



## 1. OBJETIVO

### 1.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de la epidemia de VIH/SIDA, incluyendo la mortalidad por Sida, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección, consolidación y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control de la enfermedad.

### 1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer procesos sistemáticos de recolección y captura de datos de los casos de VIH/SIDA y muerte por Sida.
- Generar información descriptiva que caracterice el comportamiento y la dinámica del evento en el país.
- Orientar la acción de los responsables en salud pública para detectar, diagnosticar y tratar oportunamente los casos de VIH/SIDA.
- Contribuir a la identificación de casos de VIH/SIDA para el desarrollo de acciones dirigidas a evitar la aparición de nuevos casos.

## 2. ALCANCE

Este documento define la metodología para los procesos establecidos para la notificación, recolección, consolidación y análisis de los datos que orientarán las medidas de prevención y control de los casos de VIH/SIDA, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal.

## 3. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través de la Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia del VIH y sida a través de este documento y de los actores del sistema:

- Ministerio de Salud y Protección Social - Centro Nacional de Enlace.
- Instituto Nacional de Salud - Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.
- Unidades Notificadoras: entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal, responsables de la investigación, confirmación y configuración de los eventos de interés en salud pública
- Unidades Primarias Generadoras de Datos: entidades de carácter público y privado que captan la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública.
- Unidades informadoras: entidades de carácter público y privado, así como grupos comunitarios, que captan la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública y que de forma no rutinaria realizan reporte solo de los casos que se presentan.

## 4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

Las contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.



## 5. CONTENIDO

### 5.1. IMPORTANCIA DEL EVENTO

#### 5.1.1. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sida, ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez en 1981, lo que se convirtió en una de las epidemias más destructivas en los registros de la historia. Los mecanismos efectivos de transmisión identificados involucran las vías en las cuales se encuentran fluidos que contienen el VIH: sexual, sanguínea y perinatal.

En Colombia, los grupos más expuestos a factores de vulnerabilidad y riesgo de infección por VIH son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores y trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables y usuarios de drogas de alto riesgo (CODAR), adolescentes, mujeres, (en especial mujeres gestantes), población privada de la libertad, población en situación de desplazamiento forzado y habitantes de la calle.

Aspecto	Descripción
<b>Modo de transmisión</b>	Sexual: la transmisión se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.  Perinatal: (de la madre a hijo). La transmisión puede ocurrir durante el embarazo, durante el parto, o durante la lactancia a través de la leche materna.  Parenteral: Ocurre como producto de exposición a sangre, productos derivados sanguíneos o a tejidos para transplantes de una persona infectada. Incluye entre otras: transfusiones de sangre, exposiciones laborales y uso de drogas inyectables.
<b>Período de incubación</b>	Es el período de tiempo que ocurre desde que la persona se infecta con VIH hasta que se desarrollan síntomas de inmunodeficiencia. Tarda años después de que la persona se infecta en desarrollar inmunodeficiencia e infecciones oportunistas, en ocasiones hasta 10 años.
<b>Período de ventana</b>	O ventana inmunológica: es el tiempo que ocurre desde que la persona se infecta con el VIH, hasta que se producen los anticuerpos detectables. El tiempo en que tarda en ocurrir la seroconversión. Cuando una persona se hace una prueba de anticuerpos VIH que resulta positiva o reactiva, quiere decir que la persona ha completado la seroconversión, o sea que ha desarrollado anticuerpos VIH.

#### 5.1.2. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La pandemia por VIH/SIDA ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud y de la incapacidad y muerte de miles de personas en edad productiva, que la sitúan como uno de los mayores desafíos para la humanidad.

