador, IPS, P y D o VSP) ni tampoco cuál es el objetivo del mismo. En cuanto a las acciones de seguimiento adelantadas desde los hospitales se señala que éstas recaen sobre las áreas de VSP, produciéndose sobrecarga en dichos equipos, además de pérdidas de oportunidades de trabajo en las localidades desde los equipos territoriales, así como de las áreas de promoción y prevención.. Se informa que es más claro el proceso en sífilis y VIH, pues existe un lineamiento técnico claro que hace parte de una sola estrategia y se considera que la Hepatitis B se debería manejar en conjunto con estos otros eventos.

Al respecto se señala que si bien el grueso de las actividades de intervenciones específicas en salud pública son adelantadas por los equipos de VSP, la mayoría de aspectos requeridos para el seguimiento corresponden al proceso de atención y prestación de servicios, y por tanto los equipos de VSP no tienen acceso a dicha información, lo cual dificulta aún más la realización de esta actividad. Un último elemento señalado en relación al seguimiento, tiene que ver con la fragmentación de acciones desde la VSP que involucran al binomio madre e hijo, lo cual se traduce en la poca integralidad de acciones e intervenciones, así como en la realización de reprocesos y desgaste del talento humano.

En cuanto al manejo de un hijo de gestante VHB positiva existe claridad que a este se le debe aplicar la vacuna y la inmunoglobulina hiperinmune anti Hepatitis B, sin embargo se presentan

dudas en cuanto al tiempo desde el nacimiento en que estas acciones deben ser realizadas. La falta de claridad en este proceso puede incidir en que las y los referentes den informaciones erróneas en procesos de capacitación, lo cual incluso puede conllevar a un manejo inadecuado de los casos con las consecuencias negativas para la salud del recién nacido.

Frente al manejo de las personas donantes de sangre con marcadores serológicos positivos para el VHB, se identifica que es el banco de sangre el responsable de hacer el contacto con el donante, brindarle la información respecto de lo encontrado en su muestra y proceder al proceso de canalización. En cuanto al tema de la responsabilidad existen dudas de si existe responsabilidad cuando hay donación de sangre en la propia ESE y de si la persona puede volver a donar sangre, lo cual evidencia como en otros de los casos aquí expuestos las debilidades que se presentan en el manejo del protocolo.

La implementación de la Vigilancia de la Hepatitis B en los hospitales del Distrito

En cuanto al proceso de implementación de la Vigilancia de la Hepatitis B al interior de los hospitales un primer elemento es que estas instituciones han realizado pocas capacitaciones u otro tipo de actividades tendientes a una adecuada implementación de la VSP en estas instituciones, así como en las UPGD. Se identifican dificultades relacionadas con los cambios recientes del protocolo, la poca capacitación recibida sobre este protocolo, que conlleva a que los propios profesionales encargados de realizar la VSP al interior de las IPS pero también los referentes de los hospitales no tengan claro conceptos técnicos, además de la resistencia de los profesionales de la salud a su implementación y a participar en los procesos de capacitación reclamando que únicamente pueden ser pares médicos o subespecialistas clínicos quienes realicen dichas capacitaciones.

La anterior situación alerta sobre la necesidad de continuar sensibilizando a los profesionales de la salud que atienden en las IPS sobre la importancia de la VSP y la responsabilidad que tienen en ello, así como la necesidad de integrar otras áreas y actores que están relacionadas directamente con la prestación de servicios de salud. En cuanto a la notificación de los casos se identifican dificultades relacionadas con la clasificación final, , el subregistro de los casos en la capital, , y el diligenciamiento incompleto de las fichas de vigilancia, las cuales fueron señaladas en páginas anteriores.

Un aspecto muy relevante relacionado con la implementación que fue señalado anteriormente en este documento pero que vale la pena reiterar, es como la VSP de este evento se ha constituido como algo menos relevante en comparación de la sífilis o el VIH que aportan un mayor número de casos en la ciudad. Esta poca priorización afecta en la visibilización de los casos, así como en la calidad de la vigilancia y de las acciones que deberían llevarse a cabo. Por ejemplo solo unos pocos hospitales han realizado unidades de análisis sobre Hepatitis B.

Al indagar por la implementación de la ficha de diagnóstico y seguimiento a la madre portadora de Hepatitis B y al recién nacido emerge con mucha fuerza el desconocimiento y no implementación de la misma en los hospitales del distrito capital. Lo anterior alerta sobre el desconocimiento y falta de claridad en la implementación del protocolo a nivel distrital y nacional.

