Grupo Enfermedades Transmisibles
Equipo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública

VIH - SIDA

Mancel Enrique Martínez Duran
Director General INS (E)

Oscar Eduardo Pacheco García
Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (E)

Alfonso Campo CArey
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública (E)

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata
en Salud Pública

DOCUMENTO ELABORADO POR

Norma Constanza Cuéllar Espitia
Profesional Especializado
Equipo de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual
Instituto Nacional de Salud INS

Actualizado por:

Norma Constanza Cuéllar Espitia
Equipo de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual
Instituto Nacional de Salud INS

Johanna **Rodríguez**
Laboratorio de Virología
Laboratorio Nacional de Referencia
Dirección de Redes en Salud Publica INS

Esther Cristina Barros
Equipo técnico
Subdirección Laboratorio Nacional de Referencia INS

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Contenido

1. INTRODUCCIÓN 2
1.1. Comportamiento Mundial, Regional y Nacional del evento 2
1.2. Estado del arte. 3
1.3. Justificación para la vigilancia 8
1.4. Usos de la vigilancia para el evento 8
2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DEL EVENTO 9
3. DEFINICIÒN DEL EVENTO 10
4. FUENTES DE LOS DATOS 17
4.1. Definición de la fuente 17
4.2. Periodicidad del reporte 17
4.3. Flujo de información 19
4.4. Responsabilidad por niveles 19
5. RECOLECCIÒN Y PROCESAMIENTO DE DATOS 24
6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÒN 24
7. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN 26
7.1. Acciones Individuales 26
7.2. Acciones Colectivas 27
7.3. Acciones de Laboratorio 28
7.4. Algoritmos para el diagnóstico 34
8. ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÒN Y COMUNICACIÓN 38
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 39
10. CONTROL DE REVISIONES 40
11. ANEXOS 41

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Comportamiento Mundial, Regional y Nacional del evento

1.1.1. 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.

Según cálculos de la OMS y el ONUSIDA, a finales de 2011 había en el mundo unos 34,2 millones de personas infectadas por el VIH. Ese mismo año, contrajeron la infección unos 2,5 millones de personas, y unos 1,7 millones murieron por causas relacionadas con el sida, entre ellos 230.000 niños. Eso representa 700.000 nuevas infecciones menos que hace 10 años y 600.000 muertes menos que en 2005. Gran parte de los progresos se atribuyen al tratamiento de las personas infectadas con antirretrovirales, medicamentos que pueden salvarles la vida. Los mecanismos efectivos de transmisión identificados involucran las vías en las cuales se encuentran fluidos que contienen el VIH: sexual, sanguínea y perinatal.

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).

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 Colombia, 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, 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.

Teniendo en cuenta los criterios de clasificación en el mundo, la situación de la epidemia en Colombia es concentrada, dado la prevalencia en por lo menos una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad hombres que tienen sexo con hombres (HSH) supera el 5%, mientras que la prevalencia en mujeres gestantes, no es superior a 1%. Su tendencia

es creciente y la población de mayor afectación por edad está 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 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 forzoso y habitantes de la calle.

Desde 1983, con corte al 31 de diciembre de 2012, se han reportado un total de 83.938 casos de infección por VIH y Sida, y 10.633 fallecidos; esta cifra corresponde a los casos acumulados. De acuerdo con estas cifras se observa un crecimiento sostenido del número de casos notificados, situación que se comporta igual para hombres y mujeres. En el año 2012 se observó una participación del 72,16% para hombres, 27,84% para mujeres, observándose una razón de masculinidad que desciende de 10:1 en la década de los noventa a 2,59 en el 2012.

1.2. Estado del arte.

1.2.1. Descripción del evento

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una evolución crónica que afecta el sistema inmunitario de la persona, y que en ausencia de tratamiento, lleva al desarrollo de sida y a la muerte. Cuando se produce la infección, aparecen un conjunto de síntomas inespecíficos, los cuales frecuentemente pasan desapercibidos, y en muchos casos el diagnóstico de la enfermedad se realiza cuando la persona ha desarrollado sida.

- **VIH**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un Retrovirus del género Lentivirus, considerado así por su lento proceso para replicarse. Ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas, ocasionando la presencia de infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia ocasiona una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir.

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 anormalidades 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.

- **SIDA**

Durante este período aparecen o recidivan algunas anormalidades 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 Kapossi, 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 semana 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 defecto en la inmunidad mediada por células, o son consideradas por los médicos como con un curso clínico que requieren manejo que 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 (>38,5º 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
- Coccidiodomicosis 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 Kapossi.

- 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 (<1.000mm3) o trombocitopenia (<100.000/mm3 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 (es decir, 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)
- Coccidiodomicosis 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 cráneo encefálico 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 Kapossi
- Linfoma primario de cerebro
- Linfoma de Burkit 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 tiphy.
- 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 diarreica crónica (dos deposiciones diarias por 30 días) o fiebre documentada intermitente o constante por más de 30 días.

1.3. Justificación para la vigilancia

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), donde se incluye el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se ha convertido en uno de los agentes infecciosos de mayor impacto en la salud pública y considerada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas de este sistema, y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales.

Tres de los objetivos del desarrollo del milenio presentan una oportunidad para la reducción del número de casos de VIH, tanto en la población general, como en la transmisión materno infantil a saber: reducir la mortalidad infantil (ODM 4), mejorar la salud materna (ODM 5) y combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades (ODM 6).

Dado que la meta de transmisión materno infantil está para el año 2015 en 2% o menos, se requiere trabajar fuertemente para garantizar que al 100% de las gestantes se les oferte la prueba de VIH, lo cual se logra a través de la optimización de la cobertura y la calidad de la atención de los servicios de salud, el fortalecimiento de la detección temprana y el tratamiento oportuno de los casos de VIH. Para lo anterior es fundamental la normalización de los procesos de atención y vigilancia de la VIH/Sida en el marco del plan obligatorio de salud.