El primer caso se reportó en el país en la ciudad de Cartagena, en 1983. A partir de este momento se inició el proceso de notificación de casos de VIH, sida y muerte. Inicialmente este registro se hizo en el Ministerio de Salud, (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) y a partir del año 2000,

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL VIH-SIDA</b>	<b>Versión 01</b>
			2012 – Dic – 12
		<b>PRO-R02.0000-011</b>	Página 3 de 13

el seguimiento lo viene realizando el Instituto Nacional de Salud con el apoyo de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social.

El panorama general de la epidemia se presenta de acuerdo con los hallazgos de morbilidad, mortalidad, estimaciones y proyecciones.

La epidemia de VIH en Colombia se puede definir como concentrada, dado que la prevalencia en por lo menos una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad (HSH), supera el 5%, mientras que la prevalencia en mujeres gestantes no es superior al 1%.

Se han reportado un total de 71.509 casos notificados de infección por VIH, casos en estadio de sida y fallecidos. Esta cifra corresponde a los casos acumulados desde 1983, con corte al 31 de diciembre de 2009.

De acuerdo con estas cifras se observa un crecimiento anual del número de casos notificados, situación que se comporta igual para hombres y mujeres. Existe en el acumulado de la epidemia una participación del 75.3% para hombre, 24% para mujeres y el 0.7% de registros sin dato de sexo.

La información actualizada sobre la evolución y el estado actual de la pandemia de Colombia y del mundo puede ser consultada en la página [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co).

## **5.2. ESTRATEGIA**

### **5.2.1. Vigilancia rutinaria**

En la vigilancia del VIH/SIDA y mortalidad por sida se empleará la vigilancia pasiva o rutinaria a la cual hace referencia este protocolo, que operará en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) que conforman el sistema de vigilancia en salud pública.

### **5.2.2. Otras estrategias de vigilancia**

Para la vigilancia del VIH/ SIDA en Colombia, además de la vigilancia rutinaria descrita en este protocolo, se emplean otras estrategias que tienen por objeto armonizar las diferentes fuentes de información para poder llegar a un mejor conocimiento de la epidemia del VIH y los factores de comportamiento que contribuyen a la diseminación del mismo y que consisten en la recolección sistemática, el análisis e interpretación de los indicadores biológicos, de comportamiento y sociodemográficos esenciales para la planeación, implementación y evaluación de la práctica en salud pública. La descripción detallada de estas otras estrategias desborda el objeto del protocolo de vigilancia rutinaria y puede ser consultada en los protocolos correspondientes.

Periódicamente el país realiza estudios centinela, de seroprevalencia y comportamiento en poblaciones vulnerables.

## **5.3. INFORMACIÓN Y CONFIGURACIÓN DEL CASO**

### **5.3.1. DEFINICIÓN OPERATIVA DEL CASO**

#### **Definición clínica**



La infección por VIH puede ser inicialmente asintomática o manifestarse como un síndrome similar a una mononucleosis aguda (infección aguda) con fiebre, fatiga, malestar general, mialgia, artralgias, sudoración, anorexia, pérdida de peso, fotofobia, dolor de garganta, náusea, vómito, diarrea, cefalea, eritema maculo-papular transitorio o adenopatías. También puede haber anomalías neurológicas, entre ellas encefalitis, meningitis, neuropatía periférica, alteraciones del conocimiento o afectivas. Esta enfermedad aguda se manifiesta generalmente 2 a 4 semanas después del momento de la infección y puede durar varias semanas con resolución completa. Posteriormente, en el curso natural de la infección existe un período de latencia en el cual hay ausencia de síntomas durante años (Persona infectada asintomática), debido a que no existe un deterioro grave en la función del sistema inmunitario.

Durante este período aparecen o recidivan algunas anomalías neurológicas y el paciente puede describir problemas con la memoria anterógrada o con la incapacidad para realizar tareas simples; pueden verse afectados el estado de ánimo o la personalidad, más a menudo con un cambio hacia la apatía o la depresión, y pueden tener conductas maníacas o agitación; es posible que se observen neuropatías, como el síndrome de Guillan Barré, esclerosis múltiple, etc.

