

INFORME DEL EVENTO

VIH/SIDA COLOMBIA 2018



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud



INFORME DE EVENTO VIH/SIDA, COLOMBIA, AÑO 2018

Norma Constanza Cuéllar Espitia
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, que afecta a hombres y mujeres. Dentro de estas ITS se encuentra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), cuya forma tardía es el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), que puede transmitirse además de las relaciones sexuales, por transfusiones sanguíneas, en usuarios de drogas intravenosas o de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

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 a mundial. Para el año 2017 se calcularon que en todo el mundo había 36,9 millones de personas que vivían con VIH y de ellas 1,8 eran niños menores de 15 años y para ese año 1,8 millones de personas contrajeron la infección por el VIH. Según datos regionales, África oriental y meridional, enfrenta la carga más grande del VIH/sida a nivel mundial, con un 19,6 millón de personas que viven con VIH, seguido de África Occidental y Central y de Asia y el Pacífico (1); para América Latina se estima 1,8 millones de personas que viven con VIH. La tuberculosis continúa siendo la principal causa de muerte entre las personas que viven con VIH, siendo la responsable de una de cada tres muertes relacionadas con el sida (1).

Actualmente “las estrategias de intervención tienen un efecto preventivo, por lo que en el mundo se habla de prevención combinada. Así como el condón tiene una demostrada eficacia, se sabe que las personas diagnosticadas tempranamente y tratadas adecuadamente pueden reducir la carga viral a niveles en donde el virus ya no se transmite” (2).



En Colombia el primer caso de sida se notificó en 1984. Cuatro 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.

Una de las principales acciones y retos de la lucha contra el VIH/sida se centra en la necesidad de promocionar la prueba voluntaria, que tiene grandes ventajas para la población. 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 pruebas rápidas fuera del laboratorio lo cual permitirá un mayor acceso a estas y una mejor oportunidad de diagnóstico, igualmente contempla esta resolución, que “el talento humano en salud realizará procesos de asesoría previa y posterior a la prueba voluntaria del VIH, para tal efecto, podrá reforzar sus competencias en la asesoría en entrenamientos específicos en el área de las ITS - VIH / SIDA. Dicha asesoría igualmente podrá realizarse por personas sin formación relacionada con ciencias de la salud, para lo cual deben participar en procesos de capacitación en asesoría para VIH” (3).

Otro componente importante de la respuesta fue el Proyecto Colombia, financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, que se enfoca en población joven desplazada con evidentes logros que repercuten en la reducción de la vulnerabilidad al VIH en los jóvenes en situación de desplazamiento.

El objetivo específico de este informe de evento es el de 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.

2. MATERIALES Y MÉTODOS



Se realizó análisis descriptivo a partir de la notificación de los casos de VIH/Sida que ingresaron al sistema de vigilancia en salud pública nacional mediante la ficha de evento código 850. Las bases de datos fueron depuradas con el fin de identificar la notificación de casos repetidos, reportados en otros años, verificar calidad del dato en cuanto a casos descartados con código 6 y D e identificar aquellos que no cumplen con el algoritmo diagnóstico durante el periodo de estudio. Las variables



de análisis fueron, edad, sexo, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, área de ocurrencia y entidad territorial de procedencia.

El plan de análisis se realizó mediante estadística descriptiva en términos de tiempo, persona y lugar, utilizando el programa Excel®. Los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia y proporciones que se presentaron en tablas, gráficos y mapas.

Los datos utilizados en los denominadores para el análisis de tasa de incidencia corresponden a las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del 2018.

Es importante tener en cuenta las definiciones de caso:

Criterios de confirmación por laboratorio:

- **A partir de los 18 meses de edad no gestantes:** se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa).
- **Caso confirmado en gestantes:** se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral que debe tener un valor superior a 5 000 copias; si este valor es inferior, se debe confirmar en este caso con Western Blot.
- **Menores de 18 meses expuestos a infección por VIH/Sida desde el nacimiento:** se realiza una 1ª. prueba de carga viral a las cuatro semanas, si es mayor o igual a 5 000 copias, se realiza inmediatamente una 2ª. carga viral, si ésta es mayor es mayor o igual a 5 000 copias se confirma el diagnóstico, de lo contrario se realiza carga viral al mes.