4. Recomendaciones

- ✓ Es fundamental adelantar diferentes tipos de acciones que conlleven a significar la Hepatitis B como un evento de interés en salud pública de gran importancia, y la VSP de este evento como una actividad fundamental para la calidad de vida de las y los habitantes del Distrito Capital.
- ✓ Se deben fortalecer los procesos de capacitación en el protocolo de los profesionales encargados de la VSP del VHB, aunque estos deben ser diferenciados de los espacios de fortalecimiento técnico en manejo clínico.
- ✓ Los procesos de capacitación deben incluir aspectos tales como las definiciones de caso, pruebas diagnósticas, interpretación de las pruebas, marcadores relacionados con la inmunidad adquirida o la capacidad de transmisión del virus, tiempo máximo en el que se debe aplicar la vacuna y la inmunoglobulina a los recién nacidos hijos de una mujer VHB positiva, forma de diligenciamiento de la ficha de diagnóstico y seguimiento de la madre portadora de Hepatitis B y al recién nacido.
- ✓ Se sugiere para los procesos de capacitación implementar metodologías participativas que permitan a los referentes de la SDS y a los de los hospitales hacer simulaciones de la VSP de este evento a partir de casos reales, todo ello con el fin de afianzar los conocimientos en cuanto al evento y superar las dudas que se están presentando como parte de la vigilancia del mismo.
- ✓ Se debe fomentar que los procesos de socialización del protocolo adelantados por los hospitales se les dedique el tiempo suficiente y que las personas que lo realicen cuenten con los conocimientos y manejo suficiente de este protocolo.
- ✓ Se debe trabajar por garantizar la disponibilidad de pruebas rápidas para el tamizaje de las mujeres que llegan a trabajo de parto sin prueba de Hepatitis B o sin control prenatal.
- ✓ Es importante pensar en cómo a nivel nacional y distrital se incluyen acciones de salud pública, entre ellas la educación y prevención de la Hepatitis B dirigida a población general con el objetivo de emprender un manejo integral de este evento en la nación.
- ✓ Se debe reforzar en los profesionales de la salud la importancia de la vigilancia de la Hepatitis B, aclarar el proceso diagnóstico y las pruebas que deben ser realizadas para el tamizaje de la mujer gestante así como para la clasificación del caso.

- ✓ Es necesario que el Instituto Nacional de Salud (INS) aclare cuales son los objetivos del seguimiento a la mujer gestante diagnosticada con VHB, cómo debe ser realizado y cuál es la instancia responsable de su realización.
- ✓ Se considera pertinente que el reporte y seguimiento a la mujer gestante con Hepatitis B y al recién nacido, sea incluido en la estrategia nacional de eliminación tal y como está sífilis gestacional, sífilis congénita y VIH.
- ✓ Para la adecuada implementación de la Vigilancia en salud pública y la respuesta del distrito para la prevención y atención oportuna de la Hepatitis B se debe fomentar la articulación entre VSP, los equipos territoriales y las áreas de Promoción y Detección Temprana. Como parte de ello se identifica la necesidad de incluir claramente a P y D y Gestión de Políticas y Programas en la promoción del diagnóstico, la prevención y el seguimiento a la mujer gestante, etc.
- ✓ Se recomienda que las acciones de VSP que involucren al binomio madre e hijo sean planteadas y desarrolladas de forma integral, para ello resultará fundamental fomentar un manejo articulado de la Hepatitis B con otras infecciones que implican intervenciones similares como el VIH y la sífilis.
- ✓ Se debe continuar sensibilizando a los profesionales de la salud dedicados a la atención sobre la importancia de la VSP y la responsabilidad que tienen en ellos. Parte de esta labor es responsabilidad de las aseguradoras y también de las instancias encargadas de la formación de este personal.
- ✓ Es fundamental hacer un adecuado proceso de difusión y capacitación de los diferentes actores participantes en la vigilancia de la Hepatitis B para la implementación de la ficha de diagnóstico y seguimiento a la madre portadora de Hepatitis B y al recién nacido. Es importante que como parte de este proceso se aclare el papel y uso de esta ficha en la VSP, los responsables y formas de diligenciamiento.
- ✓ Se identifica la necesidad de fortalecer de parte de las SDS las asistencias técnicas hacia los hospitales sobre la VSP de la Hepatitis B, que permita a su vez mejorar las asistencias de estos hacia las UPGD.
- ✓ Las y los referentes de los hospitales identifican la necesidad de que se realicen ajustes al protocolo que permitan hacer la definición de caso más clara y concreta, y evaluar la posibilidad de la notificación del caso como confirmado por laboratorio desde el inicio.