Dependiendo del compromiso del sistema inmunitario, durante este período, determinado en parte por el tratamiento antirretroviral, TAR, se pueden presentar infecciones oportunistas menores como varicela-zoster, papiloma virus, molusco contagioso diseminado, foliculitis bacteriana y dermatofitosis; así como dermatitis seborreica y psoriasis. La inmunodeficiencia creciente puede exacerbar algunos de estos cuadros, es posible que se desarrollen otros cuadros como candidiasis oral, leucoplasia vellosa, gingivitis ulcerativa necrotizante, periodontitis ulcerativa necrotizante, infecciones por herpes, ulceraciones orales, ulceraciones aftosas recidivantes, infección por citomegalovirus, por papiloma virus o lesiones por sarcoma de Kaposi, así como adenopatía o esplenomegalia.

Cuando la capacidad de respuesta del sistema inmunitario está seriamente comprometida, aparecen manifestaciones clínicas como las ocasionadas por infecciones oportunistas, síntomas generales y neurológicos; hasta el estado más avanzado de infección o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA. El período desde la infección VIH hasta el diagnóstico de Sida se encuentra entre los dos meses y 5-10 años o más, teniendo en cuenta el tratamiento con antirretrovirales, el inicio a tiempo de la profilaxis de infecciones oportunistas y el tratamiento de trastornos nutricionales, alarga este período.

### **Criterios clínicos para el diagnóstico de SIDA**

#### **Para mayores de 13 años (fuente CDC, 1993)**

##### **Categoría clínica A**

Infección o síndrome retroviral agudo, SRA: similar al síndrome retroviral agudo inespecífico, que aparece entre la 2ª y 3ª semanas de primoinfección y que se caracteriza por fiebre, faringitis, linfadenopatías, erupción macular de piel, mialgias, artralgias y esplenomegalia.

##### **Infección asintomática.**

Linfadenopatía generalizada persistente (LGP), adenopatías en sitios diferentes a las ingles que duran más de un mes.

##### **Categoría clínica B**

Condiciones sintomáticas en una persona mayor de 13 años infectada por VIH, que no tiene las condiciones del estadio C y cuya condición se atribuye a la infección VIH o son indicativas de un

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL VIH-SIDA</b>	<b>Versión 01</b>
			2012 – Dic – 12
		<b>PRO-R02.0000-011</b>	Página 5 de 13

defecto en la inmunidad mediada por células o son consideradas por los médicos como con un curso clínico o que requieren manejo que es complicado por VIH.

Entre las afecciones consideradas en este estadio están:

- Angiomatosis bacilar
- Candidiasis orofaríngea
- Candidiasis vulvo vaginal, persistente y frecuente o con pobre respuesta a terapia.
- Displasia cervical moderada o grave o carcinoma de cérvix in situ.
- Síntomas constitucionales como fiebre prolongada de origen desconocido (>38,5° C); enfermedad diarreica por más de un mes.
- Leucoplasia vellosa de la lengua.
- Herpes zoster con al menos dos episodios o más de un dermatoma comprometido.
- Púrpura trombocitopénica ideopática
- Listeriosis
- Enfermedad pélvica inflamatoria, en especial si se complica con absceso tubo-ovárico
- Neuropatía periférica.

Con propósitos de clasificación, las condiciones de la categoría B prevalecen sobre las de categoría A. Por ejemplo, algunos previamente tratados por candidiasis oral o vaginal persistente, que no han desarrollado una enfermedad de la categoría C y ahora son sintomáticos, deben ser clasificados en la categoría B.

### **Categoría clínica C**

Incluye las condiciones clínicas que se enuncian a continuación. Con propósitos de clasificación, una vez una condición del estadio C ocurre, la persona permanecerá en la categoría C.

- Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones
- Candidiasis esofágica.
- Cáncer cervical invasivo
- Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis intestinal crónica (mayor de un mes de duración).
- Enfermedad por citomegalovirus, excepto en hígado, bazo o ganglios.
- Encefalopatía relacionada con VIH.
- Herpes simple: úlcera crónica de más de un mes de duración, bronquitis, neumonitis o Esofagitis
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
- Isosporiasis intestinal crónica mayor de un mes.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt inmunoblástico o primario de cerebro.
- Complejo Mycobacterium avium o Mycobacterium kansasii diseminado o extrapulmonar.
- Mycobacterium tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
- Mycobacterium de otras especies o de especies no identificadas, diseminado o extrapulmonar.
- Neumonía por Pneumocystis carinii.
- Neumonía recurrente, más de dos episodios en un año.
- Leucoencefalopatía focal progresiva.
- Septicemia recurrente por Salmonella.
- Toxoplasmosis cerebral.



- Síndrome de emaciación por VIH, con pérdida de peso mayor de 4,5 kg o más de 10% del peso usual.

#### Para menores de 13 años (CDC 1994-CDC 1999)

##### **Categoría clínica N: asintomático**

Niño que no tiene signos o síntomas considerados como resultado de infección VIH o que tiene sólo una de las condiciones de la categoría A.

##### **Categoría clínica A: levemente sintomático**

Niño con dos o más de las siguientes condiciones, pero sin las condiciones de las categorías B o C.

- Linfadenopatía de 0,5 cm en más de dos sitios, cuando es bilateral equivale a un sitio.
- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.
- Dermatitis.
- Parotiditis.
- Infección respiratoria de vías superiores, sinusitis u otitis media recurrente o persistente.

##### **Categoría clínica B: moderadamente sintomático**

Niño que tiene condiciones diferentes a las categorías A o C que son atribuidas a la infección VIH.

Ejemplos de estas condiciones son los siguientes, aunque no se limitan a éstos:

- Anemia (hemoglobina <8mg/dl), neutropenia (<1.000mm<sup>3</sup>) o trombocitopenia (<100.000/mm<sup>3</sup> persistente por 30 días).
- Meningitis bacteriana, neumonía o sepsis (episodio único).
- Candidiasis orofaríngea persistente (mayor de 2 meses) en niños mayores de seis meses.
- Cardiomiopatía.
- Infección por citomegalovirus con inicio antes del primer mes de edad.
- Diarrea recurrente o crónica.
- Hepatitis.
- Estomatitis herpética por HSV recurrente (más de dos episodios en un año).
- Bronquitis, esofagitis o neumonitis herpética por HSV con inicio antes del primer mes de edad.
- Herpes zoster con al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma.
- Leiomiosarcoma.
- Neumonía intersticial linfoide o hiperplasia linfoide pulmonar compleja.
- Neuropatía.
- Nocardiosis.
- Fiebre persistente, mayor de un mes.
- Toxoplasmosis de comienzo antes del primer mes de edad.
- Varicela diseminada.

##### **Categoría clínica C: gravemente sintomático**

Niño que tiene alguna de las siguientes condiciones:

- Infección bacteriana grave, múltiple o recurrente (o sea, combinación de al menos dos infecciones confirmadas con cultivo en un periodo de 2 años) de los siguientes tipos: septicemia, neumonía, meningitis, artritis séptica, osteomielitis o absceso de un órgano



interno o cavidad corporal (excepto otitis media, absceso mucoso, superficial o fístula de infecciones relacionadas con catéter).