Si la 1ª prueba de carga viral a las cuatro semanas está entre 50 y 5 000 copias, realizar inmediatamente 2ª carga viral, si ésta es mayor o igual a 5 000 copias, se realiza otra carga viral para confirmar el diagnóstico, de lo contrario se descarta infección por VIH.

Si la 1ª prueba carga viral a las cuatro semanas es menor de 50 copias, se repite carga viral a los cuatro meses de edad.

- **Menores de 18 meses de edad con criterios clínicos de VIH, sin conocimiento del estado serológico de la madre:** si se desconoce el estado serológico de la madre, se inicia con una 1ª prueba presuntiva para



VIH, Elisa o prueba rápida, si es reactiva se aplica el algoritmo diagnóstico para niños expuestos al VIH/sida desde el nacimiento, si el resultado es no reactivo se descarta infección por VIH.

Para este informe se toma en consideración el “*departamento de procedencia*”.

Los indicadores a tener en cuenta son:

- **Razón de prevalencia de VIH/sida en mujeres gestantes**
Numerador: Número de casos de VIH/sida en mujeres embarazadas
Denominador: Número total de nacidos vivos X 1 000 nacidos vivos
- **Tasa de notificación de casos confirmados de VIH/sida**
Numerador: Número de casos de VIH/sida confirmados notificados al Sivigila
Denominador: Población DANE proyectada en el año X 100 000
- **Porcentaje fallecidos menores de 49 años con coinfección TB/sida con unidad de análisis**
Numerador: Número total de casos de sida en menores de 49 años con coinfección con TB que presentaron condición final muerte y tuvieron unidad de análisis
Denominador: Total de personas menores de 49 años fallecidas con coinfección con TB X 100
- **Porcentaje de casos notificados según algoritmo diagnóstico**
Numerador: número de casos de VIH/sida y fallecidos notificados al Sivigila según algoritmo diagnóstico
Denominador: Número total de casos reportados al Sivigila X 100

Consideraciones éticas: En el diseño del estudio se tuvieron en cuenta los principios metodológicos para salvaguardar el interés de la ciencia y el respeto a los derechos de las personas. No hubo ninguna intervención en los sujetos, no se violó el derecho a la privacidad y los resultados se presentan de manera agrupada en cumplimiento de la norma nacional, se considera sin riesgo (4).

A continuación, se hace un análisis descriptivo del comportamiento del VIH/SIDA en Colombia, en el 2018.



3. RESULTADOS

En el 2018, se reportaron 14 474 nuevos casos, confirmados por laboratorio.

Se observa dentro de la distribución demográfica, de los 14 474 casos reportados al Sivigila, que el 80,6 % de los casos de VIH/sida se registró en el sexo masculino; el 51,4 % pertenece al régimen contributivo y el 40,9 % al subsidiado; el 35,6 % fue registrado en el grupo de edad entre 25 y 34 años. Por pertenencia étnica, el 3,9 % (562) se notificó como afrocolombianos, el 1,5 % (222) en población indígena. Según el área de ocurrencia de los casos el 88,4 % se encuentra en la cabecera municipal (ver tabla1).