5. Componente cuantitativo

Para este componente del proyecto se construyó un instrumento de recolección de información tipo encuesta, el cual contó con trece (13) preguntas de tipo selección múltiple y algunas abiertas. Este instrumento se implementó usando la aplicación Google Encuestas, permitiendo que vía web 34 personas respondieran a esta.

Aspectos generales:

Participante: 34 profesionales

Vía de diligenciamiento: web

https://docs.google.com/forms/d/1CMsZbOKJUtwdUq5USWI8-ayjT5UIMbUFdMbQBf29-Os/viewform?usp=send_form

Perfiles participantes:

- ✓ Referentes de Salud Materno Infantil y Salud Sexual y Reproductiva - Vigilancia en Salud Pública
- ✓ Referentes Salud Sexual y Reproductiva – Gestión de Políticas y Programas en Salud
- ✓ Referentes de Promoción y Detección Temprana (PyD)

6. Análisis componentes encuesta

Participación

Tabla 1. Empresas Sociales del Estado participantes en la encuesta de caracterización de conocimientos sobre VHB, Bogotá D. C. 2015

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	PARTICIPANTES	PORCENTAJE
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	2	5,9
HOSPITAL CHAPINERO	3	8,8
HOSPITAL DE KENNEDY	2	5,9
HOSPITAL DE NAZARETH	1	2,9
HOSPITAL EL TUNAL	1	2,9
HOSPITAL ENGATIVÁ	3	8,8
HOSPITAL FONTIBÓN	2	5,9
HOSPITAL MEISSEN	1	2,9
HOSPITAL PABLO SEXTO BOSA	2	5,9
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	3	8,8
HOSPITAL SAN BLAS	1	2,9
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL	1	2,9
HOSPITAL SUBA	2	5,9
HOSPITAL SUR	1	2,9
HOSPITAL TUNJUELITO	2	5,9
HOSPITAL USÁQUEN	2	5,9
HOSPITAL USME	4	11,8
HOSPITAL VISTA HERMOSA	1	2,9
TOTAL GENERAL	34	100,0

Fuente: resultados encuesta diagnóstico rápido 2015

En la encuesta participaron un total de 18 Empresas Sociales del Estado (ESE), de estas 14 correspondieron a instituciones de I y II nivel, las restantes corresponden a 2 instituciones de II nivel y 2 instituciones de III nivel de atención. En este sentido se puede identificar que esta información representa de forma adecuada la red pública de prestación de servicios en salud.

Tabla 2. Cargo de participantes en la encuesta de caracterización de conocimientos sobre VHB, Bogotá D. C. 2015

CARGO INSTITUCIONAL	PARTICIPANTES	PORCENTAJE
OTRO	3	8,8
REFERENTE P Y D	7	20,6
REFERENTE SALUD MATERNO INFANTIL - SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	13	38,2
REFERENTE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - GESTIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN SALUD	11	32,4
TOTAL GENERAL	34	100,0

Fuente: resultados encuesta diagnóstico rápido 2015

Con respecto al perfil profesional de los y las participantes en la encuesta, se encuentra que la mayor parte correspondieron a profesionales de Vigilancia en Salud Pública y Gestión de Políticas y Programas, siendo estos los dos perfiles que desde la Secretaría Distrital de Salud tienen dentro de sus funciones específicas el proceso de monitoreo, prevención, acompañamiento y seguimiento a este evento. Otro perfil que se exploró fue el de P y D, dado que se reconoce el importante papel de estos profesionales institucionales en la implementación y sostenibilidad de este proceso.

Mecanismo de transmisión y diagnóstico de la Hepatitis B

Para la totalidad de participantes son claros los mecanismos de transmisión, en los cuales se referencian los informados en el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública y literatura existente en el país, haciendo especial énfasis en la transmisión sexual, materno-infantil y percutánea. La situación es diferente con relación al diagnóstico, en este caso los siguientes son los principales hallazgos:

- ✓ Se reconoce el antígeno de superficie (HBsAg) como prueba principal, sin embargo no es claro el papel o lugar de esta en el algoritmo, en algunos casos la referencian como prueba inicial y en otros como confirmatoria.
- ✓ No es claro cuáles serían la prueba complementaria en el caso de un HBsAg positivo, se plantean diferentes marcadores sin establecer con claridad la razón técnica para la solicitud e interpretación de estos.