- Candidiasis esofágica o pulmonar (tráquea, bronquios o pulmones)
- Coccidioidomicosis diseminada (extrapulmonar o en adición a pulmonar o nodos linfáticos cervicales o iliares)
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis o isosporiasis con diarrea persistente mayor a un mes.
- Enfermedad por citomegalovirus con inicio de síntomas después del primer mes de edad (en un sitio diferente a hígado, bazo o nodos linfáticos)
- Encefalopatía (con al menos uno de los siguientes hallazgos progresivos, presentes al menos dos meses en ausencia de enfermedad concurrente diferente a infección VIH que pudiese explicarla): retardo en el desarrollo psicomotor o capacidad intelectual verificado por escala de desarrollo estándar o test neuropsicológicos; interrupción del crecimiento cerebral o microcefalia adquirida demostrada por medición del perímetro craneoencefálico o atrofia cerebral demostrada por tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear (imágenes seriadas se requieren para menores de dos años); déficit motor simétrico adquirido con paresia, reflejos patológicos, ataxia o disturbio de la marcha.
- Infección por HSV que causa una úlcera mucocutánea que persiste más de un mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis que afecta a un niño mayor de un mes.
- Histoplasmosis diseminada extrapulmonar o adicional a pulmonar o nodos linfáticos iliares.
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma primario de cerebro
- Linfoma de Burkitt inmunoblástico, de células grandes o de fenotipo inmunológico desconocido.
- Mycobacterium tuberculosis diseminado o extrapulmonar.
- Mycobacterium de otras especies o no identificadas, diseminadas, extrapulmonar o adicional a pulmonar, de la piel, cervical o a nodos linfáticos iliares.
- Complejo Mycobacterium avium o kansasii diseminado, extrapulmonar o adicional a pulmonar, de la piel, cervical o a nodos linfáticos iliares.
- Neumonía por Pneumocystis carinii.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Septicemia recurrente por Salmonella no typhi.
- Toxoplasmosis cerebral de inicio después del primer mes de edad.
- Síndrome de desgaste o emaciación en ausencia de una enfermedad concurrente que pueda explicar los hallazgos de pérdida de peso persistente mayor de 10% del peso inicial; disminución en dos percentiles de la curva de peso para la edad (95, 75, 50, 25, 5) en un niño de un año; menor a percentil 5 en la curva de peso para la edad en dos mediciones consecutivas con una diferencia de 30 días. A esto se suma enfermedad diarrea crónica (dos deposiciones diarias por 30 días) o fiebre documentada intermitente o constante por más de 30 días.



### 5.3.2. CLASIFICACIÓN DE CASO

Tipo de caso	Características de la clasificación
<b>Caso confirmado de VIH</b>	<p>Caso CONFIRMADO por laboratorio. Criterios de confirmación por laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En mayores de 18 meses de edad: Western Blot positivo: previo a dos (2) pruebas de tamizaje positivas o reactivas. Como mínimo deben tomarse dos muestras de sangre diferentes.</li> <li>Carga viral en niños, niñas menores de 18 meses de edad: Se debe realizar <b>una primera carga viral</b> al cumplir el primer mes de vida y <b>una segunda carga viral</b> a los seis meses de edad. Un primer test virológico por encima de 5.000 copias indica, con una elevada probabilidad infección por VIH que debe ser confirmada mediante la repetición del test virológico en una segunda muestra. El PCR de ARN del VIH que mide la cantidad de viriones ARN del VIH en la sangre periférica (carga viral) es una medida importante de la actividad de la enfermedad o de la efectividad de la terapia antirretroviral, la detección de niveles bajos de ARN de VIH menor de 5.000 copias/ml puede no ser reproducible, los test con niveles bajos de ARN de VIH deben ser repetidos antes de ser interpretados como la presencia de infección por VIH en el niño(a).</li> </ul>
Tipo de caso	Características de la clasificación
<b>Caso confirmado de SIDA</b>	Caso Confirmado por laboratorio de acuerdo con la edad, que sea clasificado en las categorías clínicas A3, B3, C1, C2 y C3. Ver tabla 1. Este caso puede ser la primera forma de notificación del caso VIH/SIDA o una actualización de un caso VIH asintomático.
<b>Caso confirmado de muerte por SIDA</b>	Caso CONFIRMADO por laboratorio de acuerdo a la edad, cuya causa de muerte fue SIDA. (Este caso puede ser la primera forma de notificación del caso VIH/SIDA o una actualización de un caso de SIDA o VIH asintomático).