Además la vigilancia del evento proporciona datos que permiten caracterizar en forma más precisa a las poblaciones en las que se están diagnosticando los nuevos casos de infección, mediante el análisis de variables básicas tales como la edad, el sexo, el mecanismo de transmisión, el estadío clínico, que van a ayudar a planificar y evaluar las actividades de prevención y atención.

1.4. Usos de la vigilancia para el evento

Caracterizar el evento de VIH/Sida, incluyendo la mortalidad por Sida, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita

generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control de la enfermedad.

2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DEL EVENTO

- Estimar la prevalencia de VIH/Sida que permita conocer la tendencia del evento a nivel nacional
- Caracterizar en las variables de persona, tiempo y lugar los casos de VIH/sida y muerte por sida ingresados a través del sistema de vigilancia.
- Contribuir a la identificación de casos de VIH/Sida para el desarrollo de acciones dirigidas a evitar la aparición de nuevos casos.

3. DEFINICIÒN DEL EVENTO

3.1. Clasificación de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado de VIH	Caso CONFIRMADO por laboratorio. Criterios de confirmación por laboratorio: • A partir de los 18 meses de edad no gestantes: Ver tabla 1 interpretación de resultados de algoritmo diagnóstico aplicables a las personas con 13 años o más y adultos y el algoritmo diagnóstico 7.4.1 * • Caso confirmado en gestantes: Ver tabla 2 Interpretación de resultados del algoritmo diagnóstico en mujeres gestantes y el algoritmo diagnóstico 7.4.2 • Niños, niñas menores de 18 meses de edad: (ver algoritmo 7.4.3. y 7.4.4.)
Caso confirmado de Sida	Caso Confirmado por laboratorio de acuerdo con la edad, que sea clasificado en las categorías clínicas A3, B3, C1, C2 y C3. Ver tabla 3. Este caso puede ser la primera forma de notificación del caso VIH/Sida o un nuevo reporte de caso, por cambio de estadío clínico.
Caso confirmado de muerte por Sida	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 un nuevo reporte por cambio de estadío clínico.

* *Este algoritmo diagnóstico es aplicable no solo para personas de 13 años o más sino también desde la edad de los 18 meses.*

Tabla 1. Interpretación de los resultados de algoritmo diagnóstico aplicable a las personas con 13 años o más y adultos.

	Metodología	Resultado	Interpretación e intervención
Escenario (A)	Prueba presuntiva Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	No reactivo	Interpretación: **Negativo** para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Brindar asesoría postest, recomendar nueva prueba en tres meses según los factores de riesgo y los criterios clínicos. Considerar carga viral para VIH (ARN viral) ante sospecha de infección aguda.
Escenario (B)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado **positivo** para infección por VIH-1 o VIH-2. Notificar el caso al Sivigila. Intervención: Asesoría postest y remitir el paciente al programa de atención integral en VIH.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico habilitado.	Reactivo	
Escenario (C)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado **positivo** para VIH-1 o VIH-2. Notificar el caso al Sivigila. Intervención: Asesoría postest y remitir el paciente a programa de atención integral en VIH.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico habilitado.	No reactivo	
	Tercera prueba: utilizar una de las siguientes pruebas: Carga viral (ARN viral cuantitativo) o Western Blot o inmunoensayo (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Carga viral mayor o igual ≥5.000 copias/ml o Western Blot positivo o inmunoensayo (ELISA) reactivo o prueba rápida reactiva.	

Escenario (D)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado **no concluyente o indeterminado.** Intervención: Reiniciar el algoritmo en un mes y remitir a infectología o a médico experto en VIH.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico habilitado.	No reactivo	
	Tercera prueba: utilizar una de las siguientes pruebas: Carga viral (ARN viral cuantitativo) o Western Blot, o inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Carga viral detectable: 50 a <5.000 copias/ml, o Western Blot indeterminado o inmunoensayo (ELISA) en zona gris o prueba rápida con línea débil.	
Escenario (E)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado **negativo** para VIH-1 o VIH-2. Intervención: Brindar asesoría postest, recomendar nueva prueba en tres meses según los factores de riesgo y los criterios clínicos; para reiniciar algoritmo.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico habilitado.	No reactivo	
	Tercera prueba: utilizar una de las siguientes pruebas Carga viral (ARN viral cuantitativo de VIH) o Western Blot o inmunoensayo (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Carga viral indetectable menor <50 copias/ml o Western Blot negativo o inmunoensayo (ELISA) no reactivo o prueba rápida no reactiva.	

Convenciones de figuras y tablas: En color verde primera prueba; en amarillo segunda prueba; en rosado tercera prueba

Fuente GPC basada en la evidencia basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos.

Tabla 2. Interpretación de resultados del algoritmo diagnóstico en mujeres gestantes

	Metodología	Resultado	Interpretación e intervención
Escenario (A)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Primera prueba No reactivo	Interpretación: **Negativo** para infección por VIH-1 y VIH-2. Intervención: Brindar asesoría postest, solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando, por lo menos, una durante el tercer trimestre o durante el trabajo de parto.
Escenario (B)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: **Probablemente positivo** para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Tomar muestra inmediatamente para carga viral. Remitir a programa integral de VIH. Iniciar el protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Explicar a la paciente los riesgos y beneficios, baja probabilidad de falso positivo.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	
Escenario (C)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado **positivo** para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable mayor o igual ≥5.000 copias/ml	