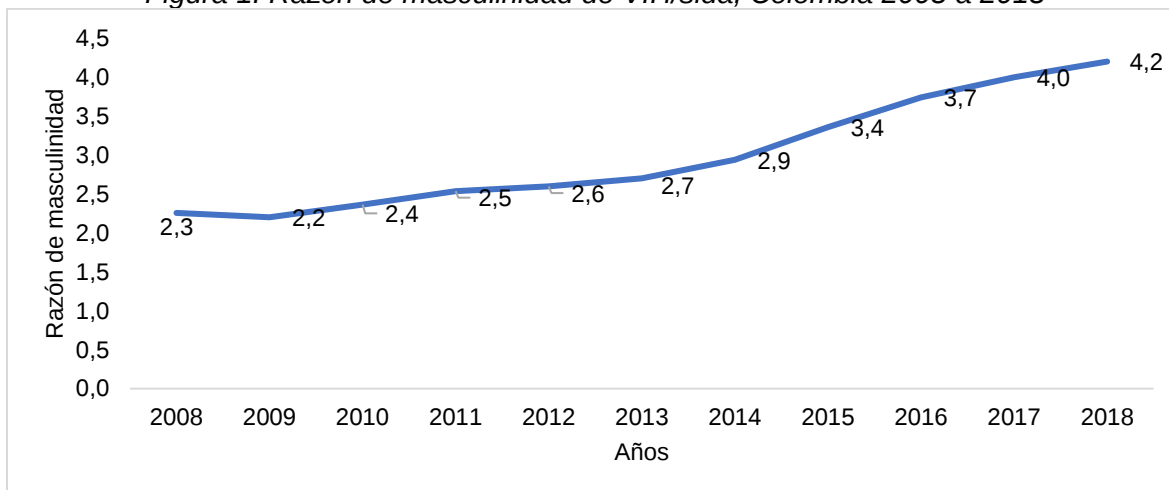
Tabla 1. Distribución demográfica de los casos de VIH/Sida, Colombia, 2018

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	11 668	80,6
	Femenino	2 806	19,4
Tipo de régimen	Contributivo	7 443	51,4
	Subsidiado	5 913	40,9
	No asegurado	805	5,6
	Especial	142	1,0
	Excepción	125	0,9
	Indeterminado	46	0,3
Pertenencia étnica	Otro	13 593	93,9
	Afrocolombiano	562	3,9
	Indígena	222	1,5
	ROM (gitano)	63	0,4
	Raizal	29	0,2
	Palenquero	5	0,0
Grupos de edad	25 a 34 años	5 152	35,6
	15 a 24 años	3 750	25,9
	35 a 44 años	2 610	18,0
	45 a 54 años	1 657	11,4
	55 a 64 años	869	6,0
	65 y más años	351	2,4
	5 a 14 años	53	0,4
	0 a 4 años	32	0,2
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	12 799	88,4
	Centro poblado	960	6,6
	Rural disperso	715	4,9

La razón de masculinidad ha ido en aumento, observándose en el año 2008 una razón de 2,3 y para el año 2018 de 4,2 (ver figura 1).