En personas mayores de 13 años, las categorías A1, A2, B1 y B2 incluyen a todos los individuos seropositivos asintomáticos (VIH positivo) y las categorías C1, C2, C3, A3 y B3, a los individuos positivos sintomáticos o con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA

Tabla 1

Diagnóstico de asintomático o sintomático (SIDA) en mayores de 13 años			
No. de células Cd4/ml	Categoría clínica		
	A	B	C
> 500	A 1	B 1	C 1
200 – 499	A 2	B 2	C 2
< 200	A 3	B 3	C 3

Fuente: CDC 1994- CDC 1999

En menores de 13 años, siguiendo la misma clasificación pero teniendo en cuenta las categorías inmunológicas específicas que se observan en las dos siguientes tablas, se clasifica el caso como asintomático o SIDA.

**Diagnóstico de asintomático o sintomático (SIDA) en menores de 13 años.**

Categorías inmunológicas	Categorías clínicas			
	N	A	B	C
1 Sin evidencia de supresión	N1	A1	B1	C1
2 Supresión moderada	N2	A2	B2	C2
3 Supresión grave	N3	A3	B3	C3

Fuente: CDC 1994- CDC 1999

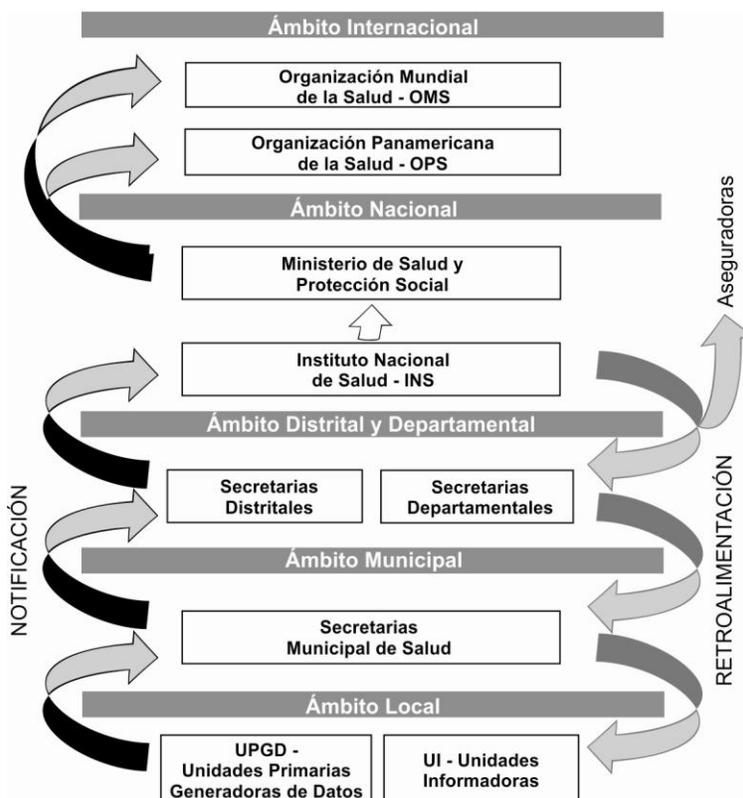
**Criterios para establecer la categoría inmunológicas**

Categorías inmunológicas	Menor de 12 meses		1 a 5 años		6 a 12 años	
	CD4/mm3	%CD4	CD4/mm3	%CD4	CD4/mm3	%CD4
1 Sin evidencia de supresión	1500	>25	>1000	>25	>500	>25
2 Supresión moderada	750-1499	15- 24	50 – 999	15-24	200-499	15-24
3 Supresión grave	< 750	< 15	< 500	< 15	< 200	< 15

