

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 1 de 22

1. INFORME DE VIH-SIDA HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO 13 DEL AÑO 2012

Norma Constanza Cuéllar Espitia
Referente VIH/SIDA
Grupo ITS
Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública

2. 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 33,3 millones de personas que viven con VIH/SIDA.

En los países más afectados, el VIH ha reducido la expectativa de vida en más de 20 años, ralentizó el crecimiento económico y profundizó la pobreza de los hogares. En África subsahariana sola, la epidemia ha dejado huérfanos a casi 12 millones de niños menores de 18 años. El VIH ha sesgado drásticamente la distribución natural de edades en muchas poblaciones nacionales de África subsahariana, lo que potencialmente plantea peligrosas consecuencias para la transferencia de conocimiento y valores de una generación a la siguiente. En Asia, donde las tasas de infección son mucho más bajas que en África, el VIH genera una pérdida de la productividad mayor que cualquier otra enfermedad y probablemente empuje a otros 6 millones de hogares a la pobreza para el año 2015, a menos que se

intensifiquen las respuestas nacionales (Comisión sobre SIDA en Asia, 2008). Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el VIH ha infligido el “mayor revés individual en el desarrollo humano” de la historia moderna (PNUD, 2005).

A nivel mundial cerca de 14 millones de mujeres en edad reproductiva están infectadas con el VIH/SIDA; se han reportado las cifras más altas en el África, pero el riesgo se encuentra en aumento en países en vía desarrollo como Asia y América Latina.

El primer caso de SIDA en Colombia 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 la Protección social ha puesto en marcha, de diferentes formas, programas de vigilancia epidemiológica, principalmente entre los grupos identificados como de mayor vulnerabilidad.

3. ANTECEDENTES

3.1. Comportamiento del evento 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 de SIDA y VIH fueron publicadas por ONUSIDA/OMS en 2010, y se refieren al final de 2009.

Tabla 1. Cálculo estimativo del VIH/SIDA en el mundo, 2009

	Cálculo estimativo	Rango
Personas que viven con VIH/SIDA en 2009	33,3 millones	31,4-35,3 millones
Adultos que viven con VIH/SIDA en 2009	30,8 millones	29,2-32,6 millones
Mujeres que viven con VIH/SIDA en 2009	15,9 millones	14,8-17,2 millones
Niños que viven con VIH/SIDA en 2009	2,5 millones	1,6-3,4 millones
Personas recientemente infectadas con VIH en 2009	2,6 millones	2,3-2,8 millones
Muertes por SIDA en 2009	1,8 millones	1,6-2,1 millones

Fuente: ONUSIDA/OMS 2010

En países en vías de desarrollo y en transición, 14,6 millones de personas tienen necesidad inmediata de medicamentos para el SIDA para salvar sus vidas; de éstos, sólo 36% los están recibiendo.

Tabla 2. Estadísticas regionales de VIH y SIDA, fin de 2009

Región	Adultos y niños que viven con VIH/SIDA	Adultos y niños recientemente infectados	Frecuencia en Adultos*	Muertes de adultos y niños
África subsahariana	22,5 millones	1,8 millones	5,0%	1,3 millones
África del Norte y Oriente Medio	460 000	75 000	0,2%	24 000
Asia meridional y sudoriental	4,1 millones	270 000	0,3%	260 000
Asia oriental	770 000	82 000	<0,1%	36 000
Oceanía	57 000	4500	0,3%	1400
Central y América del Sur	1,4 millones	92 000	0,5%	58 000
Caribe	240 000	17 000	1,0%	12 000
Europa oriental y Asia central	1,4 millones	130 000	0,8%	76 000
Europa occidental y central	820 000	31 000	0,2%	8500
América del Norte	1,5 millones	70 000	0,5%	26 000
Total mundial	33,3 millones	2,6 millones	0,8%	2,0 millones