Escenario (D)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado **positivo** para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	No reactivo	
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable mayor o igual ≥5.000 copias/ml	
Escenario (E)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado no concluyente, **probablemente negativo**. Intervención: Practicar Western Blot para descartar que sea una paciente controladora élite o pruebas para descartar infección por VIH-2 (ARN cualitativo de VIH-2 o prueba rápida discriminatoria), si hay sospecha de infección por este tipo viral.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable 50 a <5.000 copias/ml	
Escenario (F)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Intervención: Resultado no concluyente, **probablemente negativo** Interpretación: Practicar Western Blot para descartar que sea una paciente controladora élite o pruebas para descartar infección por VIH-2 (ARN cualitativo de VIH-2 o prueba rápida discriminatoria), si hay sospecha de infección por este tipo viral.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	No reactivo	
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo)	Detectable: 50 a <5.000 copias/ml	

Escenario (G)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado **negativo** para VIH-1 o VIH-2. Intervención: Brindar asesoría postest, solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando, por lo menos, una durante el tercer trimestre o durante el trabajo de parto.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Carga viral menor <50 copias/ml	
Escenario (H)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado **positivo** confirmado para infección por VIH-1 o VIH-2 Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1) realizada en laboratorio clínico.	Reactivo o no reactivo	
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable: 50 a <5.000 copias/ml	
	Cuarta prueba: Western Blot.	Positivo	
Escenario (I)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado **negativo** para VIH-1 o VIH-2. Intervención: Suspender protocolo de prevención de transmisión materno infantil del VIH. Solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando, por lo menos, una durante el tercer trimestre o durante el trabajo de parto; en este caso, directamente Western Blot ante el antecedente de dos inmunoensayos reactivos previos.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida (diferente a 1) realizada en laboratorio clínico.	Reactivo o no reactivo	
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable: 50 a <5.000 copias/ml	
	Cuarta prueba: Western Blot.	Negativo	

Escenario (J)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado no concluyente, **probablemente negativo** Intervención: Mantener el protocolo de transmisión materno infantil; la paciente debe recibir una clara asesoría postest sobre los riesgos y beneficios. Repetir Western Blot en un mes, solicitar valoración por infectólogo o por médico experto en VIH.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1) realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable: 50 a <5.000 copias/ml	
	Cuarta prueba: Western Blot.	Indeterminado	

Convenciones de tablas: verde primera prueba; en amarillo segunda prueba; en rosado tercera prueba y en azul cuarta prueba.
Fuente GPC basada en la evidencia basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos.

Casos confirmados por Sida

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 3

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

4. FUENTES DE LOS DATOS

4.1. Definición de la fuente

Vigilancia regular

- Notificación individual de casos confirmados.
- Búsqueda activa institucional
  Resultados de la confirmación diagnóstica por laboratorio, a través de las pruebas de laboratorio avalados por algoritmo diagnostico establecido en la guías de manejo clínico vigente.

4.2. Periodicidad del reporte

La notificación de VIH/Sida y muerte por sida, se hará a través del Sivigila, herramienta de escritorio, en la ficha 850. Se debe utilizar la ficha actualizada de notificación de datos básicos y datos complementarios (cara A y cara B) del Sistema Nacional de Vigilancia para cada una de las estrategias.

Notificación	Responsabilidad
Notificación semanal individual	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.
Ajustes por períodos epidemiológicos	Los ajustes se realizarán en las cuatro semanas siguientes a su notificación.

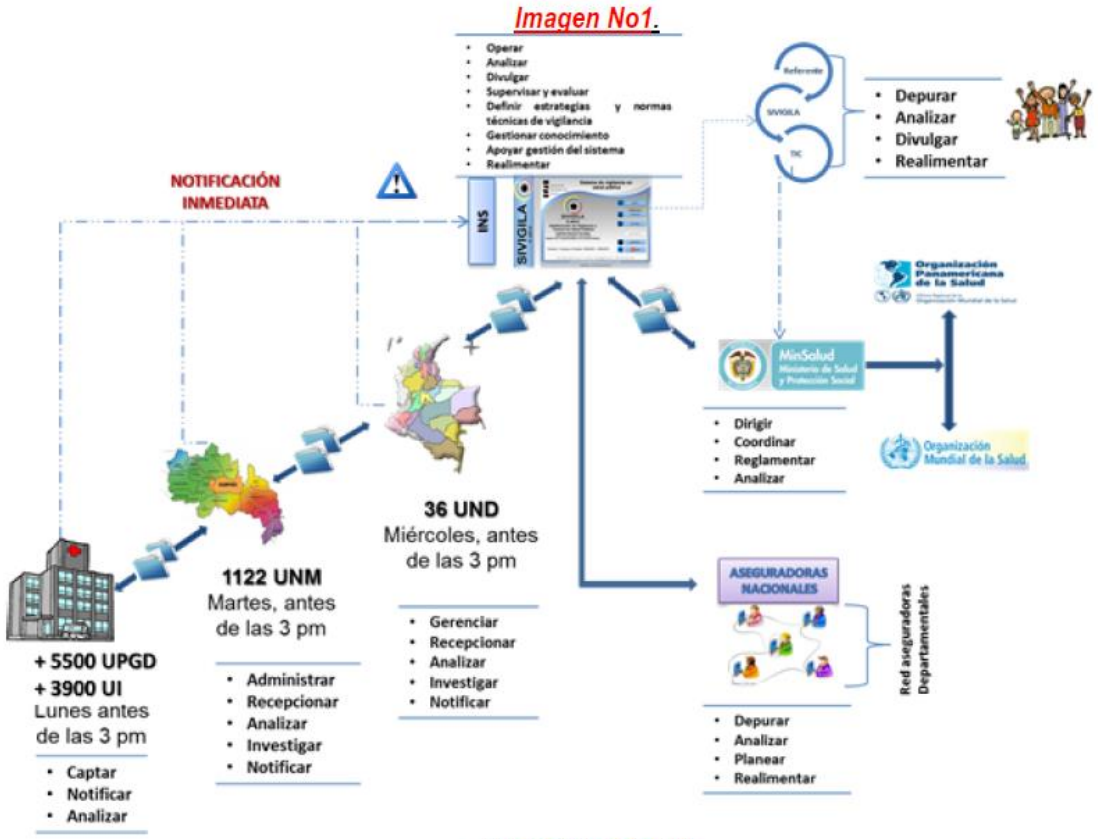
Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), así como las unidades informadoras, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento, de acuerdo a las definiciones 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. No se puede modificar, reducir o adicionar la estructura de los archivos planos en la cual deben ser presentados, en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Ficha 850

La ficha 850 se debe diligenciar en su totalidad cuando se confirme el caso (Ver Clasificación de caso Numeral 3), y se debe notificar por separado cada estadío 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.

4.3. Flujo de información



Fuente: Oficina Sivigila INS

El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio, y del municipio hasta el nivel nacional e internacional, y desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

4.4. Responsabilidad por niveles

El decreto 3518 de 2006, artículo 6, establece: los responsables de la implementación y desarrollo del Sistema de Vigilancia de Salud Pública que se crea a través del presente decreto.

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud (INS), a través de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (DVARSP), orientar y coordinar las labores técnicas y científicas relacionadas con el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA-, de acuerdo con la normatividad vigente. Los actores del sistema se consideran los siguientes:

- Ministerio de Salud y de La Protección Social (MSPS): Centro Nacional de Enlace, dirección de promoción y prevención.
- Instituto Nacional de Salud - Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (DVARSP), Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública y Dirección de Redes en Salud Pública (DRSP).
- 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 (UPGD): 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.
- Organizaciones no gubernamentales

4.4.1. Responsabilidades por cada uno de los actores

4.4.1.1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

- El médico tratante debe diligenciar la historia clínica completa, especificando factores de riesgo asociados a la transmisión del VIH.
- Realizar asesoría pre prueba y pos prueba y el diagnóstico individual de la infección, acorde con las guías de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos (ver tablas 1 y 2).
- En menores de 18 meses, seguir recomendaciones de la guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años (ver algoritmos 7.4.3. y 7.4.4.).
- Para los casos que resulten positivos en mayores de 18 meses teniendo en cuenta el algoritmo diagnóstico y menores de 18 meses con carga viral, es indispensable diligenciar la ficha 850, la cual consta de cara A o de datos básicos, y cara B o de datos complementarios. Es importante recordar el completo diligenciamiento de la misma. Cada vez que una persona cambie de estadío clínico (VIH a Sida o fallece), se debe realizar el reporte al Sivigila, por la UPGD que identifique el cambio en el estadío clínico, independientemente si fue la que realizó el diagnóstico inicial.
- La IPS que atienda el paciente, debe garantizar la realización de las pruebas de laboratorio y la notificación al Sivigila cuando este ya este confirmado. En caso que la persona sea positiva en una primera muestra y esta no acuda por el resultado, el laboratorio debe dar conocimiento de la situación al grupo de epidemiología de la institución para hacer búsqueda del paciente y poder concluir el caso.
- Si la IPS está caracterizada en el Sistema nacional de vigilancia (Sivigila) como Unidad Primaria Generadora de datos, deberá notificar todos los casos semanalmente y realizar los ajustes pertinentes dentro de las cuatro semanas siguientes a la notificación inicial. Si no está caracterizada, debe enviar semanalmente a la unidad

notificadora municipal las fichas de notificación para realizar el proceso según el flujo de información establecido.

- La IPS debe capacitar y actualizar permanentemente a los profesionales de la salud en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y vigilancia del VIH/Sida.

4.4.1.2. Entidades Prestadoras de Salud (EPS)

- Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, garantizando siempre la libre escogencia del usuario.
- Realizar actividades de demanda inducida, con el fin de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios y la adhesión a los programas de control prenatal.
- Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando, en todo caso, la discriminación de personas.
- Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, implementarán sistemas de control de costos, informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema, establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.
- Garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte. Para VIH/Sida, es su competencia realizar las pruebas de tamizaje y confirmatoria para diagnóstico, por estar incluida dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada en su área de influencia.
- Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.

4.4.1.3. Unidades Notificadoras Municipales (UNM)

- Notificar a la Secretaría Departamental de Salud los casos de VIH/Sida y muerte por Sida mediante la transferencia de archivos planos procedentes de las UPGD adscritas a su jurisdicción, según los tiempos y lineamientos establecidos para tal fin.
- Ajustar los casos en el Sivigila dentro de las cuatro semanas siguientes a la notificación y hacer retroalimentación a las UPGD.
- Realizar las acciones de promoción, prevención y control, acorde a las competencias establecidas en la ley 715 de 2001.

- Generar espacios para el análisis de los casos con mecanismo de transmisión materno infantil, transfusional o accidente laboral (Coves, salas situacionales, unidades de análisis) con las UPGD caracterizadas en su territorio, que permitan identificar los posibles factores asociados a la transmisión y generar estrategias de mejoramiento y control.
- Realizar jornadas de capacitación del protocolo de vigilancia epidemiológica de VIH/Sida a los profesionales de la salud de su área de influencia, teniendo en cuenta las condiciones geográficas y sociodemográficas de la población.
- Solicitar apoyo técnico a la dirección departamental de salud para la investigación y análisis de los casos cuando lo consideren necesario.
- Diseñar estrategias de comunicación para la comunidad que promuevan la prevención de las infecciones de transmisión sexual (uso de preservativo), la asistencia al control prenatal y la consulta oportuna a los servicios de salud.
- Promover las acciones necesarias para el trabajo intersectorial durante la investigación de los casos, para asegurar la participación de todas las instituciones según sus competencias.
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.

4.4.1.4. Unidades Notificadoras Departamentales o Distritales (UND)

- Notificar mediante la transferencia de archivos planos, los casos de VIH/Sida y muerte por Sida reportados por sus municipios al Instituto Nacional de Salud, según los tiempos y lineamientos establecidos para tal fin.
- Mantener actualizada la información epidemiológica del comportamiento del VIH/Sida y muerte por Sida en el departamento.
- Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del sistema de vigilancia en salud pública y en el desarrollo de las acciones de vigilancia y control epidemiológico, garantizando el cumplimiento de los lineamientos y requerimientos establecidos.
- Coordinar el desarrollo y la operación del sistema de vigilancia, a nivel interinstitucional como intersectorial, para que las acciones de prevención y control sean efectivas dentro del ciclo de la enfermedad.
- Capacitar permanentemente a los responsables de la vigilancia de los municipios en el protocolo y los lineamientos del VIH/Sida y muerte por Sida.
- Solicitar apoyo técnico al Instituto Nacional de Salud para la investigación de los casos, en caso de considerarlo necesario.

4.4.1.5. Laboratorios Departamentales de Salud Pública (LDSP)

- Realizar el control de calidad pertinente a los laboratorios de diagnóstico en su jurisdicción y realizar un informe de retroalimentación con los resultados a los laboratorios evaluados.
- Participar en el programa de control de calidad que realiza el grupo de microbiología de la Dirección de Redes en Salud pública.

- Realizar capacitaciones a los profesionales de la salud de los municipios (médicos, enfermeros, bacteriólogos) en lo relacionado con el diagnóstico de VIH (toma de muestras, tipo de muestras, tipo de pruebas, condiciones para transporte).
- Mantener una base de datos actualizada con las muestras recibidas por municipios y los resultados luego del procesamiento de las mismas.
- Retroalimentar los resultados de los casos a las IPS y direcciones locales de salud para realizar las acciones necesarias con el paciente y ajustar los casos en el sistema de vigilancia.

4.4.1.6. Instituto Nacional de Salud (INS)

- Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud, a través de la Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública, construir y divulgar los lineamientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/Sida y muerte por Sida en el territorio nacional.
- Apoyar mediante asistencia técnica, de acuerdo a su competencia sanitaria, a los departamentos y distritos, en la gestión del sistema de vigilancia en salud pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico del VIH/Sida y muerte por Sida.
- Analizar y divulgar la información de vigilancia en salud pública del VIH/Sida y muerte por Sida.
- Coordinar con el Ministerio de la Protección Social y otras entidades del sector salud, las acciones pertinentes a realizar en los distritos y departamentos para la vigilancia y control de este evento.
- Supervisar y evaluar las acciones de vigilancia y control realizadas por las entidades territoriales en las áreas de su competencia.
- Hacer seguimiento y retroalimentación del cumplimiento de los lineamientos nacionales para VIH/Sida y muerte por Sida por parte de las entidades territoriales.
- El laboratorio de virología realizará el control de calidad a los Laboratorios Departamentales de Salud Pública en las pruebas de tamizaje y confirmatoria. Cabe resaltar que el laboratorio nacional de referencia no procesará ninguna muestra para diagnóstico individual de caso, ya que esta responsabilidad recae directamente sobre el laboratorio clínico de la IPS que atiende el caso.

4.4.1.7. Ministerio de la Protección Social (MPS)

- Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del sistema de vigilancia para VIH/Sida y muerte por Sida.
- Brindar asistencia técnica según su competencia, a los departamentos y distritos en caso de ser requerido.
- Coordinar la participación de las organizaciones del sector salud y de otros sectores del ámbito nacional para el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/Sida y muerte por Sida.

5. RECOLECCIÒN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), 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.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos, ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÒN

INDICADORES

Nombre del indicador	Razón de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres embarazadas
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Refleja el número de gestantes infectadas con el virus
Periodicidad	Por período epidemiológico
Propósito	Medida de riesgo de una mujer embarazada de contraer el virus
Definición operacional	*Numerador: Número de casos de VIH/SIDA en mujeres embarazadas por unidad de tiempo y lugar notificados al Sivigila.* *Denominador: Número total de nacidos vivos por unidad de tiempo y lugar*
Coeficiente de multiplicación	1000
Fuente de información	INS- Sistema Nacional de Vigilancia, SIVIGILA, DANE
Interpretación del resultado	Por cada 1000 nacidos vivos en el período ___, se presentaron ___ casos de VIH/SIDA en gestantes
Nivel	Municipal, Departamental y nacional
Meta	NA
Aclaraciones	

Nombre del indicador	Proporción de transmisión de VIH/SIDA por mecanismo probable de transmisión por uso de drogas psicoactivas
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Refleja el número de casos de VIH/SIDA por mecanismo probable de transmisión por uso de drogas psicoactivas en la población.
Periodicidad	Por período epidemiológico
Propósito	Evaluar el comportamiento de la enfermedad debida a transmisión por mecanismo probable de transmisión por uso de drogas psicoactivas. Establecer medidas de control.
Definición operacional	*Numerador:* Número de casos notificados de VIH/SIDA por uso de drogas psicoactivas por unidad de tiempo y lugar notificados al Sivigila. *Denominador:* Número total de casos notificados de VIH/SIDA ocurridos por unidad de tiempo y lugar.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	INS- Sistema Nacional de Vigilancia, SIVIGILA.
Interpretación del resultado	Del total de casos notificados de VIH/SIDA ocurridos en determinado lugar y en un período evaluado, el % fueron infectados por mecanismo probable de transmisión uso de drogas psicoactivas
Nivel	Departamental y Nacional.
Meta	NA

Nombre del indicador	Proporción de transmisión de VIH/SIDA por mecanismo probable de transmisión por accidente laboral
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Refleja el número de casos de VIH/SIDA por mecanismo probable de transmisión por accidente laboral en la población.
Periodicidad	Por período epidemiológico
Propósito	Evaluar el comportamiento de la enfermedad debida a transmisión por mecanismo probable de transmisión por accidente laboral. Establecer medidas de control.
Definición operacional	*Numerador:* Número de casos notificados de VIH/SIDA con mecanismo probable de transmisión sanguíneo, (Accidente de trabajo biológico) notificados al Sivigila. *Denominador:* Número total de casos notificados de VIH/SIDA ocurridos por unidad de tiempo y lugar.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	INS- Sistema Nacional de Vigilancia, SIVIGILA.
Interpretación del resultado	Del total de casos notificados de VIH/SIDA ocurridos en determinado lugar y en un período evaluado, el % fueron por mecanismo probable de transmisión por accidente laboral
Nivel	Departamental y Nacional.

Meta	Este tipo de transmisión deberá ser de 0% por cuanto a todos los trabajadores en riesgo se les debe garantizar protección y atención oportuna cuando se presente el accidente.
Aclaraciones Semáforo	Rojo: >0%

Nombre del indicador	Prevalencia de notificación de casos confirmados de VIH/SIDA
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Refleja el número de casos de VIH/SIDA por período en la población. Se incluyen los casos nuevos confirmados independientes de la condición del evento: Asintomático o sintomático.
Periodicidad	Por período epidemiológico
Propósito	Evaluar la magnitud del evento Evaluar el ritmo de desarrollo de casos de la enfermedad
Definición operacional	*Numerador:* Número de casos de VIH/SIDA confirmados notificados por unidad de tiempo y lugar notificados al Sivigila. *Denominador:* Población DANE proyectada por unidad de tiempo y lugar
Coeficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	INS- Sistema Nacional de Vigilancia – Sivigila; DANE
Interpretación del resultado	Por cada 100.000 habitantes del territorio en estudio en el período ___ se diagnosticaron ___ casos de infección por VIH/SIDA
Nivel	Departamental y Nacional.
Meta	NA

7. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN

7.1. Acciones Individuales

7.1.1. Acciones sobre la persona infectada con VIH y los contactos

- Brindar asesoría pre prueba y pos prueba para quienes se realizan las pruebas de tamizaje.
- Informar sobre las obligaciones de las EPS e IPS relacionadas con la administración de tratamiento integral de acuerdo con directrices establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Dar 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.
- Recomendar 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 estadío clínico (VIH, Sida y muerte)

7.1.2. Acciones específicas sobre la gestante VIH positiva:

Para disminuir la transmisión materno infantil del VIH se debe tener en cuenta:

- Captación de la gestante en el primer trimestre de la gestación.
- Notificar a la gestante con diagnóstico de VIH/sida
- Inicio de tratamiento antirretroviral durante la gestación (ver guía).

7.2. Acciones Colectivas

- 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.
- Desarrollo y mantenimiento de la red de laboratorios y del control de calidad para las pruebas presuntivas y confirmatorias de VIH.
- Vigilancia sobre el cumplimiento de las actividades establecidas en la norma de atención de control prenatal, parto y recién nacido (Resolución 412/2000).
- Fortalecimiento de la cobertura y calidad del control prenatal en la red de servicios institucionales, mejorando su mercadeo social.
- Fortalecimiento en el cumplimiento del protocolo de vigilancia del VIH/Sida en las instituciones de salud.
- Coordinación con las instituciones formadoras del recurso humano en salud y las asociaciones y sociedades científicas, para la capacitación y divulgación de estas normas y protocolos.
- Promover la utilización de servicios de salud y el comportamiento de búsqueda de atención.
- Promover medidas generales para fomentar la educación sexual, a través de campañas de promoción de comportamientos saludables relacionados con la sexualidad y la reproducción.
- Proveer servicios de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, los cuales deben ser culturalmente apropiados, accesibles y aceptables.
- Favorecer la producción de conocimiento acerca de las causas y posibles soluciones a los factores que limitan la accesibilidad de la población a los servicios de atención del embarazo, parto y puerperio. Se sugiere trabajar con la metodología de grupos focales.
- Informar a la comunidad, y vinculación de ésta al proceso de vigilancia epidemiológica para la detección de posibles casos.
- Realizar búsqueda activa comunitaria trimestralmente con el fin de hallar gestantes sin control prenatal y orientarlas a las instituciones de salud.

- Realizar censo de parteras, y establecer un programa de trabajo articulado entre las instituciones de salud y este grupo comunitario.
- Las instituciones prestadoras de salud (IPS), a través de la oficina de epidemiología, deberán realizar reuniones de análisis cuando notifiquen casos cuyo mecanismo de transmisión sea por transfusión sanguínea, accidente laboral o materno infantil. La finalidad del COVE está orientada a identificar los factores que influyeron en la aparición de dichos casos.
- El COVE municipal debe realizarse mensualmente y convocar a todas las IPS con el fin de retroalimentar la tendencia en el reporte de los casos.
- El COVE departamental debe realizarse trimestralmente y convocar a los profesionales encargados de la vigilancia. En éste deben presentarse los casos de VIH/Sida y muerte por Sida; además, es el escenario propicio para que los municipios expresen las dificultades en su capacidad de respuesta por recursos humanos, tecnológicos o financieros.
- Este COVE debe hacer parte de los realizados para otros eventos de interés en salud pública, y de él debe surgir un plan de mejoramiento tendiente al control del evento.

7.3. Acciones de Laboratorio

Las acciones por el laboratorio van orientadas a realizar el diagnóstico de la infección por VIH, de acuerdo a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia vigente para el país.

7.3.1. Recolección, conservación y transporte de muestras

Las muestras más utilizadas para el diagnóstico de la infección por VIH son suero, plasma y sangre total, estas muestras deben ser recolectadas de acuerdo a las protocolos y procedimientos internos de cada laboratorio, el tipo de muestra a recolectar dependerá de las especificaciones establecidas en los métodos de ensayo de laboratorio utilizados para el diagnóstico. Algunas recomendaciones generales para la recolección de muestras:

Las muestras de suero y plasma son recolectadas por venopunción, las muestras de sangre total pueden ser recolectadas por venopunción o punción dactilar. Las muestras de punción dactilar pueden ser recolectadas en papel filtro para su conservación y transporte.