- ✓ En algunos casos se plantea el inicio del algoritmo diagnóstico con pruebas como Anti core IgG o IgM, lo cual indica importantes vacíos conceptuales en el algoritmo diagnóstico de la Hepatitis B.

Lo anterior muestra cómo el algoritmo diagnóstico para VHB es poco conocido y manejado técnicamente por parte de profesionales de salud, lo cual es preocupante dados que estos profesionales por su cargo se espera manejen a profundidad este tema. Aunque en su mayoría se reconoce el HBsAg como el marcador inicial, resulta complejo a las personas participantes de la encuesta dar las indicaciones para definir o completar el algoritmo diagnóstico, lo anterior limitando la posibilidad de llegar a establecer casos de Hepatitis B de tipo agudo o crónico y posteriormente el acompañamiento para su monitoreo serológico y tratamiento.

Conocimiento de protocolo de VSP y aspectos básicos de este

Tabla 3. Frecuencia absoluta y relativa de reporte de conocimiento del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la VHB, Bogotá D. C. 2015

CARGO INSTITUCIONAL	CONOCE EL PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA VHB				
	NO	%	SI	%	TOTAL GENERAL
OTRO	1	33,3	2	66,7	3
REFERENTE P Y D	3	42,9	4	57,1	7
REFERENTE SALUD MATERNO INFANTIL - SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	0	0,0	13	100,0	13
REFERENTE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - GESTIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN SALUD	4	36,4	7	63,6	11
TOTAL GENERAL	8	23,5	26	76,5	34

Fuente: resultados encuesta diagnóstico rápido 2015

De los participantes el 23,5% (8 personas) informaron no conocer el protocolo de Vigilancia en Salud Pública del evento, de estos la totalidad de los profesionales que no conocen el protocolo corresponde a perfiles que desempeñan sus actividades en áreas diferentes a Vigilancia en Salud Pública, un porcentaje similar informa conocer la ficha de notificación.

Al indagar sobre si se conoce la ficha de seguimiento a la mujer gestante y el recién nacido, un 38,2% (13 personas) informaron conocerla, un porcentaje igual informó no conocerla. Algo que llama la atención es que el restante 23,5% (8 personas), informaron que consideraban que la misma ficha usada para notificar al SIVIGILA era la usada para el seguimiento a la mujer gestante y el recién nacido. Al hacer la misma pregunta pero en relación con la ficha de Sífilis gestacional y congénita y la de VIH, se identifica que esta se conoce mucho más, pues el 70,5% (24 personas) de las personas informaron conocerla, lo anterior nos muestra como dentro de las ITS existen algunas con mayor reconocimiento en los documentos técnicos y que el VHB requiere ser fortalecido mediante espacios de trabajo entre la SDS, ESE y UPGD, que permitan mejorar la respuesta ante este evento en la ciudad.

Aunque la presente encuesta hace énfasis en aspectos de la VSP, nos permite identificar como en los y las profesionales hay vacíos conceptuales que pueden afectar diferentes aspectos tales como las acciones preventivas, diagnósticas y de monitoreo. En lo local existe poca visibilización de las Hepatitis Virales especialmente la B y C, se considera que son eventos poco prioritarios, causando poco interés en los mismos.

Tabla 4. Frecuencia absoluta y relativa de reporte de conocimiento sobre periodicidad de notificación de casos de VHB, Bogotá D. C. 2015

CARGO INSTITUCIONAL	PERIODICIDAD DE NOTIFICACIÓN						
	INMEDIATA	%	MENSUAL	%	SEMANAL	%	TOTAL GENERAL
OTRO	2	20,0	0	0,0	1	4,3	3
REFERENTE P Y D	2	20,0	1	10,0	4	17,4	7
REFERENTE SALUD MATERNO INFANTIL - SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	1	10,0	0	0,0	12	52,2	13
REFERENTE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - GESTIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN SALUD	5	50,0	0	0,0	6	26,1	11
TOTAL GENERAL	10	100,0	1	100,0	23	100,0	34

Fuente: resultados encuesta diagnóstico rápido 2015

Según lo establecido en el Protocolo de Vigilancia y Control en Salud Pública la notificación de este evento debe ser semana, al preguntar sobre dicho aspecto se encuentra que el 32,3% no conoce correctamente la periodicidad de la notificación, de estas personas que informaron erróneamente el 97,1% corresponde a profesionales de áreas diferentes a VSP.