Fuente: ONUSIDA/OMS 2010

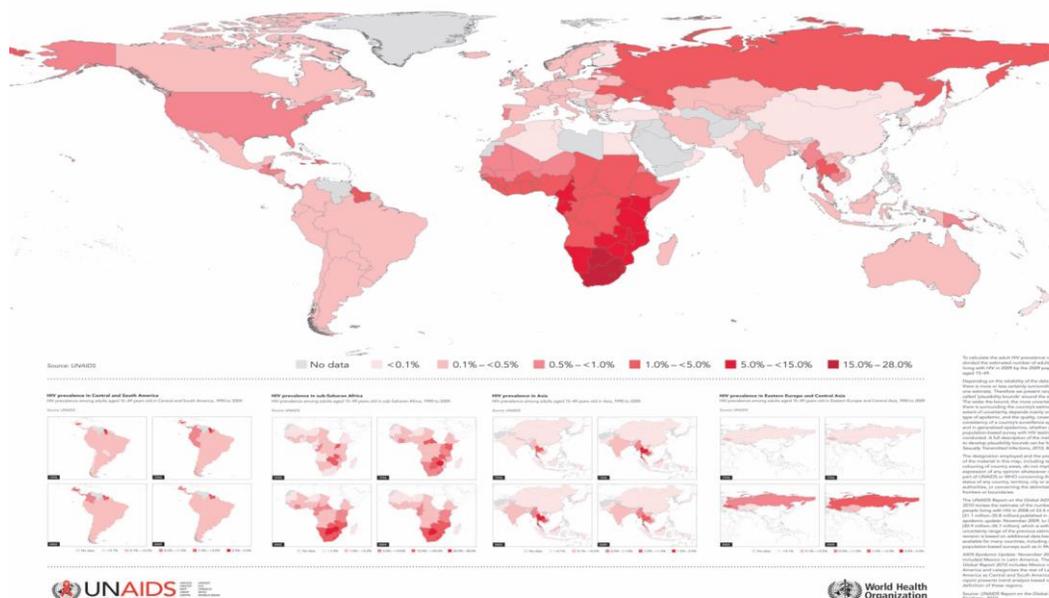
Sin embargo, el número total de personas que viven con el VIH ha aumentado como consecuencia del número continuado de nuevas infecciones contraídas cada año y de los efectos beneficiosos de la mayor disponibilidad de terapia antirretroviral. África subsahariana sigue siendo la región más afectada por el VIH, ya que le corresponden el 67% de las personas que viven con el virus y el 72% de los fallecimientos por sida producidos en 2007 en todo el mundo.

La epidemia mundial se está estabilizando, pero a un nivel inaceptablemente alto. Se estima que, en 2009, había en todo el mundo 33 millones [31.4-35.3 millones] de personas que vivían con el VIH. El número anual de nuevas infecciones disminuyó de 3,0 millones [2,6-3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2- 3,2 millones] en 2007

Mapa 1. Visión global de la infección por el VIH, 2010

2010: A global view of HIV infection

33.3 million people [31.4–35.3 million] living with HIV, 2009



FUENTE: ONUSIDA 2010

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 2009, 2,6 millones de personas contrajeron el VIH, y 1,8 millones murieron. Solo un tercio de los 15 millones de personas seropositivas que necesitan tratamiento de por vida lo están recibiendo. Las nuevas infecciones siguen superando al número de personas que inicia el tratamiento, mientras que la tendencia al alza en la provisión de recursos se estancó en 2009”¹ En África subsahariana, la mayoría de las epidemias nacionales se han estabilizado o han empezado a declinar.

En el plano mundial, el porcentaje de mujeres entre las personas que viven con el VIH ha permanecido estable en torno al 50% desde hace varios años. No obstante, el porcentaje de infecciones entre las mujeres está aumentando en varios países.

¹ ONUSIDA Estrategia 2011 - 2015

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 5 de 22

3.2. Comportamiento del evento en América

Según reporte de la Unicef, Centroamérica es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA en la región de Latino América y el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica, y en tres de ellos las tasas de prevalencia son superiores o iguales al 1% (con el 2,5% en Belice, con el 1,6 % en Honduras y el 0,9% en Guatemala). Se ha estimado que para el año 2010, la epidemia en Centro América puede alcanzar una tasa de prevalencia en la población adulta en Centroamérica del 2%, cifra que en algunos casos podría sobrepasarse.

El SIDA es una de las primeras diez causas de muerte en tres de los seis países de Centroamérica (Honduras, Guatemala, Panamá). Se estima que en Centroamérica hay actualmente 208.600 personas que viviendo con VIH. 1.7 millones de personas viven con el VIH en América Latina y 250.000 personas en el Caribe.

En 2008, la cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH en la región fue de 170000 [150000–210000] y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a una cifra estimada de 2 millones [1,8 millones–2,2 millones].

Los datos epidemiológicos más recientes sugieren que la epidemia se mantiene estable en América Latina. La prevalencia regional del VIH es del 0,6% [0,5–0,6%], por lo tanto, la región se caracteriza principalmente por una epidemia de bajo nivel y concentrada.

El número de hombres infectados por el VIH en América Latina es considerablemente más elevado que el número de mujeres que viven con el VIH debido, en gran parte, a la importancia que reviste la transmisión sexual entre hombres en la epidemia de la región. Por ejemplo, en Perú el número de casos de varones con sida notificado en el año 2008 fue aproximadamente tres veces más elevado que el número de casos entre mujeres; no obstante, este diferencial de

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	
		FOR-R02.4000-001	
		Versión: 01	2012 – Sep – 05
			Página 6 de 22

3:1 representa una disminución considerable con respecto al valor del año 1990, cuando la relación varón/mujer se aproximó al 12:1².