La recolección de la muestra para suero debe ser realizada en un tubo sin anticoagulante y para plasma se debe emplear tubo con anticoagulante EDTA

El tiempo máximo permitido entre la obtención de la sangre y su separación para la obtención del suero es de 2 horas. Una vez que el suero o el plasma ha sido removido o separado de las células rojas de la sangre, la muestra es estable a temperatura ambiente durante ocho horas y hasta 48 horas en refrigeración (2-8°C), después de 48 horas la muestra de suero debe ser congelada a -20º C.

El transporte de las muestras deber realizarse de acuerdo al tipo de muestra, se forma general las muestras de suero y plasma se transportan refrigeradas o congeladas, las muestras de sangre total recolectadas por venopunción o papel de filtro a temperatura ambiente. Estas indicaciones dependerán y variarán de acuerdo con las especificaciones de la prueba de laboratorio a realizar.

Las muestras de suero, plasma y sangre total recolectadas en tubo deberán ser transportadas en sistema de triple embalaje siguiendo las regulaciones nacionales para el transporte por vía aérea y terrestre vigentes aplicables al transporte de muestras biológicas. Las muestras de sangre total seca recolectadas en papel de filtro no son consideradas sustancias infecciosas y no está sujeta a las reglamentaciones para mercancías peligrosas.

7.3.2. Documentación asociada a la vigilancia del evento

Cabe resaltar que el laboratorio nacional de referencia y los laboratorios de salud pública departamental no procesan muestras para diagnóstico individual, ya que esta responsabilidad recae directamente sobre el laboratorio clínico de la IPS que atiende el caso, cuando se requiera algún ensayo para ayudar a definir diagnóstico en resultados discordantes se deberá enviar una carta de solicitud y un resumen de historia clínica.

7.3.3. Ensayos de laboratorio asociados a la vigilancia del evento

Para diagnostico por laboratorio de la infección por VIH hay una gran variedad de ensayos de laboratorio, el tipo de ensayo y la secuencia en la que se realizan están establecidos en las guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad y la Guía basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en Adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos.

Los algoritmos para adolescentes de 13 años o más edad y adultos, gestantes y menores de 13 años se describen en los algoritmos 7.4.

7.3.3.1. Ensayos de Prueba rápida

Son pruebas de tamizaje que permiten detectar anticuerpos y/o antígenos contra el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1 y VIH-2), mediante diferentes reactivos aplicados en sangre total, suero, plasma, fluido oral y orina.

Técnicamente son pruebas inmunológicas similares a las pruebas tradicionales usadas en el diagnóstico de la infección por VIH (ELISA), se fundamentan en la afinidad antígeno-anticuerpo, a través de la inmunocromatografía, membranas de flujo y aglutinación.

7.3.3.2. Ensayo de Elisa

Son pruebas de tamizaje basadas en el enzimoinmunoanálisis, que determinan antígeno y/o anticuerpo, a partir de suero, plasma y sangre seca. Emplean conjugados de

antígenos y anticuerpos con enzimas capaces de generar un producto detectable como cambio de color o de otro tipo.

Desde su desarrollo la ELISA ha experimentado cambios para mejorar el principio técnico en el que se fundamentan las reacciones y el antígeno utilizado en el ensayo lo que ha permitido aumentar la sensibilidad de la prueba sin perder especificidad (superiores al 99%). En la actualidad de acuerdo a las características de los antígenos utilizados las pruebas son consideradas de tercera (detectan anticuerpos) y cuarta generación (detectan antígeno y anticuerpo al mismo tiempo)

Las modalidades más utilizadas son ELISA indirecto, en sándwich y de captura, el producto detectable puede variar: puede ser colorimétrico, fluorescente, qumiolumiscente etc.

En el mercado hay una alta disponibilidad de ensayos de pruebas rápidas y de Elisas, sin embargo de acuerdo a las recomendaciones de la guía de práctica clínica dependiendo del momento del algoritmo diagnóstico (ver algoritmos diagnósticos) es que se utilicen estas pruebas, que deben tener las siguientes características:

Prueba presuntiva: inmunoensayo convencional (v.g. ELISA) o prueba rápida capaz de detectar anticuerpos IgG e IgM contra VIH-1, VIH-2 y grupo O, y si es posible Ag P24 (cuarta generación). La sensibilidad de esta prueba debe ser superior a 99,5%.

Segunda prueba: inmunoensayo convencional (v.g. ELISA) o prueba rápida de tercera o cuarta generación diferente de la prueba presuntiva. Practicar con una muestra sanguínea diferente a la primera en laboratorio clínico habilitado. La especificidad de esta prueba debe ser superior a 99,5%.

7.3.3.3. Ensayos western blot (inmunoblots)

Son ensayos cualitativos, detectan anticuerpos específicos contra el VIH y permiten discriminar las diferentes proteínas del VIH contra las que está reaccionando la muestra analizada, los ensayos disponibles utilizan dos tipos de antígenos:

7.3.3.4. Carga Viral

Es un marcador de la replicación viral, que determina la cantidad de partículas víricas que existe en una muestra de plasma o suero. Se expresa como número de copias de ARN viral/ml de sangre. Se utiliza para diagnóstico, monitoreo del tratamiento antirretroviral, estimación del resigo de transmisión. Existen varios métodos y las diferencias radican en el principio, tiempos y capacidad de procesamiento, los métodos disponibles son Reacción en cadena de la polimerasa (PCR), DNA ramificado (b-DNA), NASBA (amplificación basada en la secuencia del ácido nucleíco.

La carga viral (ARN viral) para VIH-1, de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de práctica clínica Colombiana, debe tener un límite de detección menor de 50 copias.

