

## INFORME DEL COMPORTAMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN DE VIH-SIDA, CALDAS HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO XIII DEL AÑO 2017

*Carlos Alberto Lepineux Alzate  
Profesional Apoyo Vigilancia Epidemiológica  
Subdirección de Salud Pública  
Dirección Territorial de Salud de Caldas*

### 1. INTRODUCCIÓN

“El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.” (1)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4.

La inmunodeficiencia aumenta el riesgo de contraer numerosas infecciones, cánceres y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir.

La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse. Las personas que padecen sida pueden contraer ciertos tipos de cáncer e infecciones o presentar otras manifestaciones clínicas de gravedad. (2)

La 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud ratificó la nueva Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021, que establece cinco orientaciones estratégicas para guiar las medidas prioritarias que deberán adoptar los países y la OMS durante los siguientes seis años.

Estas son las cinco orientaciones estratégicas:

- información para una acción específica (conocer la epidemia y la respuesta);
- intervenciones que tienen impacto (cobertura de la gama de servicios requeridos);
- atención para un acceso equitativo (cobertura de los grupos de población que requieren servicios);
- financiación para la sostenibilidad (cobertura de los costos de los servicios);
- innovación para la agilización (de cara al futuro). (2)

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.(3)

### 1.1 Comportamiento del Evento a Nivel Mundial.

De acuerdo con los cálculos realizados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), a finales del 2015 había en el mundo unos 36´700.000 personas infectadas por el VIH; ese mismo año, contrajeron la infección alrededor de 2´100.000 personas, entre ellas, 150.000 niños y 1´100.000 murieron por causas relacionadas con el sida (4)

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

	<b>Cálculo estimativo</b>	<b>Rango</b>
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

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 murió, 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.

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 (5)

## 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 (5)

## 1.3 Comportamiento del Evento en Colombia.

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.(5)

El primer caso reportado en el país fue en la ciudad de Cartagena en el año de 1983 cuyo proceso de notificación lo realizaba en aquella época el Ministerio de Salud, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del año 2000 hasta la fecha, el seguimiento lo realiza el Instituto Nacional de Salud con el apoyo de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social. Teniendo en cuenta los criterios de clasificación en el mundo, la situación de la epidemia en Colombia es concentrada dada la prevalencia en por lo menos una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) superan el 5 %, mientras que la prevalencia en mujeres gestantes no es superior al 1 %; su tendencia es creciente y la población de mayor afectación por edad se encuentra en el grupo de 25 a 34 años. Los grupos más expuestos a factores de vulnerabilidad y riesgo de infección por VIH en Colombia son los hombres que tienen sexo

con hombres (HSH), trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables, usuarios de drogas de alto riesgo (CODAR), adolescentes, mujeres (en especial las gestantes), población privada de la libertad, población en situación de desplazamiento forzado y los habitantes de la calle. Para el año 2016 se reportaron un total de 11.992 casos. El comportamiento demográfico y social del evento indica que el 78,9 % de los casos de VIH/sida se registraron en el sexo masculino; el 49,4 % en el régimen contributivo seguido por un 40,6 % en el régimen subsidiado y el 34,2% se registraron para el grupo de 25 a 34 años. (3)

## 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Realizar el seguimiento de la notificación de casos de VIH/SIDA, en el departamento de Caldas, 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 METODOS

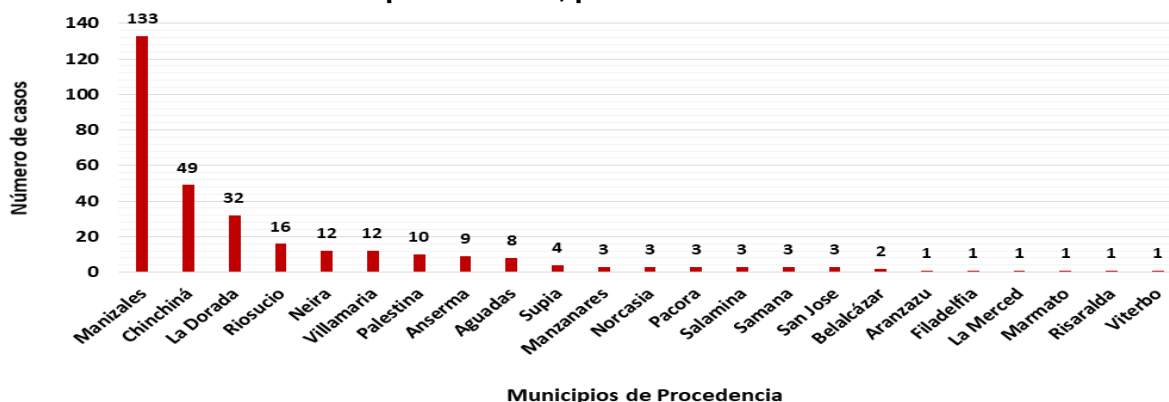
Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo el cual caracteriza la situación epidemiológica del VIH/SIDA y mortalidad por VIH en Caldas hasta el periodo XIII semana 52 de 2017. Se realizó un análisis de las variables relacionadas con el evento a partir de la base secundaria del SIVIGILA. La población en estudio fueron los casos de VIH/SIDA y mortalidad por VIH notificados al sistema de vigilancia epidemiológica hasta el periodo 13 de 2017.

## 4. HALLAZGOS

### 4.1 Comportamiento de la notificación.

A período 13 del año 2017, se han reportado Hasta la semana epidemiológica 52 de 2017, se han notificado al SIVIGILA 311 casos de VIH/SIDA confirmados por laboratorio.

**Grafica 1. Casos de VIH/sida y muerte por sida notificados por municipio de procedencia, período 13 de 2017**



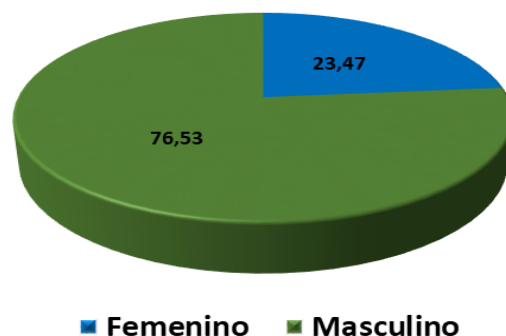
Fuente: Sivigila Caldas

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

### Comportamiento de la notificación según género

De los 311 casos notificados el 76,53 % corresponden al género masculino y 23,47 % al femenino.

**Grafica 2. Porcentaje de casos notificados de VIH/Sida y muerte por sida por género, período 13 de 2017**

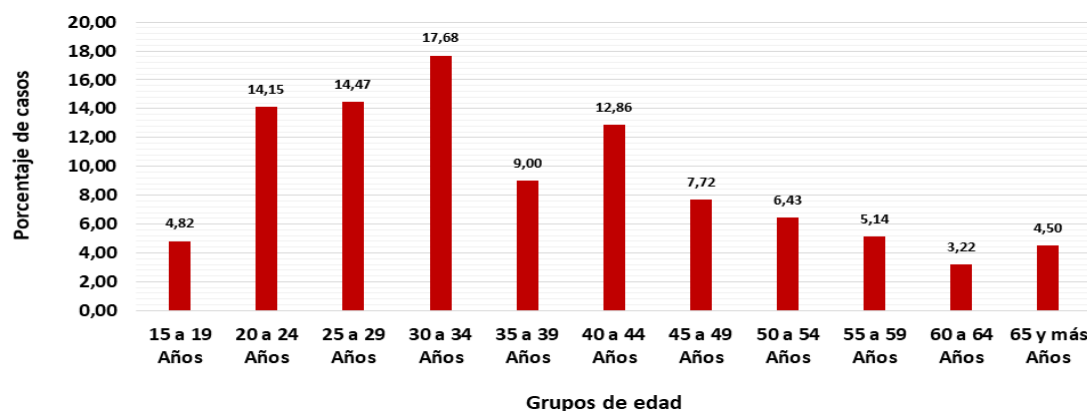


Fuente: Sivigila Caldas

### 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 gráfica se muestra la distribución por grupos de edad, donde el grupo de 30 a 34 años registra el mayor porcentaje de la notificación del evento con 17,68 % seguido por el grupo de 25 a 29 años con 14,47 %, el grupo de edad de 20 a 24 años documento el 14,15% de los casos.

**Grafica 3. Casos notificados de VIH/sida según grupo de edad, período 13 de 2017**



Fuente: Sivigila Caldas

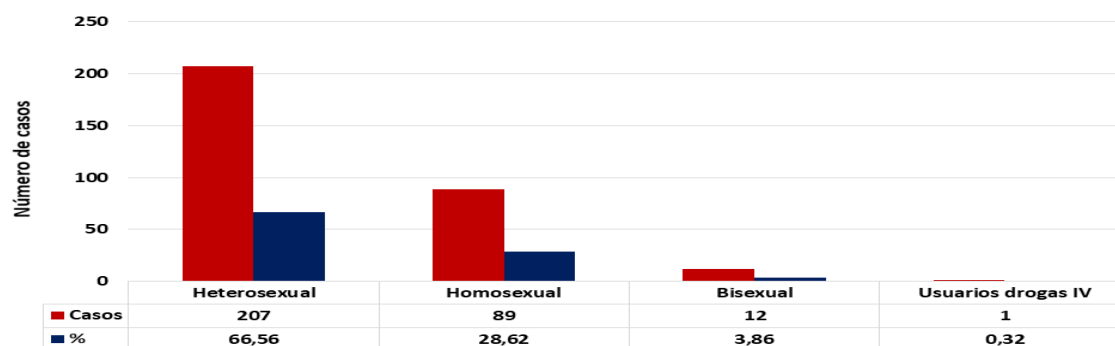


### 4.3 Comportamiento de otras Variables de Interés (Datos Complementarios).

#### 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 66,56 %, el homosexual en el 28,62 % y el bisexual en el 3,86 %. y usuarios de drogas IV el 0,32 % (n= 1).

**Grafica 4. Casos notificados de VIH/sida según mecanismo probable de transmisión, período 13 de 2017**

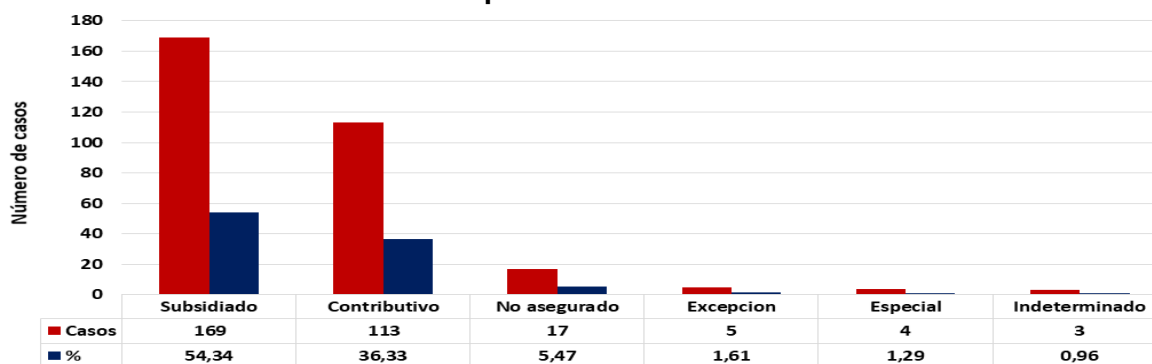


Fuente: Sivigila Caldas

#### Tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

En cuanto al tipo de afiliación de los casos notificados a período 13, año 2017 se puede observar que el 54,34 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado, el 36,33 % al contributivo, un 5,47%, son no asegurados, 1,61% pertenecen a régimen de excepción: 4 casos (1,29%) se documentaron el régimen especial y 0,96% (n=3) fueron indeterminados.

**Grafica 5. Porcentaje de casos notificados de VIH/sida por tipo de afiliación al SGSSS, período 13 de 2017**



Fuente: Sivigila Caldas

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



Sede Principal

F002-P05-GAF

V04

17/11/2017

Página 6 de 13

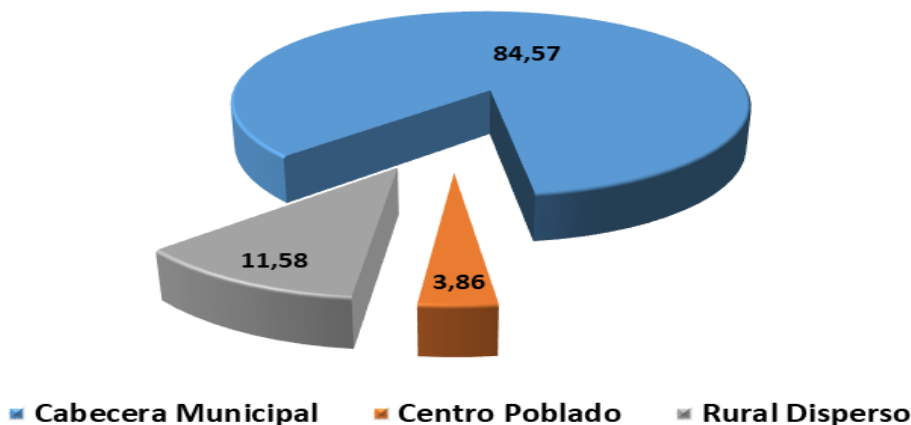
Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: [informacion@saluddecaldas.gov.co](mailto:informacion@saluddecaldas.gov.co) / [www.saluddecaldas.gov.co](http://www.saluddecaldas.gov.co)

A período 13 del año 2017, de los 311 casos notificados el 84,57 % tienen como zona de residencia la cabecera municipal, el 3,86% el centro poblado y el 11,58% la zona rural dispersa.

**Grafica 6. Casos notificados de VIH/sida según zona geográfica, período 13 de 2017**



Fuente: Sivigila Caldas

### Casos notificados de VIH/SIDA en mujeres embarazadas.

Analizando la base de datos de VIH/Sida a período epidemiológico 13 del año 2017, fueron notificadas 14 mujeres gestantes con VIH/Sida, el 57,1% de ellas están entre la semana 1 y 13 de gestación, el 21,4% entre la semana 14 a 27 y el 21,4% está entre la semana 28 a 42 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.”<sup>1</sup>

**Tabla 2. Casos Notificados de VIH/SIDA en gestantes. Período 13 de 2017**

Trimestre del embarazo	Casos	Porcentaje
Primer trimestre (Sem 1-13)	8	57,1
Segundo trimestre (Sem 14-27)	3	21,4
Tercer trimestre (Sem 28-42)	3	21,4
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila Caldas

### Enfermedades oportunistas de los casos notificados de VIH/SIDA

<sup>1</sup> INS Informe del comportamiento de la notificación de VIH-SIDA hasta el periodo epidemiológico XIII de 2017.

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

**Tabla 3. Enfermedades oportunistas notificadas en los casos de VIH/SIDA período 13 de 2017**

Enfermedad Oportunista	Número de casos
Recuento CD4 menor de 200	10
Síndrome de emaciación	9
Encefalopatía por VIH	8
Candidiasis esofágica	7
Tuberculosis pulmonar	7
Tuberculosis extrapulmonar	5
Neumonía por pneumocystis	5
Toxoplasmosis cerebral	5
Meningitis	4
Citomegalovirus	3
Septicemia recurrente por Salmonella	3
Candidiasis de las vías areas	2
Histoplasmosis extrapulmonar	2
Herpes zoster en múltiples dermatomas	2
Histoplasmosis diseminada	2
Criptosporidiasis crónica	2
Criptococosis extrapulmonar	2
Cáncer cervical invasivo	1
Otras micobacterias	1
Neumonía recurrente (más de 2 episodios en un año)	1
Sarcoma de Kaposi	1
Leucoencefalopatía multifocal	1
Hepatitis B	1
Hepatitis C	1

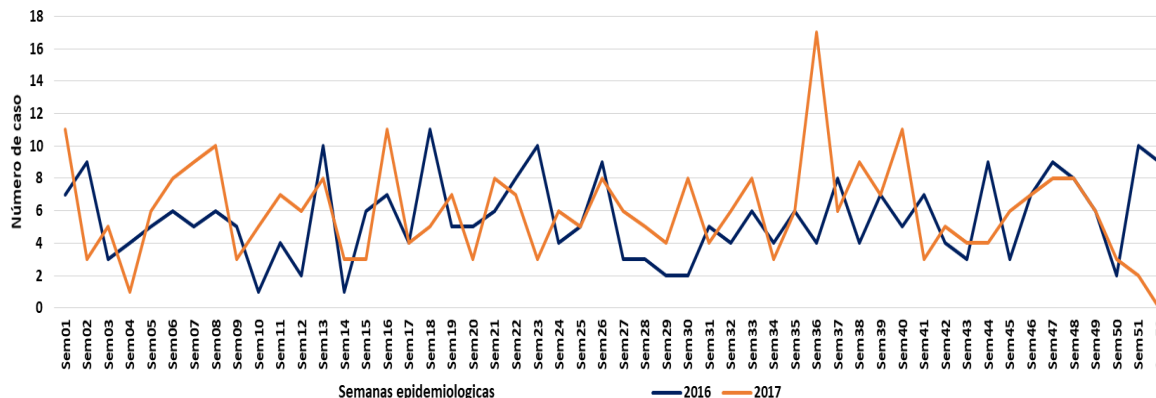
Fuente: Sivigila Caldas

#### 4.4 Tendencia del Evento.

Al comparar el comportamiento de la notificación de casos de VIH/Sida y muerte por Sida, entre los años 2016 y 2017, el comportamiento de la notificación tuvo incremento del 7,4%. Para los años 2016 y 2017 a período 13 se puede establecer un aumento de la notificación de los casos para el 2017 en 23 casos.



**Grafica 7. Comportamiento del VIH/SIDA y muerte por SIDA, Caldas, 2016-2017**



Fuente: Sivigila Caldas

#### 4.5 Comportamiento de los Indicadores de Vigilancia del Evento.

##### 4.5.1 Tasa de VIH/SIDA por departamento de procedencia.

Se observa que la tasa de VIH/SIDA para el departamento de Caldas se encuentra actualmente en 31,36 por 100 000 habitantes. Son varios los municipios que se encuentran por encima de esta tasa entre ellos en su orden Chinchiná, Palestina, Norcasia, la Dorada.

**Tabla 4. Tasa de VIH/SIDA, por municipio de procedencia, Caldas, período 13, 2017**

Municipios	Casos	Población	Prevalencia
Manizales	133	398830	33,35
Chinchiná	49	51076	95,94
La Dorada	32	77735	41,17
Riosucio	16	63045	25,38
Neira	12	30963	38,76
Villamaria	12	58481	20,52
Palestina	10	17674	56,58
Anserma	9	33535	26,84
Aguadas	8	21653	36,95
Supia	4	27099	14,76
Norcasia	3	6272	47,83
San José	3	7588	39,54
Pacora	3	11399	26,32
Salamina	3	16005	18,74

Municipios	Casos	Población	Prevalencia
Manzanares	3	22947	13,07
Samaná	3	25789	11,63
Belalcázar	2	10651	18,78
La Merced	1	5281	18,94
Marmato	1	9214	10,85
Risaralda	1	9362	10,68
Filadelfia	1	10713	9,33
Aranzazu	1	11164	8,96
Viterbo	1	12414	8,06
<b>Total</b>	<b>311</b>	<b>991860</b>	<b>31,36</b>

Fuente: Sivigila Caldas

#### 4.5.2 Proporción de incidencia de casos de VIH en mujeres embarazadas

Se observa que del total de los 14 casos reportados de VIH en mujeres embarazadas a período 13, los municipios que reportaron casos en gestantes son los que se relacionan a continuación, donde el mayor porcentaje lo aportaron en su orden La Dorada y Manizales.

Municipios	Casos	Porcentaje
LA DORADA	4	28,57
MANIZALES	3	21,43
AGUADAS	1	7,14
ANSERMA	1	7,14
CHINCHINA	1	7,14
PALESTINA	1	7,14
SAN JOSE	1	7,14
SUPIA	1	7,14
VILLAMARIA	1	7,14
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Sivigila Caldas

#### 4.5.3 Proporción de prevalencia por mecanismo probable de transmisión sexual

Del total de los 311 casos notificados a período 13, el 99% (308) de los casos correspondió a mecanismo de transmisión sexual y por municipio de procedencia el comportamiento es como se describe en la tabla adjunta.

Municipios	Casos	Porcentaje
MANIZALES	131	42,53
CHINCHINA	49	15,91
LA DORADA	32	10,39

Municipios	Casos	Porcentaje
RIOSUCIO	14	4,55
NEIRA	12	3,90
VILLAMARIA	11	3,57
PALESTINA	10	3,25
ANSERMA	9	2,92
AGUADAS	8	2,60
SAN JOSE	4	1,30
SUPIA	4	1,30
MANZANARES	3	0,97
NORCASIA	3	0,97
PACORA	3	0,97
SALAMINA	3	0,97
SAMANA	3	0,97
BELALCAZAR	2	0,65
LA MERCED	2	0,65
ARANZAZU	1	0,32
FILADELFIA	1	0,32
MARMATO	1	0,32
RISARALDA	1	0,32
VITERBO	1	0,32
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Sivigila Caldas

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

A período 13 se ha notificado 1 caso por mecanismo probable de transmisión uso de drogas psicoactivas, documentado en la ciudad de Manizales.

## 5. DISCUSION

En el informe epidemiológico a período 13 de 2017 se registra un aumento en la notificación del evento comparada con el mismo período del año 2016, de 7,4 %,

Del total de casos notificados de VIH/SIDA y muerte por SIDA el 76,5 % pertenece al género masculino y el 23,5 % al género femenino, lo que nos indica una razón 3,26:1 hombre/mujer.

Así las cosas, se sigue evidenciando la vulnerabilidad de las gestantes; hasta el período epidemiológico 13 del año 2017 se notificaron 14 mujeres gestantes con VIH/SIDA y de ellas el 57,1% se encuentran en el primer trimestre de gestación y el 21,4 % en el segundo trimestre, lo que nos indica que un alto porcentaje de las gestantes se están captando de forma temprana en el departamento de Caldas.

Es fundamental que se haga el diagnóstico en el primer trimestre de gestación para un tratamiento oportuno a la gestante, que permite disminuir la transmisión materno-infantil y aportar así al control de la epidemia.

## 6. CONCLUSIONES

Se observa que en los últimos años la notificación de los casos de VIH/SIDA, ha ido en aumento, con una relación hombre/mujer de 3,26:1, siendo el mecanismo de transmisión sexual el que aporta el mayor número de casos con un 99% y por grupo de edad el comprendido entre 20 y 35 años aporta el 46,3% del total de casos documentados en el departamento de Caldas.

La Mayor Cantidad de casos documentados por municipio de procedencia se centra en Manizales, Chinchiná, La Dorada y Riosucio con el 74% del total, siendo similar esta tendencia en los últimos años de acuerdo con la concentración de los casos.

23 municipios en Caldas reportaron casos de VIH/SIDA durante el 2017, no documentaron casos los Municipios de Marulanda, Marquetalia, Pensilvania y Victoria.

En relación con la coinfección de VIH y tuberculosis se documentaron 12 casos, de los cuales 7 corresponden a la forma pulmonar y 5 correspondieron a Tuberculosis extrapulmonar.

## 7. RECOMENDACIONES

Se debe trabajar con los profesionales de Vigilancia Epidemiológica de los municipios en relación al mejoramiento de la calidad de los datos, para que estos realimenten al personal médico de las UPGD sobre la importancia del completo y adecuado diligenciamiento de las fichas epidemiológicas de los eventos. En este sentido se presentaron inconsistencias ya que se documentaron dos casos con posible mecanismo de transmisión por transfusión sanguínea, los cuales según lo evidenciado corresponden a error en la notificación al SIVIGILA y no a casos reales. Se Solicitó a los profesionales de Vigilancia en Salud Pública de los Municipios que reportaron estos casos la documentación y el ajuste en la base de datos.

Se debe intensificar la vigilancia en relación a la captación temprana de Gestantes, para el inicio de controles prenatales y que se garanticen los derechos y el acceso al sistema de seguridad Social en salud en términos de integralidad y oportunidad.

Debe fortalecerse la asesoría pre y pos test para VIH en el sentido que esta debe ser realizada por personal entrenado, al igual que la aplicación de las guías de manejo clínico por parte de los médicos que atienden inicialmente los casos.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
3. <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIHSIDA%20PE%20XIII%202017.pdf>
4. ONUSIDA. Datos mundiales sobre el VIH. 2015. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/factsheet> [Consultado abril 2018]
5. INS Informe del comportamiento de la notificación de VIH-SIDA hasta el periodo epidemiológico XIII de 2017.
6. Base de datos a periodo epidemiológico 13 de 2017. SIVIGILA Caldas, Enero 2018



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46  
Manizales, Caldas

e-mail: [informacion@saluddecaldas.gov.co](mailto:informacion@saluddecaldas.gov.co) / [www.saluddecaldas.gov.co](http://www.saluddecaldas.gov.co)

F002-P05-GAF

V04

17/11/2017

Página 13 de 13