Fuente: CDC 1994- CDC 1999

## 5.4. PROCESO DE VIGILANCIA

### 5.4.1. FLUJO DE INFORMACIÓN



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL VIH-SIDA</b>	<b>Versión 01</b>
			2012 – Dic – 12
		<b>PRO-R02.0000-011</b>	Página 10 de 13

El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) o unidad informadora hacia el municipio, del municipio hasta el nivel departamental y desde el nivel departamental al nivel nacional e internacional; asimismo desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos y de los departamentos a los municipios, además desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

#### 5.4.2. NOTIFICACIÓN

Notificación	Responsabilidad
<b>Notificación semanal individual</b>	Se debe notificar individualmente y con periodicidad semanal la presencia de todos los casos confirmados de VIH, Sida y muerte por Sida de acuerdo a los estándares establecidos en el subsistema de información para la vigilancia en salud pública.
<b>Ajustes por períodos epidemiológicos</b>	Los ajustes se realizarán en las cuatro semanas siguientes a su notificación.

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), así como las unidades informadoras, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Protección Social.

Ficha 850

La ficha 850 se debe diligenciar en su totalidad cuando se confirme el caso (Ver Clasificación de caso Numeral 5.3.2), y se debe notificar por separado cada estadio clínico de la infección, es decir VIH, Sida y muerte por Sida logrando así que cada paciente se encuentre notificado en cada una de las fases en que se encuentre. El responsable de la notificación es el profesional de la salud que realice el diagnóstico.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO          VIGILANCIA Y CONTROL          EN SALUD PUBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL          VIH-SIDA</b>	<b>Versión 01</b>
			2012 – Dic – 12
		PRO-R02.0000-011	Página 11 de 13

## 5.5 ANALISIS DE DATOS

### 5.5.1. INDICADORES

Ver manual de indicadores de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública

## 5.6 ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN

### 5.6.1 ACCIÓN INDIVIDUAL

Acciones sobre la persona infectada con VIH y los contactos

- Brindar asesoría preprueba y postprueba para quienes se realizan las pruebas de tamizaje.
- Brindar información sobre las obligaciones de EPS e IPS sobre la administración del tratamiento integral de acuerdo con directrices establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Brindar información sobre los mecanismos de transmisión, conductas sexuales seguras y el uso de métodos de barrera para la prevención de la transmisión sexual y las medidas para evitar la transmisión perinatal.
- Brindar recomendaciones sobre la necesidad de informar a sus contactos sexuales y a los compañeros con los que ha compartido agujas o material de riesgo sobre su condición de salud para que valoren la probabilidad de estar infectados y accedan a los servicios de salud para establecer su diagnóstico como medida de prevención de la transmisión.
- A toda persona con VIH se le debe descartar coinfección con tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar.
- Realizar notificación individual del caso en la ficha 850, teniendo en cuenta que debe reportarse cada estadio clínico (VIH, Sida y muerte)

### 5.6.2 ACCIÓN COLECTIVA

Educar e informar a la población sobre la infección por VIH/SIDA y los mecanismos para evitar su transmisión. Las acciones a realizar se deben articular con el plan de salud sexual y reproductiva existente en cada entidad territorial.

### 5.6.3 ACCIONES DE LABORATORIO

#### Criterios

Caso CONFIRMADO por laboratorio.

Criterios de confirmación por laboratorio:

- En mayores de 18 meses de edad. Western Blot positivo: previo a dos (2) pruebas de tamizaje positivas o reactivas. (como mínimo deben tomarse 2 muestras diferentes de sangre)
- Carga viral en niños, niñas menores de 18 meses de edad:  
Se debe realizar **una primera carga viral** al cumplir el primer mes de vida y **una segunda carga viral** a los seis meses de edad. Un primer test virológico por encima de 5.000 copias indica, con una elevada probabilidad infección por VIH que debe ser confirmada mediante la repetición del test virológico en una segunda muestra.