Tamizaje, atención y seguimiento

La mayoría de personas en los grupos focales (ver documento específico) informaron no tener clara la razón para el seguimiento de la mujer gestante con VHB y el recién nacido expuesto, cuando en la presente encuesta se hizo esta misma pregunta en relación con la estrategia de eliminación de Transmisión materno-infantil de VIH y sífilis congénita, el 88,2% informaron conocer dicha estrategia, saber de su implementación y objetivos.

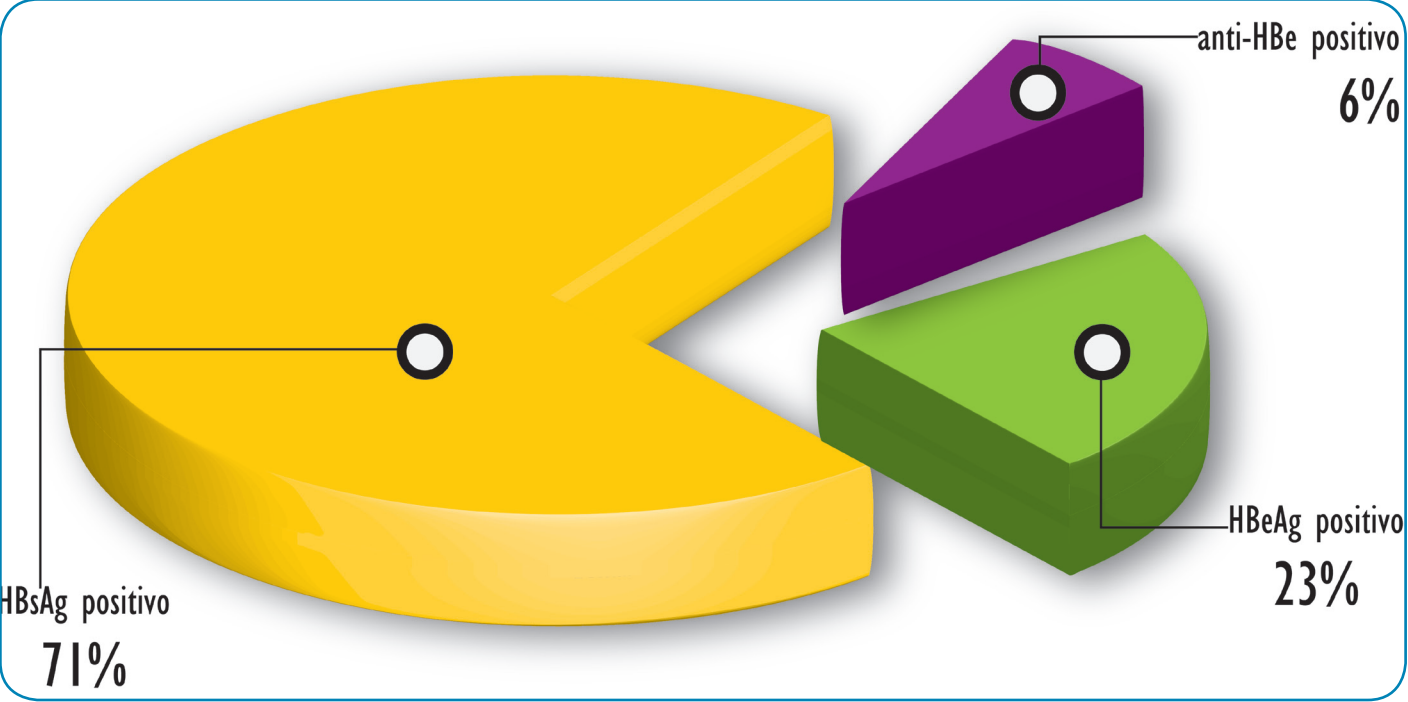
Tabla 5. Frecuencia absoluta y relativa de reporte de conocimiento sobre tamizaje para VHB en mujeres gestantes, Bogotá D. C. 2015

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	PORCENTAJE DE TAMIZAJE PARA VHB EN MUJERES GESTANTES					
	10% AL 25%	25% AL 50%	51% AL 75%	MAYOR AL 75%	NO LO CONOZCO	TOTAL GENERAL
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	0	0	0	0	2	2
HOSPITAL CHAPINERO	0	0	0	3	0	3
HOSPITAL DE KENNEDY	0	0	0	1	1	2
HOSPITAL DE NAZARETH	0	0	0	1	0	1
HOSPITAL EL TUNAL	0	0	0	1	0	1
HOSPITAL ENGATIVÁ	0	0	0	2	1	3
HOSPITAL FONTIBÓN	0	0	0	1	1	2
HOSPITAL MEISSEN	1	0	0	0	0	1
HOSPITAL PABLO SEXTO BOSA	0	0	0	2	0	2
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	1	0	0	1	1	3
HOSPITAL SAN BLAS	0	0	1	0	0	1
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL	0	0	0	0	1	1
HOSPITAL SUBA	0	0	0	2	0	2
HOSPITAL SUR	0	0	0	0	1	1
HOSPITAL TUNJUELITO	0	1	0	0	1	2
HOSPITAL USÁQUEN	0	0	0	0	2	2
HOSPITAL USME	0	0	1	1	2	4
HOSPITAL VISTA HERMOSA	0	0	0	0	1	1
TOTAL GENERAL	2	1	2	15	14	34

Fuente: resultados encuesta diagnóstico rápido 2015

Al preguntar sobre un aspecto base en la prevención de la transmisión materno-infantil del VHB como el tamizaje en la mujer gestante, se encuentra que el 41,2% de las personas participantes informan no conocer esta información. El 44% informaron tamizar a más del 75% y el restante 14,7% reportaron tamizajes inferiores al 75% en el total de mujeres gestantes. Las mayores dificultades parecen estarse presentando en II y III niveles, lo cual puede estar relacionado con la llegada de mujeres para parto sin antecedente de control prenatal.

Grafica 1. Conocimiento sobre el marcador serológico relacionado con transmisibilidad en casos de VHB, frecuencia relativa, Bogotá D. C. 2015

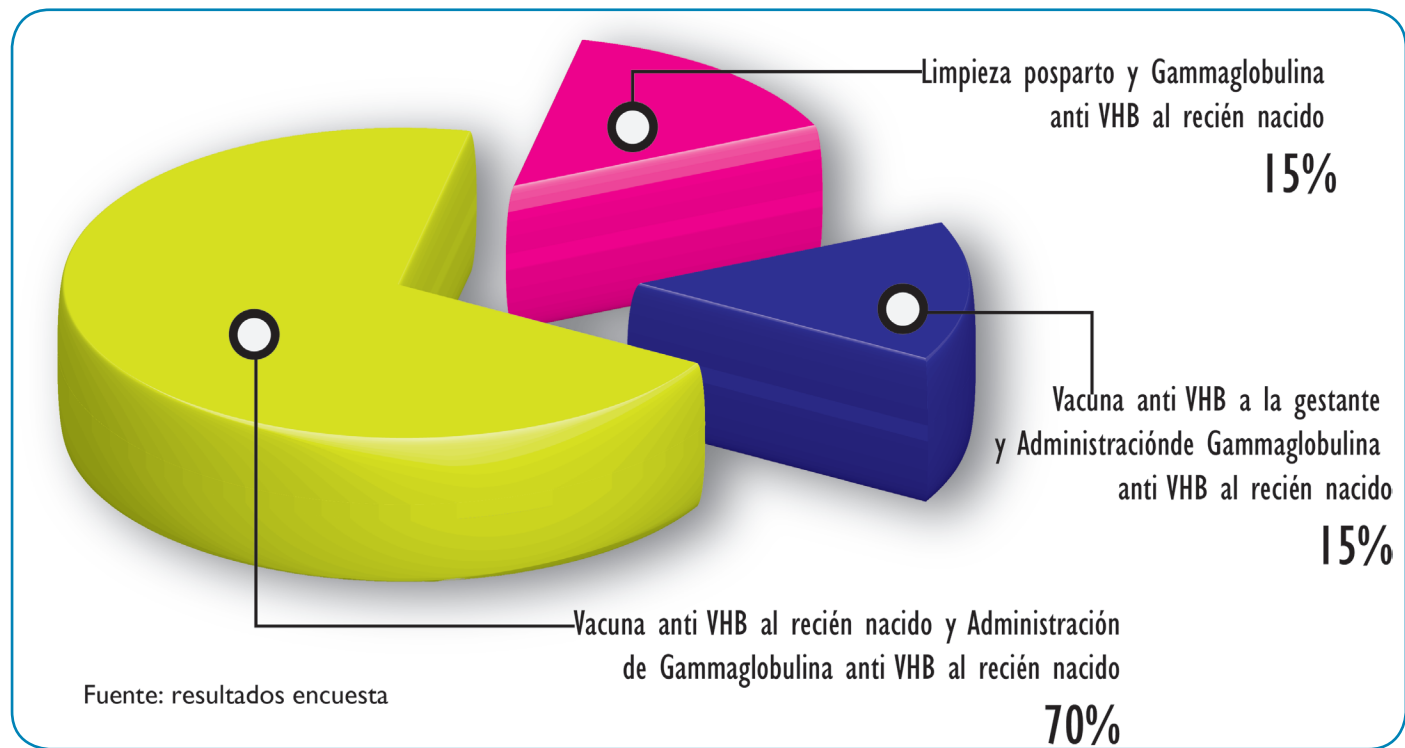


Fuente: resultados encuesta diagnóstico rápido 2015

Al preguntar sobre el marcador serológico relacionado con transmisibilidad en casos de VHB (HBeAg positivo), se encuentra que únicamente el 23% de las personas responden correctamente, lo anterior reitera las dificultades identificadas en el reconocimiento e implementación del algoritmo diagnóstico. Este aspecto es de mayor importancia en la identificación de riesgo en la transmisión materno-infantil del VHB y la no claridad técnica pone en importante vulnerabilidad al recién nacido.

El 30% de las personas participantes de la encuesta no conocen el tratamiento adecuado para evitar la transmisión materno-infantil (Administración Vacuna anti VHB al recién nacido y administración de gammaglobulina anti-VHB al recién nacido en las primeras 12 horas), el grupo de Referentes de Gestión de Políticas y Programas son la mayor parte de aquellos que no identifican claramente el tratamiento y los Referentes de Vigilancia en Salud Pública son los que informan el tratamiento adecuado.

Grafica 2. Conocimiento sobre las medidas básicas para la prevención de la transmisión materno infantil del VHB, frecuencia relativa, Bogotá D. C. 2015



Fuente: resultados encuesta diagnóstico rápido 2015

Tabla 6. Frecuencia absoluta y relativa de reporte de conocimiento sobre edad para diagnóstico de transmisión materno-infantil de VHB, Bogotá D. C. 2015

TIEMPO REQUERIDO PARA Dx	RESPUESTAS	%
24 HORAS DESPUES DEL NACIMIENTO	12	35,3
3 O 6 MESES DE EDAD	8	23,5
9 MESES DE EDAD	14	41,2
TOTAL GENERAL	34	100,0

Fuente: resultados encuesta diagnóstico rápido 2015

Se identificó que el 58,8% de las personas participantes no conocen con claridad la edad en la cual se deben hacer las pruebas de seguimiento para definir la transmisión materno-infantil de VHB (9 meses de edad), esto puede generar importantes debilidades en el seguimiento del menor expuesto durante el nacimiento, una vez más el grupo de Vigilancia en Salud Pública es el que muestra la mayor proporción de respuestas correctas. Al preguntar sobre las razones por las cuales no se le hace seguimiento a la mujer gestante y el menor expuesto el 30% de las personas informan que la principal dificultad radica en ser remitidos a niveles superiores los cuales o retroalimentan a los I niveles de atención.

7. Conclusiones y recomendaciones

- ✓ Es evidente el bajo nivel de conocimiento de los procesos relacionados con la prevención, diagnóstico y monitoreo del VHB, lo anterior muestra la necesidad de fortalecer o generar procesos de capacitación específica que supere la socialización de protocolos en algunos espacios locales.
- ✓
- ✓ Se muestra un mayor conocimiento de aspectos preventivos, de diagnóstico y monitoreo en eventos como VIH y Sífilis, lo anterior se relaciona con un mayor posicionamiento histórico e institucional de estos eventos. Este desconocimiento genera la percepción del VHB como algo poco frecuente y de bajo nivel de afectación en la salud individual y comunitaria.
- ✓ Aunque en los diferentes aspectos revisados se encuentran importantes falencias, es especialmente relevante el bajo nivel de reconocimiento en algoritmo para el diagnóstico y seguimiento serológico del VHB.