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres conforman la proporción más grande de las infecciones por el VIH en América Latina. Su probabilidad de contraer el VIH es de una en tres.

La prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres varía del 7,9% en El Salvador al 25,6% en México. En Perú, el 55% de las nuevas infecciones por el VIH se produjeron entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Se estima que el 29% de los más de 2 millones de latinoamericanos usuarios de drogas inyectables está infectado por el VIH.

Las epidemias entre este grupo de riesgo en la región tienden a concentrarse en el cono sur de América del Sur y en el norte de México, a lo largo de la frontera con Estados Unidos.

El porcentaje de la población femenina que se dedica al comercio sexual en América Latina varía del 0,2% al 1,5%. En Perú, el 44% de los hombres informó haber tenido relaciones sexuales con un profesional del sexo en el pasado.

Los nuevos datos sugieren que es posible que los programas de prevención del VIH estén teniendo un efecto en los profesionales del sexo en América Latina. En encuestas recientes, las profesionales femeninas del sexo en Santiago, Chile, El Salvador, Honduras y Guatemala comunicaron el uso sistemático del preservativo con los clientes, lo que ocasiona un descenso de las infecciones por el VIH.

Si bien la transmisión heterosexual del VIH fuera del comercio sexual sigue siendo limitada en América Latina, existe el riesgo de una propagación de la infección. Más de uno de cada cinco

² Alarcón Villaverde, 2009

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 7 de 22

(22%) hombres que tienen relaciones sexuales con hombres encuestados en cinco países de América Central informó haber tenido relaciones tanto con hombres como con mujeres.

En Perú, las parejas sexuales femeninas de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres representan el 6% de las nuevas infecciones por el VIH.

A medida que madura la epidemia, en general se amplía la magnitud de la transmisión del VIH. En Perú, diversas formas de transmisión heterosexual conforman el 43% de las nuevas infecciones por el VIH.

Es evidente que la carga del VIH está en aumento entre mujeres en América Central y entre las poblaciones indígenas.

Aun cuando la epidemia de VIH en toda la región se concentra fuertemente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y usuarios de drogas, sólo una pequeña fracción de los programas de prevención del VIH están orientados a estas poblaciones. En los últimos años, no obstante, México ha aumentado el financiamiento de servicios de prevención dirigidos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

3.3. Comportamiento del evento en Colombia

Para el año 2011, se reportaron 7 445 casos, el 71,8% corresponde a hombres y el 28,2% a mujeres, con una razón de masculinidad que desciende de 10:1 en la década de los noventa a 2,5 en el 2011.

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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 8 de 22

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 Barranquilla, en la costa caribeña³. 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.

Pese a estos datos, existen esfuerzos en la lucha contra el SIDA que muestran avances que deben seguir fortaleciéndose. De hecho, la cobertura de tratamiento con antirretrovirales es, actualmente, del 72%, lo que significa que Colombia sigue trabajando por cumplir las metas de acceso universal a los medicamentos y en esto tiene mejores indicadores que otros países en América Latina.

La respuesta nacional se articula alrededor del Plan Intersectorial de Respuesta al VIH 2008-2011, que contempla acciones de prevención, atención, apoyo y protección social. Para su eficaz implementación, el Plan requiere del compromiso de sectores como educación, trabajo, comunicaciones, así como de sociedad civil y de la cooperación internacional.

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.

³Alarcón Villaverde, 2009

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 9 de 22

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 INTEGRAL, 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. Este se considera uno de los pilares del fortalecimiento de la vigilancia de segunda generación, en la cual se prevé, además de conocer el porcentaje de la población infectada, también una línea de base sobre los comportamientos de riesgo. 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.

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.

4. OBJETIVO

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.

5. 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 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.

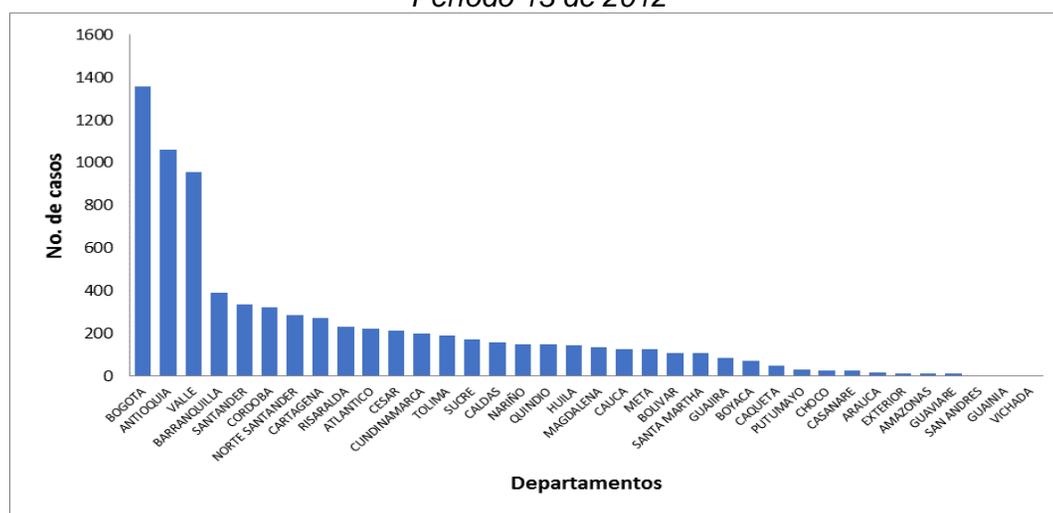
A continuación, se hace un análisis descriptivo del comportamiento del VIH/SIDA en Colombia, a período 13 de 2012.

6. HALLAZGOS

6.1. Comportamiento de la notificación

Al período 13 del año 2012, se reportaron 7 793 casos, de 35 entidades territoriales, solo Vichada no notificó casos. Si se revisan los casos crudos notificados a período epidemiológico 13, por departamento de procedencia, el primer lugar lo ocupa Bogotá, seguido por Antioquia, Valle del Cauca, Barranquilla y Santander.

Figura 1. Casos de VIH/sida y muerte por sida notificados por Departamento de procedencia Período 13 de 2012



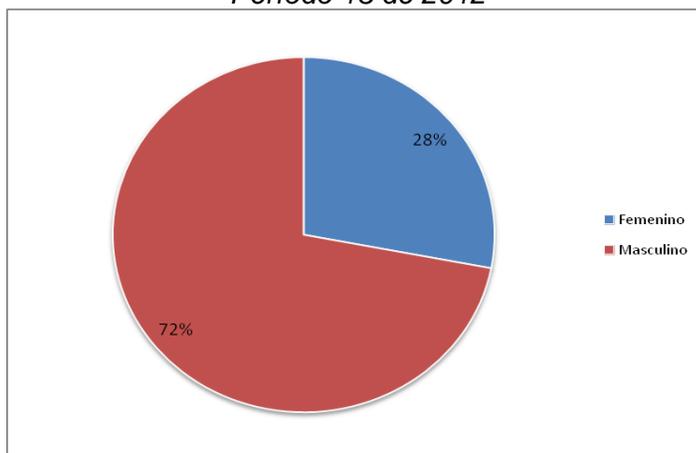
FUENTE: SIVIGILA INS

6.2. Magnitud en lugar y persona

Comportamiento de la notificación según género

De los 7 793 casos notificados 72,2% corresponden al género masculino y 27,8% al femenino.

*Figura 2. Porcentaje de casos notificados de VIH/sida y muerte por Sida por género.
Período 13 de 2012*

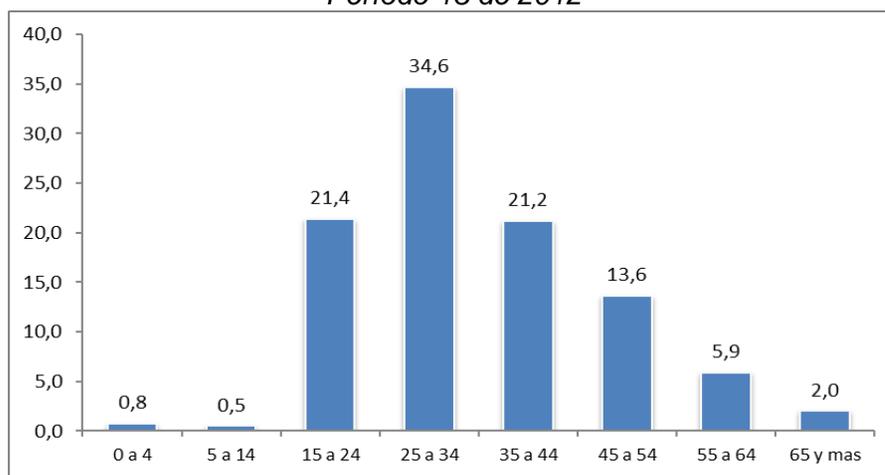


Fuente: Sivigila, INS

Distribución por grupos de edad VIH/SIDA

En la notificación individual se obtienen edades simples, lo cual permite agruparlas de acuerdo a los requerimientos de análisis. En la figura 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 34,6% seguido del grupo de 15 a 24 años con 21,4% y el de 35 a 44 años con 21,2%, se notificaron 60 casos en menores de 4 años, para un 0,8%.

*Figura 3. Casos notificados de VIH/sida según grupo de edad
Período 13 de 2012*



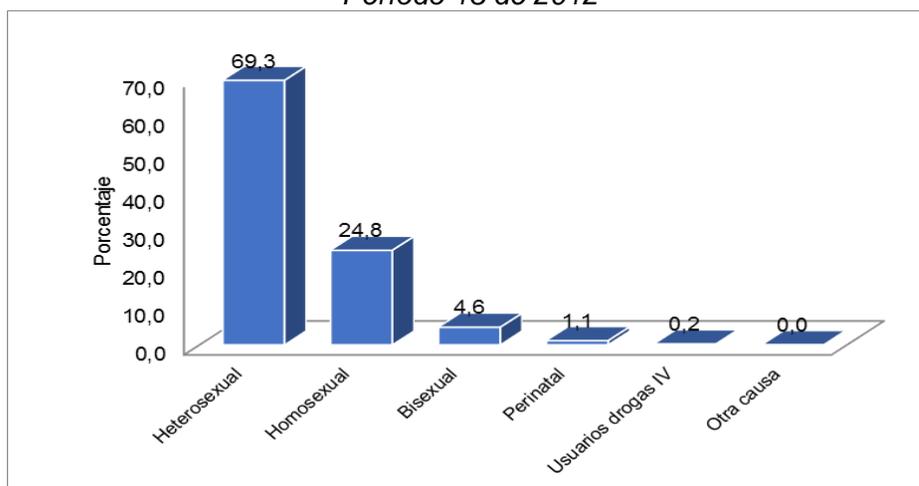
6.3. Comportamiento de otras variables de interés

Comportamiento de la notificación según mecanismo probable de transmisión.

Para los casos de VIH/sida y el probable mecanismo de transmisión, el mecanismo heterosexual está en el 69,3%, el homosexual en el 24,8% y el bisexual en el 4,6%. Notifican 84 casos cuyo mecanismo probable de transmisión es el perinatal. Se reportan 18 casos en usuarios de droga IV. Hay un caso reportado por Bogotá, donde se clasificó como otra forma de transmisión debido a que el menor según reporte se infectó debido a que jugaba con la máquina de afeitar del tío (paciente con VIH) y no se pudo identificar otro mecanismo.

Los 18 casos en usuarios de drogas IV son notificados, 7 casos por el departamento de Antioquia, 2 casos por los departamentos de Quindío y Caldas y un caso por los departamentos del Huila, San Andrés, Magdalena, Meta Tolima y los distritos de Barranquilla y Cartagena.

*Figura 4. Casos notificados de VIH/sida según mecanismo probable de transmisión.
Período 13 de 2012*

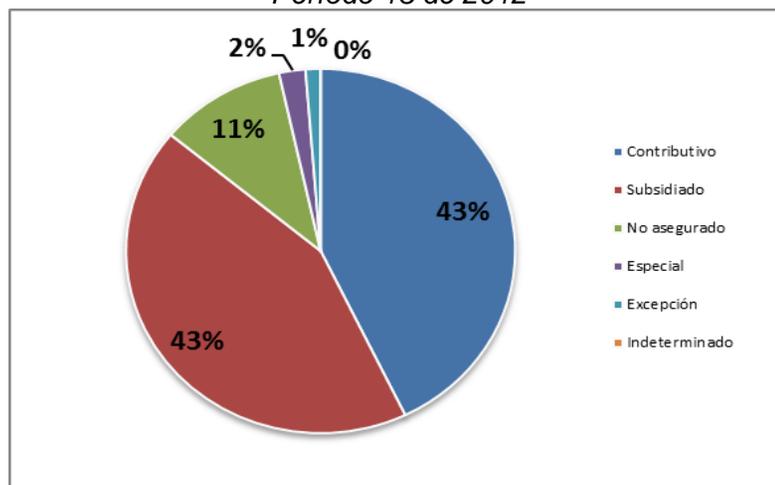


Fuente: Sivigila, INS

Tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

En cuanto al tipo de afiliación de los casos notificados a periodo 13 del año 2012 se puede observar que el 43,2% de los casos pertenecen al régimen subsidiado, el 42,8% al contributivo y un 10,5%, no tienen afiliación.

*Figura 5. Porcentaje de casos notificados de VIH/sida por tipo de afiliación al SGSSS
Período 13 de 2012*

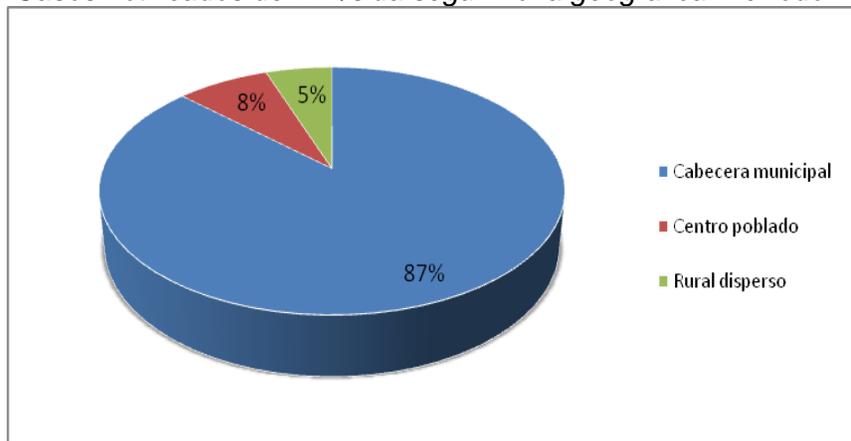


Fuente: Sivigila, INS

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

En el período 13 del año 2012, de los 7 793 casos notificados el 87,1% tienen como zona de residencia la cabecera municipal, el 7,6% el centro poblado y el 5,2%, la zona rural dispersa.

Figura 6. Casos notificados de VIH/sida según zona geográfica. Período 13 de 2012



Fuente: Sivigila, INS

Casos notificados de VIH/SIDA en mujeres embarazadas.

Analizando la base de datos de VIH/SIDA a 13 periodo epidemiológico año 2012, fueron notificadas 511 mujeres gestantes con VIH/SIDA, 44,8% de ellas están entre la semana 14-27 de gestación. 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 3. Casos Notificados de VIH/SIDA en gestantes. Período 13 de 2012

Trimestre de embarazo	No. de casos	Porcentaje
Primer trimestre (Sem 1-13)	102	20,0
Segundo trimestre (Sem 14-27)	229	44,8
Tercer trimestre (Sem 28-42)	180	35,2
Total	511	100,00

Fuente: Sivigila, INS

Enfermedades oportunistas de los casos notificados de VIH/SIDA

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

*Tabla 4. Enfermedades oportunistas notificadas en los casos de VIH/SIDA
Período 13 de 2012*

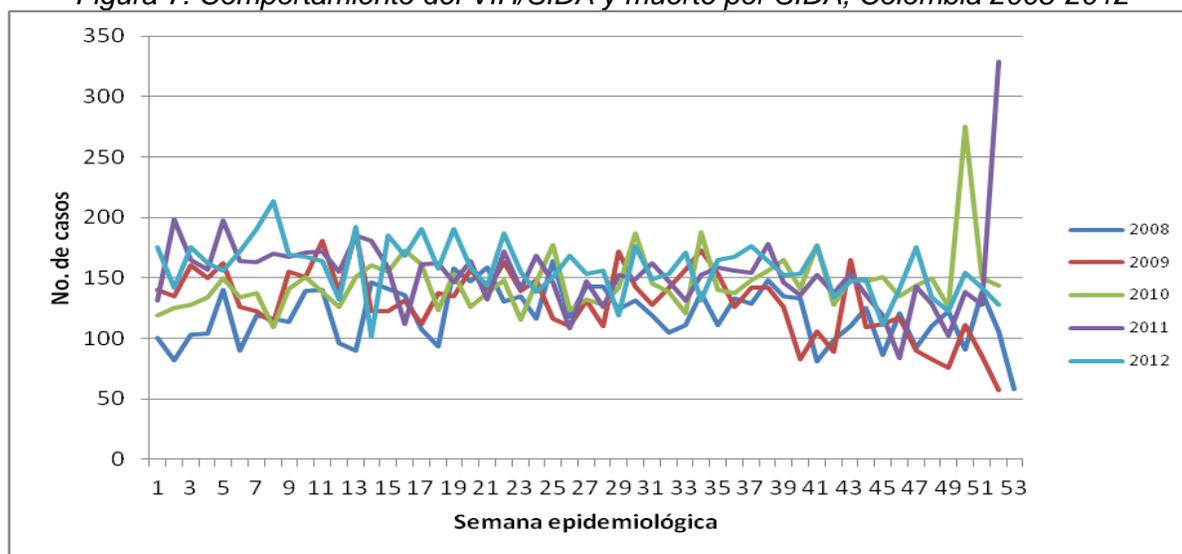
ENFERMEDAD OPORTUNISTA	No. DE CASOS
Candidiasis esofágica	367
Síndrome de emaciación	351
Tuberculosis pulmonar	241
Toxoplasmosis cerebral	225
Neumonía por Pneumocistis	207
Neumonía recurrente	164
Candidiasis de las Vías Aéreas	128
Tuberculosis Extrapulmonar	122
Encefalopatías	106
Sarcoma de Kaposi	62
Meningitis	57
Herpes Zoster	55
Criptococcosis Extrapulmonar	46
Tuberculosis meníngea	45
Hepatitis B	44
Criptosporidiasis Crónica	42
Citomegalovirus	37
Histoplasmosis Diseminada	36
Linfoma Inmunoblástico	32
Septicemia Recurrente	25
Histoplasmosis Extrapulmonar	24
Cáncer Cervical Invasivo	22
Linfoma de Burkitt	21
Retinitis por Citomegalovirus	14
Leucoencefalopatía Multifocal	14
Isosporidiasis Crónica	13
Coccidioidomicosis	10
Hepatitis C	7

Fuente: Sivigila, INS

6.4. Tendencia del evento

Al comparar el comportamiento de la notificación de casos de VIH/sida y muerte por sida, entre los años 2008 a 2012, el comportamiento de la notificación fue similar. Para los años 2011 y 2012 a la semana epidemiológica 52, se puede establecer un aumento de la notificación de los casos para el 2012 en 348 casos, es decir que para el año 2011 al mismo período se notificaron 7445 casos.

Figura 7. Comportamiento del VIH/SIDA y muerte por SIDA, Colombia 2008-2012



Fuente: Siviigila INS

6.5. Comportamiento de los indicadores de vigilancia del VIH/SIDA

Prevalencia de casos de VIH/SIDA por departamento de procedencia

Se observa que la prevalencia de casos de VIH/SIDA para el país se encuentra actualmente en 17,1 por 100.000 habitantes. Son varios los departamentos que se encuentran por encima del valor promedio, pero vale la pena resaltar los 5 departamentos que obtuvieron el mayor valor por 100.000 habitantes en su orden: Barranquilla, Cartagena, Quindío, Risaralda y Santa Marta.

*Tabla 5. Prevalencia de casos de VIH/SIDA, por departamento de procedencia.
Período 13 de 2012*

DEPARTAMENTO	No. CASOS	POB. TOTAL	PREVALENCIA
Barranquilla	390	1200513	32,5
Cartagena	272	967103	28,1
Quindío	149	555836	26,8
Risaralda	231	935910	24,7
Santa Marta	110	461900	23,8
Norte de Santander	285	1320777	21,6
Cesar	213	991584	21,5
Valle del cauca	955	4474369	21,3
Sucre	173	826780	20,9
Córdoba	322	1632637	19,7
Atlántico	225	1173037	19,2
Bogotá D.C.	1356	7571345	17,9
Magdalena	135	761975	17,7
Amazonas	13	73699	17,6
Antioquia	1063	6221817	17,1
Santander	338	2030775	16,6
Caldas	160	982207	16,3
Meta	127	906805	14,0
Tolima	189	1396038	13,5
Huila	144	1111947	13,0
Caquetá	51	459515	11,1
Bolívar	111	1058470	10,5
Guaviare	11	106386	10,3
La Guajira	85	874532	9,7
Cauca	128	1342650	9,5
Putumayo	31	333247	9,3
Nariño	152	1680795	9,0
Casanare	27	337886	8,0
Cundinamarca	202	2557623	7,9
Arauca	19	253565	7,5
San Andrés y Providencia	5	74541	6,7
Boyacá	74	1271133	5,8
Choco	28	485543	5,8
Guainía	2	39574	5,1
Vichada	2	66917	3,0
Vaupés	0	42392	0,0
Exterior	15		
Total	7793	46581823	17,1

Fuente: SiviGila INS

Proporción de incidencia de casos de VIH en mujeres embarazadas

Se observa que del total de los 511 casos reportados de VIH en mujeres embarazadas a semana 52, 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 Valle del Cauca, Antioquia, Córdoba, Bogotá, y Cartagena.

Tabla 6. Proporción de incidencia de casos de VIH/SIDA, en mujeres embarazadas por departamento de procedencia. Período 13 de 2012

Departamento	No. de casos	%
Valle del Cauca	56	11,0
Antioquia	55	10,8
Córdoba	46	9,0
Bogotá	42	8,2
Cartagena	24	4,7
Cesar	24	4,7
Atlántico	19	3,7
Sucre	19	3,7
Barranquilla	18	3,5
Meta	17	3,3
Tolima	17	3,3
Norte de Santander	16	3,1
Risaralda	15	2,9
Santander	15	2,9
Magdalena	14	2,7
Huila	13	2,5
Guajira	12	2,3
Cauca	11	2,2
Cundinamarca	11	2,2
Nariño	11	2,2
Santa Marta	11	2,2
Bolívar	10	2,0
Caldas	8	1,6
Boyacá	7	1,4
Choco	6	1,2
Quindío	3	0,6
Amazonas	2	0,4
Caquetá	2	0,4
Casanare	2	0,4
Putumayo	2	0,4
Guaviare	1	0,2
San Andrés	1	0,2
Exterior	1	0,2
Total	511	100,0

Fuente: Sivigila INS

Proporción de prevalencia por mecanismo probable de transmisión sexual

Del total de los 7 793 casos notificados a semana 52, el 98,7% (7 690) 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 7. Proporción de prevalencia por mecanismo probable de transmisión sexual por departamento de procedencia. Período 13 de 2012

Departamento	No. de casos	%
Amazonas	12	0,2
Antioquia	1044	13,6
Arauca	19	0,2
Atlántico	220	2,9
Barranquilla	386	5,0
Bogotá	1348	17,5
Bolívar	111	1,4
Boyacá	74	1,0
Caldas	156	2,0
Caquetá	51	0,7
Cartagena	267	3,5
Casanare	27	0,4
Cauca	128	1,7
Cesar	207	2,7
Chocó	27	0,4
Córdoba	313	4,1
Cundinamarca	200	2,6
Exterior	15	0,2
Guainía	2	0,0
Guajira	83	1,1
Guaviare	10	0,1
Huila	142	1,8
Magdalena	132	1,7
Meta	126	1,6
Nariño	148	1,9
Norte de Santander	281	3,7
Putumayo	30	0,4
Quindío	147	1,9
Risaralda	230	3,0
San Andrés	4	0,1
Santa Marta	107	1,4
Santander	337	4,4
Sucre	167	2,2
Tolima	186	2,4
Valle	951	12,4
Vichada	2	0,0
Total	7690	100,0

Fuente: Sivigila INS

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

A período 13 han sido notificados 18 casos por probable mecanismo de transmisión uso de drogas psicoactivas, que corresponde al 0,2% del total de casos notificados. Los departamentos que han aportado estos casos son:

Tabla 9. Proporción de casos por mecanismo probable de transmisión uso de drogas psicoactivas por departamento de procedencia. Período 13 de 2012

Departamento	No. de casos	%
Antioquia	7	38,9
Caldas	2	11,1
Quindío	2	11,1
Barranquilla	1	5,6
Cartagena	1	5,6
Huila	1	5,6
Magdalena	1	5,6
Meta	1	5,6
San Andrés	1	5,6
Tolima	1	5,6
Total	18	100,00

Fuente: Siviigila INS

7. DISCUSIÓN

En el informe epidemiológico a período 13 de 2012 se observa un aumento en la notificación del evento comparada con el mismo período del año 2011, en 4,7%.

Del total de casos notificados de VIH/sida y muerte por sida un 72,2% pertenece al género masculino y 27,8% al género femenino, lo que nos indica una razón 2,6:1 hombre/mujer.

Sin embargo, se sigue evidenciando la vulnerabilidad de las gestantes; hasta el 13 período epidemiológico del año 2012 se han notificado 511 mujeres gestantes con VIH/SIDA y de ellas el 44,8% se encuentran en el segundo trimestre de gestación. Debemos recordar que el diagnóstico en el primer trimestre de gestación es fundamental para un tratamiento oportuno a

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO		Versión: 01
				2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001		Página 21 de 22

la gestante, que permita disminuir la transmisión perinatal y aportar así al control de la epidemia.

8. CONCLUSIONES

Se observa que en los últimos años la notificación de los casos de VIH/SIDA, ha sido similar, manteniéndose la relación hombre/mujer de 2,6:1, siendo el mecanismo de transmisión sexual el que aporta el mayor número de casos con un 98,7% y por grupo de edad el de 25 a 34 años con un 34,6%.

No se ha visto variación en la notificación de casos por departamento siendo Bogotá, Antioquia, Valle, Barranquilla y Santander los que reportan el mayor número de casos

9. RECOMENDACIONES

Se observan 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, debido a que se observan casos con diagnóstico errado en adultos e igualmente en menores.

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 por tanto la disminución de casos de transmisión perinatal.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 22 de 22

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. ONUSIDA. Estrategia 2011 - 2015. Disponible en:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_es.pdf. Consultado Marzo de 2011
2. ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA diciembre 2009. Disponible en:
http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf. Consultado Marzo de 2010.
3. 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.
4. 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]
5. CDC. Manual de Capacitación para la subregión de Centroamérica. Panorama General de la epidemia del VIH/SIDA e introducción a la vigilancia epidemiológica. Guatemala, julio 2006.
6. 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
7. Informe epidemiológico período 12 de 2012. Instituto Nacional de Salud. Diciembre, 2012.
8. Base de datos ajustada a semana 52. Instituto Nacional de Salud.