El PCR de ARN del VIH que mide la cantidad de viriones ARN del VIH en la sangre periférica (carga viral) es una medida importante de la actividad de la enfermedad o de la

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL VIH-SIDA</b>	<b>Versión 01</b>
			2012 – Dic – 12
		<b>PRO-R02.0000-011</b>	Página 12 de 13

efectividad de la terapia antirretroviral, la detección de niveles bajos de ARN de VIH menor de 5.000 copias/ml puede no ser reproducible, los test con niveles bajos de ARN de VIH deben ser repetidos antes de ser interpretados como la presencia de infección por VIH en el niño(a).

#### **5.6.4. Recomendaciones para el diagnóstico por el laboratorio**

Las pruebas de diagnóstico serán aplicadas a toda persona que voluntariamente las solicite o que tras una asesoría post detección de factores de vulnerabilidad o de riesgo acepte hacerse la prueba. Para este fin es necesario que los prestadores de servicios (IPS/ESE) informen de forma adecuada y permanente acerca de la prestación del servicio y de los beneficios de la prueba, además aseguren las respectivas consejerías y firma del consentimiento informado, sin lo cual ningún laboratorio clínico podrá tomar las pruebas biológicas para el diagnóstico.

La asesoría preprueba debe darse siempre antes de solicitar la prueba. La prueba debe ser voluntaria según lo establece el decreto 1543 de 1997.

#### **6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA (En caso de que aplique)**

1. 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]
2. 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.
3. OPS. El Control de las enfermedades transmisibles. Decimoctava edición. Washington D.C, 2005.
4. Benenson, A. Manual para el control de las enfermedades transmisibles, Decimoséptima edición. OPS. Publicación científica No.581, 2001.
5. Velez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de Transmisión Sexual. 2007; 1: 7-18.
6. UNICEF. El rostro femenino del SIDA. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/aids/23538\\_hiv aids.html](http://www.unicef.org/spanish/aids/23538_hiv aids.html).
7. Amon J, Brown T, Hogle J, Macneil J, Magnani R, Mills S, et al.. Encuestas de Vigilancia del comportamiento. EVC. USAID. 2000; 1-375.
8. CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41(RR-17):1-8.
9. CDC. Guidelines for National Human Immunodeficiency Virus Case Surveillance, Including Monitoring for Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. MMWR 1999; 48(RR-13):1-33.
10. Vinay K, Abul Abbas, Nelson F. Patología Humana. 2008

#### **7. CONTROL DE CAMBIOS**

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL VIH-SIDA</b>	<b>Versión 01</b>
			2012 – Dic – 12
		<b>PRO-R02.0000-011</b>	Página 13 de 13

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN
	AA	MM	DD	
00	2007	07	01	Creación del documento de acuerdo a los lineamientos de salud pública a nivel nacional.
01	2012	12	12	Se debe eliminar la información correspondiente a la ficha 860 y 870, debido a que el seguimiento de los casos de transmisión perinatal y de gestantes las realiza la estrategia de VIH liderada por Minsalud. Además se actualizo el formato de acuerdo al SIG

## 8. ANEXOS

**Anexo 1**, Ficha única de notificación de datos básicos FOR-R02.0000-001 V:1 AÑO 2012

**Anexo 2**, Ficha única de notificación de VIH SIDA FOR-R02.0000-030 V:1 AÑO 2012 (Cod INS 850)

Nota: estas fichas las encuentra en la pagina web: [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co) > [Líneas de Acción](#) > [Vigilancia y Control en Salud Pública](#) > [Sivigila](#) > Fichas de Notificación

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	ELABORO	REVISO	APROBO
		Helena Patricia Salas  Amparo Sabogal	Danik Valera Antequera
	Equipo de Infecciones de transmisión sexual	Líder Grupo Enfermedades transmisibles  Líder Equipo ITS	Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública