

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 1 de 17

INFORME DEL COMPORTAMIENTO DE VIH-SIDA, COLOMBIA PERIODO EPIDEMIOLOGICO XIII DEL AÑO 2016

Norma Constanza Cuéllar Espitia
Referente VIH/SIDA
Equipo funcional vigilancia ITS. Grupo transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública, por lo que es necesario conocer su comportamiento para poder realizar acciones de promoción y prevención que permitan su control y por ende lleven a que estas se disminuyan.

Dentro de estas infecciones de transmisión sexual se encuentra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), donde su forma tardía es el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cual también puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia e igualmente por transfusiones sanguíneas, o en usuarios de drogas intravenosas.

Desde que el SIDA se identificó por primera vez a comienzos de la década de los ochenta, un número sin precedentes de personas se vieron afectadas por la epidemia mundial de SIDA. Actualmente, se calcula que hay 36,7 millones de personas que viven con VIH/SIDA. África subsahariana, enfrenta la carga más grande del VIH/SIDA a nivel mundial, representa el 65 % de todas las nuevas infecciones por el VIH. Otras regiones afectadas de manera significativa por el VIH/SIDA son Asia y el Pacífico, Latinoamérica y el Caribe, Europa Oriental y Asia Central.

El primer caso de SIDA en Colombia se notificó en 1983. Cinco años después, en 1988, se realizó el primer estudio de seroprevalencia con el propósito de intentar conocer la magnitud de la epidemia y responder a ella. A partir de entonces, el Ministerio de Salud y Protección social ha puesto en marcha, de diferentes formas, programas de vigilancia epidemiológica, principalmente entre los grupos identificados como de mayor vulnerabilidad.

1.1 Comportamiento de los Eventos a Nivel Mundial.

El porcentaje mundial de personas que viven con el VIH se ha estabilizado desde 2000. Las últimas estadísticas de la epidemia mundial del VIH que fueron publicadas por ONUSIDA en julio de 2017, son las que se relacionan en la tabla 1 y 2 (últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de Sida hoja informativa, disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-shee>).

Tabla 1. Estadísticas mundiales sobre el VIH en el mundo, 2016

	Cálculo estimativo	Rango
Personas que viven con VIH/SIDA en 2016	36,7 millones	30,8-42,9 millones
Adultos que viven con VIH/SIDA en 2016	34,5 millones	28,8-40,2 millones
Mujeres mayores de 15 años que viven con VIH/SIDA en 2016	17,8 millones	15,4-20,3 millones
Niños menores de 15 años que viven con VIH/SIDA en 2016	2,1 millones	1,7-2,6 millones
Personas que contrajeron la infección en el 2016	1,8 millones	1,6-2,1 millones
Muertes a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA en 2016	1,0 millón	830 mil-1,2 millones

Fuente: ONUSIDA 2016

Tabla 2. Estadísticas regionales sobre el VIH en 2016

Región	Adultos y niños que viven con VIH/SIDA	Adultos y niños recientemente infectados	Nuevas infecciones en niños	Muertes de adultos y niños
África occidental y central	6,1 millones	370 000	60 000	310.000 (220.000–400.000)
África Oriental y meridional	19,4 millones	790 000	77 000	420.000 (350.000–510.000)
Oriente medio y África Septentrional	230 000	18 000	1 400	11.000 (7.700–19.000)
Asia y el pacífico	5,1 millones	270 000	15 000	170.000 (130.000–220.000)
América Latina	1,8 millones	97 000	1 800	36.000 (28.000–45.000)
Caribe	310 000	18 000	Menos de 1 000	9.400 (7.300–12.000)
Europa oriental y Asia central	1,6 millones	190 000	-	40.000 (32.000–49.000)
Europa occidental y central y América del Norte	2,1 millones	73 000	-	18.000 ([15.000–20.000])
Total mundial	36,7 millones	1,8 millones	-	1 millón [830.000–1,2 millones]

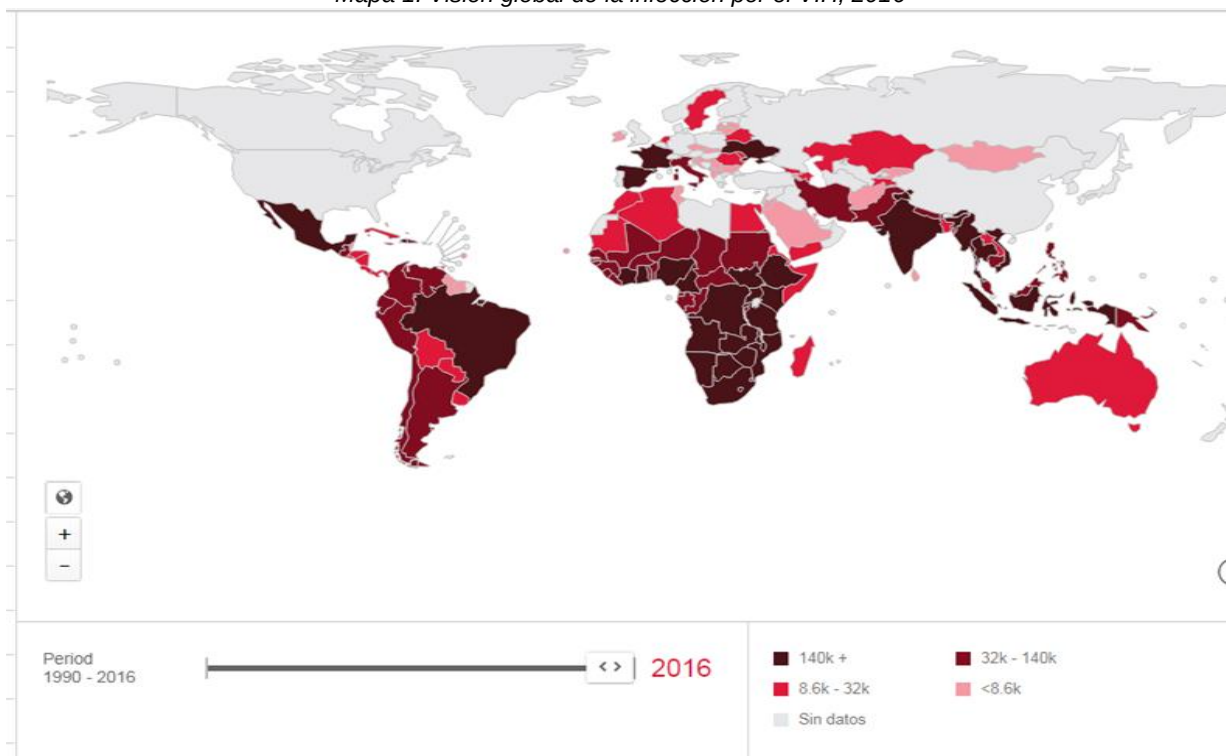
Fuente: ONUSIDA 2016

El número total de personas que viven con el VIH ha aumentado como consecuencia del número continuado de nuevas infecciones contraídas cada año. África subsahariana sigue siendo la región más afectada por el VIH, ya que le corresponden el 65%.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 3 de 17

Por raza y origen étnico, los afroamericanos son los más afectados. En el 2015, los afroamericanos conformaban solo el 12% de la población estadounidense, pero tenían el 45% de todos los nuevos diagnósticos de VIH. Además, los hispanos o latinos también son fuertemente afectados.

Mapa 1. Visión global de la infección por el VIH, 2016



FUENTE: ONUSIDA 2016 <http://aidsinfo.unaids.org/>

La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países, aunque, a nivel mundial, estas tendencias favorables quedan contrarrestadas, al menos en parte, por el incremento de las nuevas infecciones en otros países. Se calcula que, en 2016, 1,8 millones de personas contrajeron el VIH, un millón murieron, alrededor del 53% (39%–65%) tuvieron acceso al tratamiento, y un 76% (60%–88%) de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH tuvieron acceso a medicamentos antirretrovíricos para evitar la transmisión del VIH a sus hijos.

Desde 2010, las nuevas infecciones por el VIH en adultos descendieron alrededor de un 11%, desde 1.9 millones (1,6 millones–2,1 millones) hasta 1,7 millones (1,4 millones–1,9 millones) en 2016.

Las nuevas infecciones por el VIH en niños descendieron un 47% desde 2010, desde 300.000 (230.000–370.000) en 2010 hasta 160.000 (100.000–220.000) en 2016.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 4 de 17

1.2 Comportamiento de los Eventos en América.

En 2016, 1,8 millones [1,4 millones–2,1 millones] de personas vivían con el VIH en América Latina; se produjeron en la región aproximadamente 97.000 [879.000–120.000] nuevas infecciones, el número de nuevas infecciones por el VIH no varió de 2010 a 2016.

Entre 2010 y 2016, el número de muertes relacionadas con el sida en la región experimentó un descenso del 12%. La cobertura del tratamiento en 2016 llegó al 58% [42%–72%] de todas las personas que vivían con el VIH en América Latina. En 2016, se produjeron 1.800 [1.300–2.400] nuevas infecciones por el VIH en niños en América Latina¹.

Igualmente, ONUSIDA reporta, que en el Caribe para el año 2016, 310.000 [280.000–350.000] personas vivían con el VIH, se produjeron 18.000 [15.000–22.000] nuevas infecciones; 9.400 [7.300–12.000] personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida, el número de muertes relacionadas con el sida experimentó un descenso del 28%. La cobertura del tratamiento en 2016 llegó al 52% [41%–60%] de todas las personas que vivían con el VIH en el Caribe. En 2016, se produjeron menos de 1.000 [<1.000-1.000] nuevas infecciones en niños

1.3 Comportamiento de los Eventos en Colombia.

De acuerdo con estas cifras se observa un crecimiento sostenido del número de casos notificados, situación que se comporta igual para hombres y mujeres. En el año 2015, se observó una participación del 77,1 % para hombres, 22,9 % para mujeres, observándose una razón de masculinidad que desciende de 10:1 en la década de los noventa a 3,4:1 en el 2015. Aunque en los últimos años el sistema de vigilancia y registro de VIH y Sida ha mejorado, estas cifras implican un importante subregistro.

Colombia tiene una epidemia concentrada, es decir, que la enfermedad se presenta principalmente en grupos de alta vulnerabilidad: trabajadores y trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una prevalencia que está por encima del cinco por ciento en el grupo de HSH, mientras que en el resto de población es menor del uno por ciento. Sin embargo, la población colombiana también enfrenta condiciones de vulnerabilidad derivadas de factores socioeconómicos como la pobreza, el desplazamiento interno, la marginalidad y la desigualdad de género que inciden en el crecimiento de la epidemia y podrían contribuir a su generalización.

Las relaciones sexuales entre hombres también son el principal factor de transmisión del VIH en Colombia, donde se ha observado recientemente una prevalencia del 10-18% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varias ciudades. Las relaciones sexuales remuneradas no protegidas constituyen otro factor fundamental, de modo que, en 2006, se registraron prevalencias del VIH del 3,3% y 5% entre profesionales femeninas del sexo de

¹ ONUSIDA 2016

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 5 de 17

Barranquilla, en la costa caribeña². Esta cifra es considerablemente mayor que la prevalencia del 0,7% registrada en un estudio de 2002 entre profesionales del sexo de la capital, Bogotá³.

En el estudio reciente realizado por el Ministerio de la Protección Social y UNFPA sobre el comportamiento sexual y la prevalencia de VIH en Mujeres trabajadoras sexuales se observó que las campañas educativas sobre el uso correcto del condón no están teniendo el resultado esperado ya que se observaron prevalencias de 3,26% en Bucaramanga y 2,22% en Barranquilla.

Una de las principales acciones y retos de la lucha contra el VIH/SIDA se centra actualmente en la necesidad de promocionar la prueba voluntaria, que tiene grandes ventajas para la población. Por una parte, quienes resulten positivos porque se benefician de los tratamientos antirretrovirales, y en el caso del resultado negativo, porque la persona va a ser más consciente de la necesidad de tener comportamientos sexuales seguros.

Frente a la campaña de prueba voluntaria, Colombia trabajó a través de la estrategia INTEGRA, conjuntamente con las agencias de Naciones Unidas como UNFPA, OPS, ONUSIDA y OIM, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, para que el personal de los servicios de salud se capacitara en el programa de asesoría y prueba voluntaria. Posteriormente en el año 2013 con la Resolución 2338 se orientó para que el personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) debidamente entrenados realizaran estas pruebas fuera del laboratorio lo cual permitirá un mayor acceso a estas y una mejor oportunidad de diagnóstico. Igualmente, se trabaja intensamente para que la población afiliada exija a su EPS o ARS la realización de la prueba del VIH, pruebas que están financiadas por el Plan Obligatorio de Salud.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Realizar el seguimiento de la notificación de casos de VIH/SIDA, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación al SIVIGILA a fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

A partir de 2006 el Instituto Nacional de Salud trabaja en una plataforma que permite mejorar la calidad de los registros y la oportunidad de la información, para lo cual implementa el SIVIGILA 2006, donde para VIH/SIDA se estandariza la ficha de notificación para los entes territoriales y fortalece la información que se recoge a partir de ésta, además se contempla el seguimiento de los pacientes, determinando, que se debe realizar la notificación del evento como *caso de VIH*, *caso de SIDA* y *mortalidad por SIDA* en el mismo paciente en los tres momentos de presentación de la enfermedad; en el 2008 se implementa la ficha para el seguimiento de la gestante seropositiva y del Recién Nacido, fichas que para el año 2012 se retiran del SIVIGILA, debido a que el seguimiento tanto de gestantes como de transmisión perinatal es asumido

³Alarcón Villaverde, 2009

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 6 de 17

directamente por el Ministerio de Salud. Para el año 2010 se lleva a cabo ajuste de la ficha de notificación del VIH donde el mecanismo de transmisión por lactancia materna no se tiene en cuenta, debido a que no es fácil determinar si esta fue realmente la causa de la enfermedad. Para el año 2014 se incluyen nuevas variables a la ficha de notificación; en mecanismo de transmisión lactancia materna delegada y trasplante de órganos; en identidad de género: masculino, femenino y transgénero; en diagnóstico de laboratorio: si se realizó asesoría pre y post prueba y en número de hijos se tendrán en cuenta los menores de 5 años, niños y niñas. Para el 2015 se elimina lactancia materna delegada y se deja únicamente la variable transmisión materno infantil, se incluyen las variables si donó sangre en los últimos 12 meses, donde y cuando, el nombre de la madre y el documento de identificación de la misma en los casos de transmisión materno infantil y para el diagnóstico de las personas mayores de 18 meses se permite ingresar los casos confirmados con prueba rápida, de Elisa, Western Blot o carga viral.

A continuación, se hace un análisis descriptivo del comportamiento del VIH/SIDA en Colombia, a período 13 de 2016.

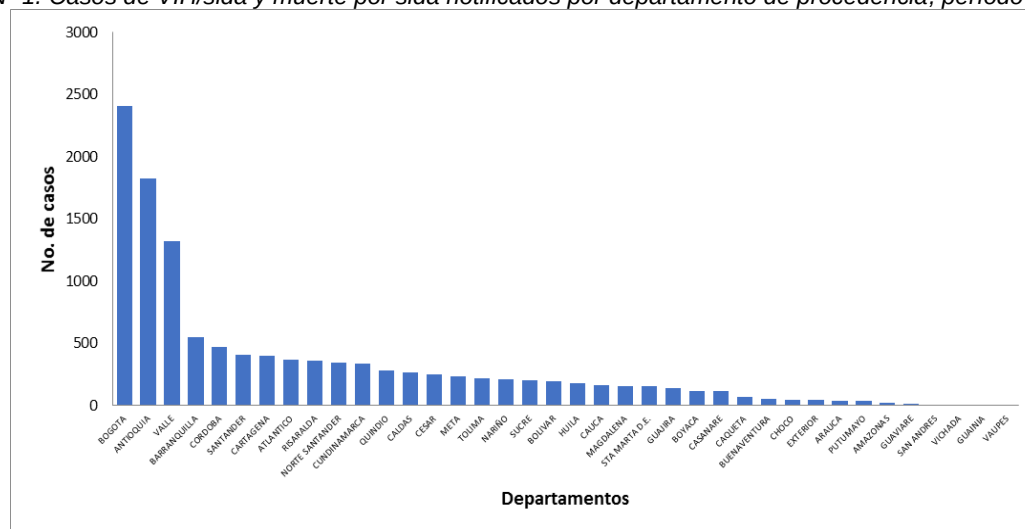
4. HALLAZGOS

4.1 Comportamiento de la notificación.

A período 13 del año 2016, se reportaron 11 992 nuevos casos, confirmados por laboratorio

Si se revisan los casos crudos notificados a período epidemiológico 13 por departamento de procedencia, se encuentran en los primeros lugares Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Barranquilla y Córdoba.

Grafica N° 1. Casos de VIH/sida y muerte por sida notificados por departamento de procedencia, período 13 de 2016



Fuente: Sivigila Instituto Nacional de Salud

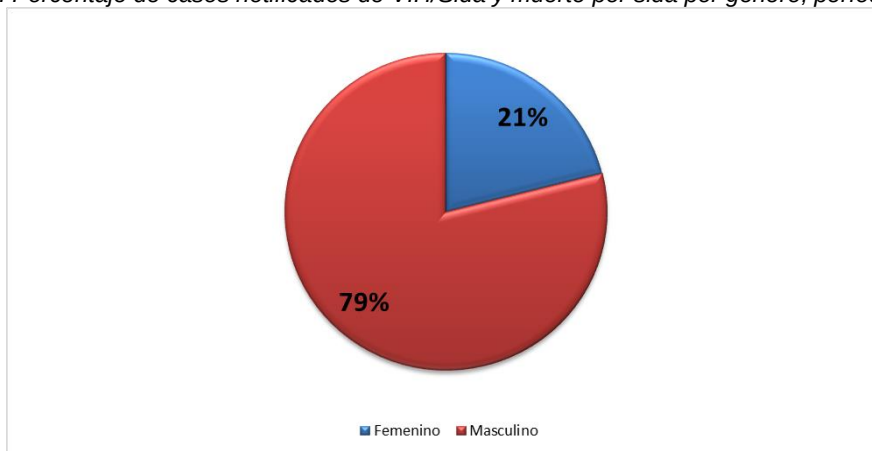
	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 7 de 17

4.2 Magnitud del evento en lugar y persona (datos básicos).

Comportamiento de la notificación según género

De los 11 992 casos notificados el 78,9 % corresponden al género masculino y 21,1 % al femenino.

Grafica N° 2. Porcentaje de casos notificados de VIH/Sida y muerte por sida por género, período 13 de 2016

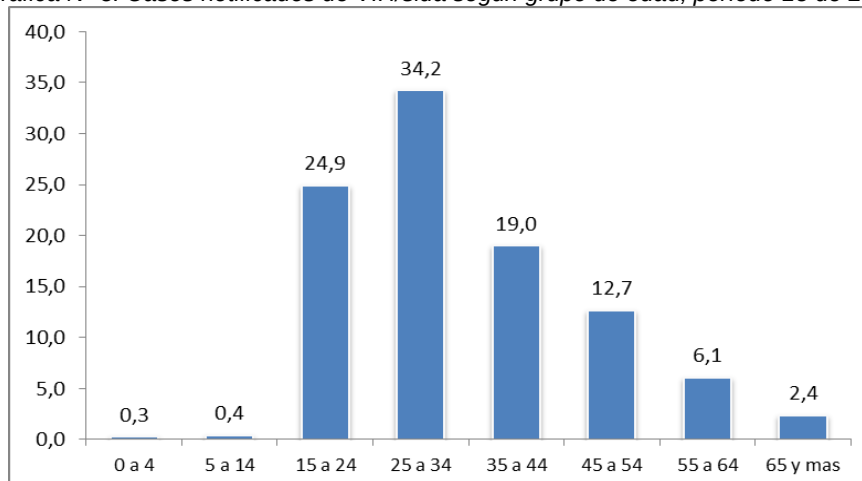


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional Salud

Distribución por grupos de edad VIH/SIDA

En la notificación individual se obtienen edades simples, lo cual permite agruparlas de acuerdo con los requerimientos de análisis. En la gráfica se muestra la distribución por grupos de edad, donde el grupo de 25 a 34 años registra el mayor porcentaje de la notificación del evento con 34,2 % seguido por el grupo de 15 a 24 años con 24,9 %, se notificaron 32 casos en menores de 4 años, para un 0,3 %.

Grafica N° 3. Casos notificados de VIH/sida según grupo de edad, período 13 de 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional Salud

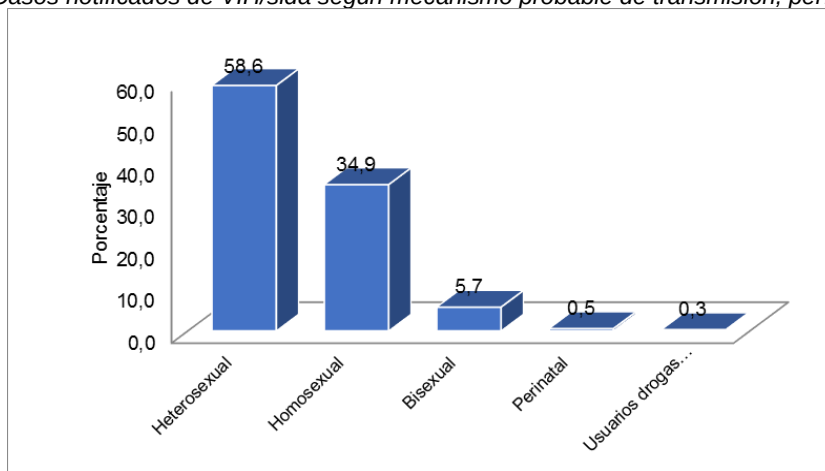
	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 8 de 17

4.3 Comportamiento de otras Variables de Interés (Datos Complementarios).

Comportamiento de la notificación según mecanismo probable de transmisión.

Para los casos notificados y el probable mecanismo de transmisión, el mecanismo heterosexual está en el 58,6 %, el homosexual en el 34,9 % y el bisexual en el 5,7 %. Notifican 65 casos de transmisión perinatal y 34 casos en usuario de drogas intravenosas.

Grafica N° 4. Casos notificados de VIH/sida según mecanismo probable de transmisión, período 13 de 2016

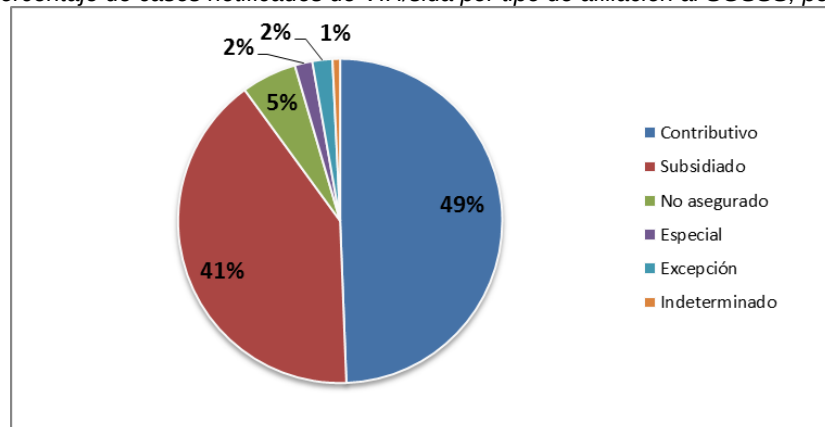


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional Salud

Tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

En cuanto al tipo de afiliación de los casos notificados a período 13 de 2016 se puede observar que el 49,4 % de los casos pertenecen al régimen contributivo, el 40,6 % al subsidiado y un 5,5%, no tienen dato de afiliación.

Grafica N° 5 . Porcentaje de casos notificados de VIH/sida por tipo de afiliación al SGSSS, período 13 de 2016



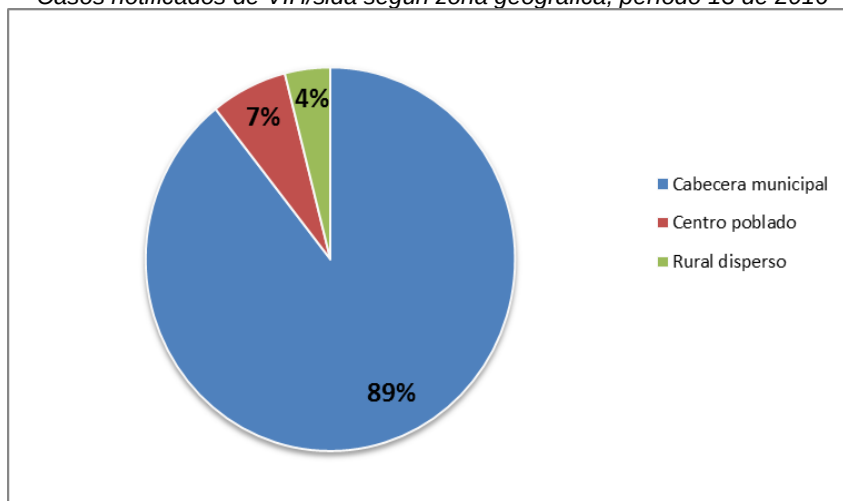
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional Salud

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 9 de 17

Zona de residencia de los casos notificados de VIH/SIDA.

A período 13 del año 2016, de los 11 992 casos notificados el 89,4 % tienen como zona de residencia la cabecera municipal, el 6,7 % el centro poblado y el 4,0 % la zona rural dispersa.

Grafica N° 6
Casos notificados de VIH/sida según zona geográfica, período 13 de 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

Casos notificados de VIH/SIDA en mujeres embarazadas.

Analizando la base de datos de VIH/Sida a período epidemiológico 13 del año 2016, fueron notificadas 334 mujeres gestantes con VIH/Sida, el 41,0 % de ellas están entre la semana 14 a 27 de gestación y el 30,5 % entre la semana 1 a 13. Es importante mencionar que el seguimiento a la gestante infectada antes y después del parto y al recién nacido es fundamental para conocer si se está manejando de forma óptima y oportuna los lineamientos de la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH

Tabla N° 3
Casos Notificados de VIH/SIDA en gestantes. Período 13 de 2016

Trimestre de embarazo	No. De casos	Porcentaje
Primer trimestre (Sem 1-13)	102	30,5
Segundo trimestre (Sem 14-27)	137	41,0
Tercer trimestre (Sem 28-42)	95	28,4
Total	334	100,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 10 de 17

Enfermedades oportunistas de los casos notificados de VIH/SIDA

Respecto a las enfermedades oportunistas en los casos notificados, las más frecuentes son: síndrome de emaciación, candidiasis esofágica, tuberculosis pulmonar, neumonía por pneumocistis y toxoplasmosis cerebral.

Tabla N° 4
Enfermedades oportunistas notificadas en los casos de VIH/SIDA, Colombia, período 13 de 2016

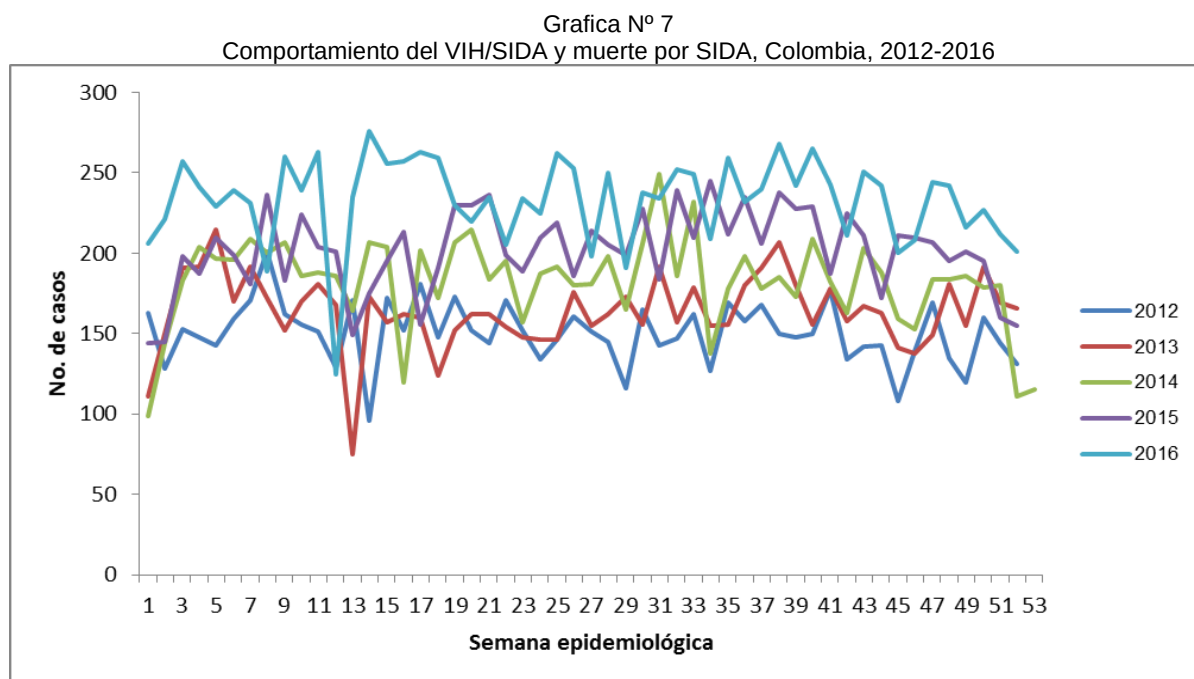
ENFERMEDAD OPORTUNISTA	No. DE CASOS
CD4	839
Síndrome de emaciación	479
Candidiasis esofágica	391
Tuberculosis pulmonar	335
Neumonía por Pneumocistis	207
Toxoplasmosis cerebral	206
Neumonía recurrente	184
Encefalopatías	152
Candidiasis de las Vías Aéreas	137
Tuberculosis Extrapulmonar	95
Sarcoma de Kaposi	92
Hepatitis B	81
Meningitis	78
Criptococcosis Extrapulmonar	77
Citomegalovirus	68
Herpes Zoster	49
Cáncer Cervical Invasivo	35
Linfoma Inmunoblástico	35
Isosporidiasis Crónica	33
Histoplasmosis Extrapulmonar	27
Septicemia Recurrente	26
Histoplasmosis Diseminada	25
Criptosporidiasis Crónica	25
Linfoma de Burkitt	22
Leucoencefalopatía Multifocal	14
Retinitis por Citomegalovirus	13
Hepatitis C	9
Coccidioidomicosis	8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 11 de 17

4.4 Tendencia del Evento.

Al comparar el comportamiento de la notificación de casos de VIH/Sida y muerte por Sida, entre los años 2013 a 2016, se puede establecer un aumento de la notificación de estos; para los años 2015 y 2016 fue de 1 635 casos, es decir que para el año 2015 al mismo período se habían notificado 10 357 casos.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

4.5 Comportamiento de los Indicadores de Vigilancia del Evento.

4.5.1 Tasa de VIH/IDA por departamento de procedencia

Se observa que la tasa de VIH/SIDA para el país se encuentra actualmente en 24,6 por 100 000 habitantes. Son varios los departamentos que se encuentran por encima del valor promedio, pero vale la pena resaltar los cinco departamentos que obtuvieron el mayor valor por 100 000 habitantes en su orden: Quindío, Barranquilla, Cartagena, Risaralda y Santa Marta.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 12 de 17

Tabla N° 5
Tasa de VIH/SIDA, por departamento de procedencia, Colombia, período 13, 2016

DEPARTAMENTO	No. CASOS	POB. TOTAL	PREVALENCIA
Quindío	279	568506	49,1
Barranquilla	546	1223616	44,6
Cartagena	396	1013389	39,1
Risaralda	359	957254	37,5
Santa Marta	156	491535	31,7
Casanare	114	362721	31,4
Valle del cauca	1323	4253066	31,1
Bogotá D.C.	2411	7980001	30,2
Atlántico	370	1265898	29,2
Antioquia	1824	6534857	27,9
Córdoba	467	1736170	26,9
Caldas	264	989934	26,7
Norte de Santander	346	1367708	25,3
Cesar	249	1041204	23,9
Meta	233	979710	23,8
Sucre	202	859913	23,5
Amazonas	18	77088	23,3
Magdalena	157	780907	20,1
Santander	411	2071016	19,8
Bolívar	192	1108567	17,3
Tolima	222	1412220	15,7
Huila	183	1168869	15,7
Buenaventura D.E.	57	407675	14,0
La Guajira	137	985452	13,9
Arauca	36	265190	13,6
Caquetá	65	483846	13,4
Guaviare	15	112621	13,3
Cundinamarca	334	2721368	12,3
Nariño	211	1765906	11,9
Cauca	161	1391836	11,6
Putumayo	35	349537	10,0
San Andrés y Providencia	7	77101	9,1
Boyacá	114	1278107	8,9
Choco	45	505016	8,9
Vichada	6	73702	8,1
Guainía	3	42123	7,1
Vaupés	1	44079	2,3
Exterior	43		
Total	11992	48747708	24,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 13 de 17

4.5.2 Proporción de incidencia de casos de VIH en mujeres embarazadas

Se observa que del total de los 334 casos reportados de VIH en mujeres embarazadas a período 13, los departamentos que reportaron casos en gestantes son los que se relacionan a continuación, donde el mayor porcentaje de estos, lo aportaron en su orden Bogotá, Antioquia, Córdoba, Barranquilla y Atlántico.

Tabla N° 6 Proporción de casos de VIH/SIDA, en mujeres embarazadas por departamento de procedencia, Colombia, período 13, 2016

Departamento	No. De casos	%
Bogotá	46	13,8
Antioquia	40	12,0
Córdoba	22	6,6
Barranquilla	21	6,3
Atlántico	20	6,0
Valle del Cauca	19	5,7
Cesar	17	5,1
Cundinamarca	14	4,2
Guajira	14	4,2
Sucre	14	4,2
Bolívar	11	3,3
Santa Marta	11	3,3
Cartagena	9	2,7
Risaralda	9	2,7
Magdalena	8	2,4
Nariño	8	2,4
Norte de Santander	7	2,1
Santander	5	1,5
Tolima	5	1,5
Caldas	4	1,2
Cauca	4	1,2
Huila	4	1,2
Arauca	3	0,9
Buenaventura	3	0,9
Casanare	3	0,9
Meta	3	0,9
Boyacá	2	0,6
Caquetá	2	0,6
Chocó	2	0,6
Exterior	1	0,3
Guainía	1	0,3
Guaviare	1	0,3
Quindío	1	0,3
Total	334	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 14 de 17

4.5.3 Proporción de prevalencia por mecanismo probable de transmisión sexual

Del total de los 11 992 casos notificados a período 13, el 99,2 % (11 893) de los casos correspondió a mecanismo de transmisión sexual y por departamento de procedencia el comportamiento es como se describe en la tabla adjunta.

Tabla N° 7 Proporción por mecanismo probable de transmisión sexual por departamento de procedencia, Colombia, período 13, 2016

Departamento	No. De casos	%
Bogotá	2406	20,2
Antioquia	1815	15,3
Valle	1313	11,0
Barranquilla	541	4,5
Córdoba	458	3,9
Santander	406	3,4
Cartagena	391	3,3
Atlántico	367	3,1
Risaralda	356	3,0
Norte de Santander	345	2,9
Cundinamarca	328	2,8
Quindío	276	2,3
Caldas	258	2,2
Cesar	247	2,1
Meta	233	2,0
Tolima	222	1,9
Nariño	210	1,8
Sucre	200	1,7
Bolívar	189	1,6
Huila	182	1,5
Cauca	161	1,4
Santa marta	155	1,3
Magdalena	153	1,3
Guajira	135	1,1
Boyacá	113	1,0
Casanare	110	0,9
Caquetá	63	0,5
Buenaventura	55	0,5
Chocó	43	0,4
Exterior	42	0,4
Arauca	36	0,3
Putumayo	35	0,3
Amazonas	17	0,1
Guaviare	15	0,1
San Andrés	7	0,1
Vichada	6	0,1
Guainía	3	0,0
Vaupés	1	0,0
Total	11893	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

4.5.4. Proporción de casos por mecanismo probable de transmisión uso de drogas psicoactivas

A período 13 se notificaron 34 casos por mecanismo probable de transmisión uso de drogas psicoactivas, reportados por las entidades territoriales que se relacionan en la tabla adjunta

*Tabla N° 8
Proporción por mecanismo probable de transmisión uso de drogas psicoactivas por departamento de procedencia,
Colombia, período 13, 2016*

Departamento	Casos	%
Valle	7	20,6
Barranquilla	5	14,7
Antioquia	3	8,8
Bogotá	3	8,8
Caldas	3	8,8
Quindío	3	8,8
Santander	3	8,8
Magdalena	2	5,9
Risaralda	2	5,9
Atlántico	1	2,9
Guajira	1	2,9
Nariño	1	2,9
Total	34	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

5. DISCUSIÓN

En el informe epidemiológico a período 13 de 2016 se registra un aumento en la notificación del evento comparada con el mismo período del año 2015, de 15,8 %.

Del total de casos notificados de VIH/sida y muerte por sida un 78,9 % pertenece al género masculino y un 21,1 % al género femenino, lo que nos indica una razón 3,7:1 hombre/mujer.

Sin embargo, se sigue evidenciando la vulnerabilidad de las gestantes; hasta el período epidemiológico 13 del año 2016 se han notificado 334 mujeres gestantes con VIH/SIDA y de ellas el 41,0% se encuentran en el segundo trimestre de gestación y el 30,5 % en el primer trimestre, lo que nos indica que un alto porcentaje de las gestantes se están captando de forma tardía. Debemos recordar que el diagnóstico en el primer trimestre de gestación es fundamental para un tratamiento oportuno a la gestante, que permita disminuir la transmisión materno infantil y aportar así al control de la epidemia.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 16 de 17

6. CONCLUSIONES

Se observa que en los últimos años la notificación de los casos de VIH/SIDA, ha ido en aumento, manteniéndose la relación hombre/mujer de 3,7:1, siendo el mecanismo de transmisión sexual el que aporta el mayor número de casos con un 99.2 % y por grupo de edad el de 25 a 34 años con un 34,2 %.

No se ha visto variación en la notificación de casos por departamento siendo Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Barranquilla y Córdoba los que reportan el mayor número de casos y por prevalencia por 100 000 habitantes, Quindío, Barranquilla, Cartagena, Risaralda y Santa Marta.

7. RECOMENDACIONES

Se observan aun inconsistencias en las bases de datos, por lo tanto, es muy importante trabajar en el mejoramiento de la calidad del mismo, desde el diligenciamiento de la ficha hasta la notificación al SIVIGILA, ya que los datos solicitados en la ficha son indispensables para cumplir con los requerimientos de información sobre el evento, y así lograr información veraz para orientar mejor las acciones de prevención.

Es importante seguir reforzando el conocimiento sobre el protocolo en los departamentos, teniendo en cuenta los nuevos algoritmos diagnósticos, donde en mayores de 18 meses, la confirmación se realiza con dos pruebas reactivas las cuales pueden ser rápidas o de Elisa y en las gestantes además de estas se debe confirmar con carga viral. Aún se siguen diagnosticando menores de 18 meses o con horas de nacido, con western blot, prueba rápida o de Elisa por tanto es importante seguir los algoritmos que se tienen para el diagnóstico de ellos.

En cuanto a la notificación de casos según el mecanismo de transmisión, se deben llevar a cabo las unidades de análisis en los casos que por lineamiento se tiene establecido, es decir para todos los casos que se reporten con mecanismo de transmisión perinatal, transfusional, trasplante de órganos y accidente laboral, que permita establecer si esta fue la causa real de la transmisión. Igualmente es importante adelantar las unidades de análisis para los casos de mortalidad que muestren los determinantes sociales que están incidiendo en estas.

Teniendo en cuenta que como meta se tiene previsto la disminución de la transmisión madre hijo de VIH a 2% o menos, es necesario seguir fortaleciendo actividades que permitan una captación temprana de la gestante al control prenatal y una buena asesoría de tal forma que acepte realizarse la prueba de VIH y si es positiva tratarla oportunamente.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 17 de 17

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ONUSIDA. Hoja informativa, julio 2017. Disponible en:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf Consultado
septiembre de 2017

ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA diciembre 2009. Disponible en:
http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf.

ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. 2008. Disponible en :
http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1511_GR08_ExecutiveSummary_es.pdf.
Consultado Marzo de 2010.

ONUSIDA. Situación Nacional de la Epidemia del VIH y del SIDA. 2008. Disponible en:
<http://www.onuSIDA.org.co/situacionnacional.htm> [Consultado noviembre de 2009]

Ministerio de la Protección Social. Fondo de población de las Naciones Unidas UNFPA. Comportamiento Sexual y prevalencia de VIH en Mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. 2009.

Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos. Bogotá, 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad. Bogotá, 2014.

Base de datos ajustada a período trece de 2016. Instituto Nacional de Salud, septiembre, 2017

9. ANEXOS

No aplica.