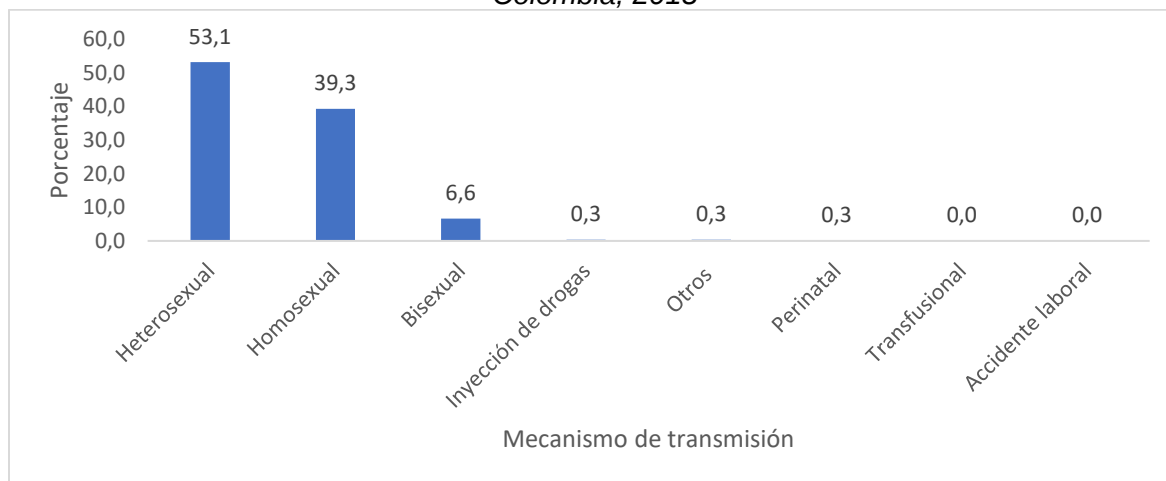


Figura 1. Razón de masculinidad de VIH/sida, Colombia 2008 a 2018



Para los casos notificados y el probable mecanismo de transmisión, el mecanismo heterosexual está en el 53,1 %, el homosexual en el 39,3 % y el bisexual en el 6,6%. Notifican un 0,3 % por transmisión perinatal, un 0.02 % por transfusión sanguínea (ver figura 2).

Figura 2. Casos notificados de VIH/sida según mecanismo probable de transmisión, Colombia, 2018



Analizando la base de datos del 2018, fueron notificadas 277 mujeres gestantes con VIH/sida, el 40,4 % de ellas se encontraba entre la semana 14 a 27 de gestación y el 32,9 % entre la semana 28 a 42. 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 (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos notificados de VIH/sida en gestantes, Colombia, 2018

Trimestre de embarazo	No. De casos	Porcentaje
Primer trimestre (Semana 1-13)	74	26,7
Segundo trimestre (Semana 14-27)	112	40,4
Tercer trimestre (Semana 28-42)	91	32,9
Total	277	100,00

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 (ver tabla 3).

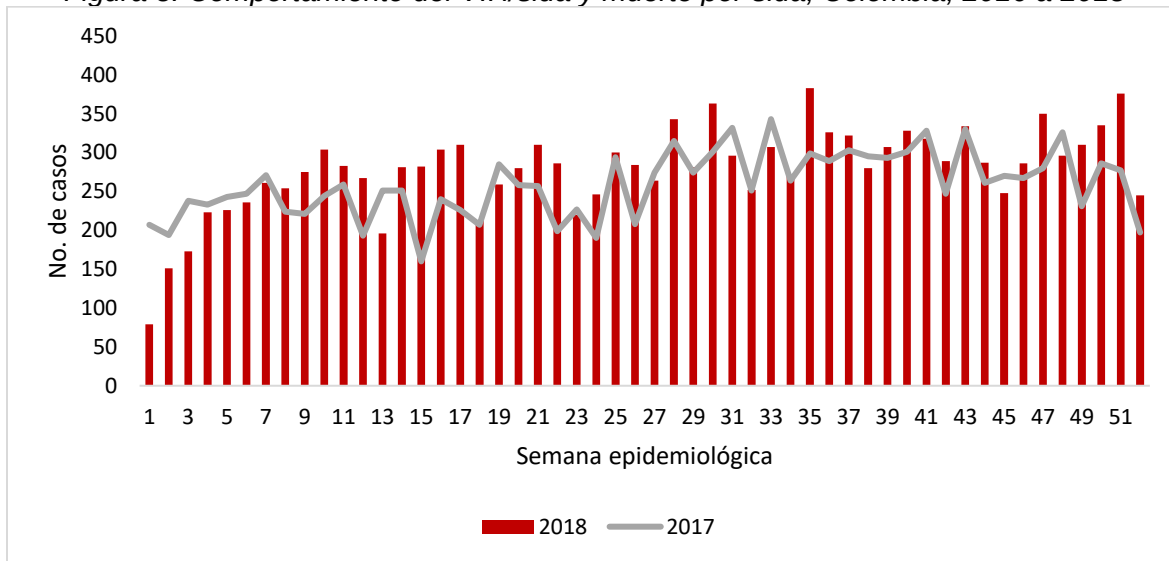
Tabla 3. Enfermedades oportunistas notificadas en los casos de VIH/sida, Colombia, 2018

Enfermedad oportunista	No. de casos
Síndrome de emaciación	419
Candidiasis esofágica	395
Tuberculosis pulmonar	295
Neumonía por Pneumocistis	212
Toxoplasmosis cerebral	202
CD4	197
Encefalopatías	143
Neumonía recurrente	123
Candidiasis de las Vías Aéreas	112
Tuberculosis Extrapulmonar	85
Hepatitis B	85
Sarcoma de Kaposi	74
Criptococcosis Extrapulmonar	67
Herpes Zoster	63
Meningitis	44
Citomegalovirus	40
Linfoma Inmunoblástico	32
Septicemia Recurrente	29
Histoplasmosis Diseminada	23
Hepatitis C	19
Criptosporidiasis Crónica	18
Retinitis por Citomegalovirus	17
Histoplasmosis Extrapulmonar	16
Isosporidiasis Crónica	16
Cáncer Cervical Invasivo	15
Linfoma de Burkitt	14
Leucoencefalopatía Multifocal	14
Coccidioidomicosis	11



Al comparar el comportamiento de la notificación de casos de VIH/sida, entre los años 2017 y 2018 se puede establecer un aumento de la notificación de los casos de 7,5 % (1 013 casos) para 2018, es decir que para el año 2017 al mismo período se habían notificado 13 461 casos (ver figura 3) (5).

Figura 3. Comportamiento del VIH/sida y muerte por sida, Colombia, 2016 a 2018



Se notificaron 410 casos de VIH del exterior, Venezuela es el país que aporta el 93,4 % de estos y Bogotá es la entidad territorial que reporta el mayor número, con el 27,8 % (ver tabla 4).

Tabla 4. Casos de VIH/sida del exterior notificados por departamento de notificación, Colombia, período epidemiológico XIII, 2018

Departamento de notificación	País de procedencia	No. de casos
Amazonas	Brasil	1
Antioquia	Aruba	1
	Cuba	1
	Panamá	1
	Venezuela	35
Arauca	Venezuela	3
Atlántico	Argentina	1
	Venezuela	3
Barranquilla	Venezuela	16
Bogotá	Argentina	1
	Brasil	1



	Ecuador	2
	EEUU	2
	Francia	1
	México	1
	Panamá	1
	Perú	1
	Rusia	1
	Taiwan	1
	Venezuela	102
Bolívar	Venezuela	4
Boyacá	Venezuela	8
Caldas	Venezuela	3
Cartagena	Cuba	1
	Venezuela	21
Casanare	Venezuela	4
Cesar	Venezuela	7
Córdoba	Venezuela	9
Cundinamarca	Venezuela	10
Guajira	Venezuela	17
Magdalena	Venezuela	7
Meta	Venezuela	1
Nariño	Venezuela	1
Norte de Santander	Chile	1
	Venezuela	70
Quindío	Chile	1
	Ecuador	1
	Venezuela	7
Risaralda	Argentina	1
	Venezuela	5
Santander	Brasil	1
	Venezuela	16
Santa Marta	Panamá	1
	Venezuela	4
Sucre	Venezuela	5
Tolima	Venezuela	1
Valle del Cauca	Chile	1
	Ecuador	1
	España	1
	Venezuela	22
Vichada	Venezuela	2



Se observa que la tasa de VIH/sida para el país se encuentra actualmente en 28,2 por 100 000 habitantes. Son 12 las entidades territoriales que se encuentran por encima de este valor, pero vale la pena resaltar las cinco que obtuvieron el mayor valor por 100 000 habitantes en su orden: Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, Barranquilla y Cartagena (ver tabla 5).

Tabla 5. Tasa de VIH/sida, por departamento de procedencia, Colombia, 2018

Departamento	Casos	Población total	Tasa por 100000 hab.
Quindío	301	575010	52,3
Risaralda	455	967767	47,0
Valle del Cauca	1726	4365946	39,5
Barranquilla	485	1228207	39,5
Cartagena	366	994894	36,8
Bogotá	2960	8181047	36,2
Casanare	126	375249	33,6
Norte de Santander	464	1391239	33,4
Antioquia	2225	6691030	33,3
Santa Marta	156	490980	31,8
Cesar	314	1065673	29,5
Amazonas	23	78830	29,2
Córdoba	466	1788507	26,1
Caldas	255	993866	25,7
Magdalena	195	807711	24,1
Sucre	206	877057	23,5
Santander	489	2090839	23,4
Meta	237	1016701	23,3
Huila	243	1197081	20,3
Tolima	283	1419947	19,9
Cundinamarca	554	2804238	19,8
Atlántico	254	1317717	19,3
Putumayo	69	358896	19,2
Guainía	8	43446	18,4
Cauca	238	1415933	16,8
Guajira	173	1040157	16,6
Arauca	45	270708	16,6
Caquetá	82	496241	16,5
Guaviare	19	115829	16,4
Buenaventura	62	390167	15,9



Bolívar	172	1176386	14,6
Vaupés	6	44928	13,4
Nariño	236	1809116	13,0
Chocó	65	515145	12,6
Boyacá	97	1282063	7,6
San Andrés	5	78413	6,4
Vichada	4	77276	5,2
Total	14064	49834240	28,2

De los 14 474 casos reportados, el 1,9 % corresponde a mujeres embarazadas, siendo Casanare la entidad territorial que aporta la mayor razón de prevalencia con 1,7 por 1 000 NV (ver tabla 6).

Tabla 6. Razón de prevalencia de casos de VIH/sida, en mujeres gestantes por departamento de procedencia, Colombia, 2018

Entidad territorial	Embarazada	NV DANE 2017	Razón Prevalencia por 1000 NV
Casanare	11	6440	1,7
Guaviare	2	1258	1,6
Chocó	8	6301	1,3
Arauca	5	4589	1,1
Valle del Cauca	35	46504	0,8
Amazonas	1	1448	0,7
Quindío	4	5853	0,7
Cartagena	13	19493	0,7
Córdoba	17	26668	0,6
Atlántico	11	18178	0,6
Magdalena	8	14201	0,6
Santa Marta	5	9266	0,5
Caldas	5	9295	0,5
Cesar	11	20504	0,5
Bolívar	9	17442	0,5
Nariño	9	18208	0,5
Sucre	7	15467	0,5
Putumayo	2	4541	0,4
Buenaventura	2	5136	0,4
Tolima	6	17699	0,3
Meta	5	15297	0,3
Antioquia	24	76844	0,3



Huila	6	19689	0,3
Barranquilla	7	23957	0,3
Norte de Santander	6	21033	0,3
La Guajira	5	17677	0,3
Cauca	5	18780	0,3
Santander	7	30062	0,2
Bogotá	19	92054	0,2
Risaralda	2	10561	0,2
Cundinamarca	5	35771	0,1
Boyacá	2	14700	0,1
Caquetá	0	7226	0,0
Guainía	0	833	0,0
San Andrés	0	854	0,0
Vaupés	0	593	0,0
Vichada	0	1016	0,0
Exterior	13	1196	10,9
Total	277	656634	0,4

El porcentaje de cumplimiento en la notificación según algoritmo diagnóstico fue del 95 %. Las entidades territoriales de Amazonas, Boyacá, Guainía, Guaviare, Magdalena, San Andrés, Vaupés y Vichada cumplieron con el 100,0 %, mientras que la entidad territorial de Buenaventura cumplió con un 72,1 % (ver tabla 7).

Tabla 7. Cumplimiento en la notificación según algoritmo diagnóstico, Colombia, 2018

Entidad territorial	Casos incluidos en el análisis	Total de casos reportados	% cumplimiento
Amazonas	24	24	100,0
Boyacá	119	119	100,0
Guainía	6	6	100,0
Guaviare	26	26	100,0
Magdalena	172	172	100,0
San Andrés	9	9	100,0
Vaupés	4	4	100,0
Vichada	4	4	100,0
Cesar	559	562	99,5
Quindío	439	444	98,9
Sucre	303	308	98,4
Santander	721	734	98,2
Tolima	328	334	98,2



Huila	318	324	98,1
Nariño	352	359	98,1
Risaralda	617	629	98,1
Casanare	147	150	98,0
Caldas	323	330	97,9
Cauca	394	403	97,8
Norte de Santander	657	672	97,8
Meta	317	325	97,5
Cartagena	940	966	97,3
Santa Marta.	355	365	97,3
Barranquilla	986	1019	96,8
Córdoba	1234	1275	96,8
Arauca	54	56	96,4
Valle	2963	3074	96,4
Putumayo	74	77	96,1
Guajira	261	272	96,0
Chocó	68	71	95,8
Bolívar	154	161	95,7
Atlántico	173	181	95,6
Cundinamarca	452	474	95,4
Antioquia	2848	3000	94,9
Caquetá	126	137	92,0
Bogotá	4490	4889	91,8
Buenaventura	44	61	72,1
Total	21061	22016	95,7

4. DISCUSIÓN



En el 2018 se registra un aumento en la notificación del evento comparado con el 2017, de 7,5 %. Según informe entregado por ONUSIDA en relación con estadísticas mundiales, las tendencias varían considerablemente entre los países, observándose disminuido en más del 20 %; en Colombia, El Salvador, Nicaragua y Uruguay desde 2010, aumentaron ligeramente en Argentina y Brasil (3 %) durante el mismo período, y hubo grandes aumentos en Chile (34 %) Guatemala (23 %), Costa Rica (16 %), Honduras (11 %) y Panamá (9%) entre 2010 y 2016. Alrededor del 90 % de las nuevas infecciones en 2016 en América Latina ocurrieron en siete países, con casi la mitad (49 %) en Brasil. México fue el siguiente más alto, con un 13 % de nuevas infecciones. Para Colombia, este aumento puede explicarse por un



mejor acceso al diagnóstico, disminución de barreras para la realización de la prueba, fortalecimiento de las actividades colaborativas TB-VIH.

Del total de casos notificados, el mecanismo de transmisión sexual aporta el mayor número de casos con un 99,0 % y en personas con comportamiento heterosexual con 53,1 %, por grupo de edad el de 25 a 34 años con un 35,6 %. Según informe del CDC las relaciones heterosexuales se han convertido en una de las principales vías de transmisión para el VIH y es la principal causa de infección entre las mujeres, especialmente en las comunidades minoritarias donde la proporción del total de casos de SIDA atribuibles a la transmisión heterosexual ha aumentado seis veces desde 1989, pasando del 5 al 31 por ciento. Por lo anterior es necesario extremar las medidas de detección temprana y protección específica, que contribuya a reducir el riesgo en estos grupos poblacionales.

Se sigue evidenciando la vulnerabilidad de las gestantes; en el 2018 se notificaron 277 mujeres gestantes con VIH/sida y de ellas más del 70 % se encontraba en el segundo y tercer trimestre de gestación, lo que indica que las gestantes se están captando de forma tardía. 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 oportuna y adecuadamente.

No se ha visto variación en la notificación donde el mayor número de casos según tasa por 100 000 habitantes son aportados por las entidades territoriales de Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, Barranquilla y Cartagena.

Hay un cumplimiento en la notificación de casos según el algoritmo diagnóstico del 95,7 %, donde las entidades territoriales de Amazonas, Boyacá, Guainía, Guaviare Magdalena, San Andrés, Vaupés y Vichada cumplieron con un 100 %. Es necesario continuar trabajando en el mejoramiento de la calidad de este, que permita que todas las entidades territoriales apliquen el algoritmo diagnóstico de forma correcta.

5. REFERENCIAS



- (1) ONUSIDA. Hoja informativa, últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida, 2018. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.



- (2) Ministerio de Salud y protección Social. Boletín de prensa No. 198 del 30 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-se-acerca-a-la-meta-de-diagnostico-en-VIH.aspx>.
- (3) Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2338 de 2013
- (4) Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993.
- (5) Informe del evento de VIH/Sida, Colombia 2017. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%202017.pdf>.

6. REFERENCIAS