7.3.3.5. Otros métodos diagnósticos:

- Genotipificación: Son pruebas de detección de mutaciones que confieren resistencia del virus del VIH al tratamiento antirretroviral se utilizan para orientar la conducta terapéutica del paciente, mejorando así el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

- Antígenos propios del Virus: Este método está basado en el principio de inmunoelectrotransferencia, los antígenos del virus son separados por electroforesis y transferidos e inmovilizados en membranas de nitrocelulosa

- Antígenos de péptidos sintéticos y proteínas recombinantes: son conocidos con inmunoensayos en línea (LIA), utilizan proteínas recombinantes y/o péptidos sintéticos capaces detectar anticuerpos contra proteínas específicas del VIH-1 y/o VIH-2. El principio de LIA es similar al Western Blot, la diferencia es que en el LIA los antígenos son artificiales y no son adheridos a la membrana por electrotransferencia, al no ser antígenos derivados de los linfocitos cultivados.

7.3.4. Control de calidad

7.3.4.1. Control de calidad directo

7.3.4.1.1. Programas de Evaluación externa directa del desempeño (PEEDD)

El PEEDD realizado por el laboratorio de virología del INS se denomina PIVI (Prueba de Idoneidad en Virología), se realiza él envió semestral a cada LSP de un de cinco muestras, las cuáles deben ser procesadas para los diferentes marcadores virológicos dentro de los cuáles se encuentran las ensayos de tamizaje (Elisa y prueba rápida) y western blot. Los laboratorios de Salud Publica tienen la responsabilidad y el deber de realizar el control de calidad a la red de laboratorios de su jurisdicción.

Los laboratorios de Salud Publica deben empezar a implementar con este tipo de programas a su red de Laboratorios.

PEEDD de Pruebas Rápidas: Dentro del marco de respuesta a la implementación de la resolución 2338 de 2013 por la establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual – ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS. Los laboratorios de salud pública deberán enviar un panel de 5 muestras caracterizadas (dos sueros pareados y uno individual) a los profesionales de la salud entrenados para la realización de pruebas rápidas.

7.3.4.2. Control de Calidad Indirecto

Programa de evaluación de desempeño indirecta (PEEDI)
El envío se realizará semestralmente, al inicio de cada año se realiza y se divulga un cronograma de participación en los programas de EEDI de virología, en este queda plasmado los meses en los cuáles cada uno de los Laboratorios de Salud Pública deberán

enviar al laboratorio de virología dentro de los primeros diez días del mes, diez muestras de tamizaje entre Reactivas y No Reactivas para VIH esto aplica para ELISA, pruebas rápidas y Western Blot.

Los Laboratorios de Salud Publica también deben realizar esta evaluación a los laboratorios que hacen parte de su red.

PEEDI de Pruebas Rápidas: como actividades de implementación de la resolución 2338 de 2013, Los servicios de salud que cuenten con laboratorio clínico sin importar su nivel de atención o cualquier estrategia que esté realizando pruebas rápidas, remitirán trimestralmente un porcentaje de las muestras reactivas y no reactivas a los laboratorios de salud pública. Si el número de muestras procesadas por pruebas rápidas en el trimestre es menor o igual a diez (10), se deberá enviar la totalidad de las muestras al laboratorio de salud pública. Si el número de muestras procesadas es mayor a diez (10) pruebas rápidas, se deberán enviar mínimo dieciséis (16) muestras, incluyendo muestras con resultados reactivos y no reactivos. Cuando las pruebas rápidas se realicen donde no se cuenta con laboratorio clínico como es el objetivo de la resolución 2338 de 2013 este control de calidad indirecto y se dificulte la recolección de tubo con muestra se puede recolectar la muestra de sangre total en papel de filtro, siempre y cuando el laboratorio de salud pública tenga estandarizados los ensayos de VIH para sangre seca.

7.3.5 Responsabilidad de los laboratorios

7.3.5.1. Prestador IPS

A parte de las responsabilidades definidas en el capítulo de responsabilidades de este protocolo el prestador debe:

- Realizar el diagnóstico acorde con las recomendaciones de las Guías de práctica clínica (GPC) para adolescentes y adultos, gestantes y niños y niñas menores de 13 años vigentes en el país (tabla 1 y 2 y algoritmo diagnóstico 7.4 con la sensibilidad y especificad requerida

- Participar en los programas de control de calidad directo (PEEDD) e indirecto (PEEDI) del LSP de acuerdo a las para las pruebas de laboratorio que realice.

- Enviar información consolidad al laboratorio de Salud pública de las ensayos realizados para el diagnóstico de la infección por VIH.

7.3.5.2. Laboratorio de Salud Pública Departamental (LSPD):

Realizar el control de calidad directo e indirecto a los laboratorios que hacen parte de su red de laboratorios.

Participar en los programas de control de calidad (directo e indirecto) que realiza el grupo de virología de la Dirección de Redes en Salud pública.

Realizar capacitaciones a los laboratorios de su red de laboratorios con el fin de mejorar Capacitar a los laboratorios de su red en lineamientos de la vigilancia de laboratorio para VIH, flujograma diagnóstico.

Implementar la resolución 2338 de 2013: realizar el entrenamiento a los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) en la realización de pruebas rápidas, implementar las actividades de seguimiento a esta capacitación, control de calidad y supervisión directa, contar con una base de datos actualizada del personal entrenado.

Mantener una base de datos actualizada y consolidada de las pruebas realizadas en su Red de Laboratorios

7.3.5.3. Laboratorio Nacional de Referencia- Instituto Nacional de Salud

El INS no realiza diagnóstico individual de caso, ya que esta responsabilidad recae directamente sobre el laboratorio clínico de la IPS que atiende el caso

Realizar el control de calidad directo e indirecto a los Laboratorios Departamentales de Salud Pública

Realizar asistencias técnicas y brindar acompañamiento técnico a los Laboratorios de Salud Pública en la implementación de las políticas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección social.

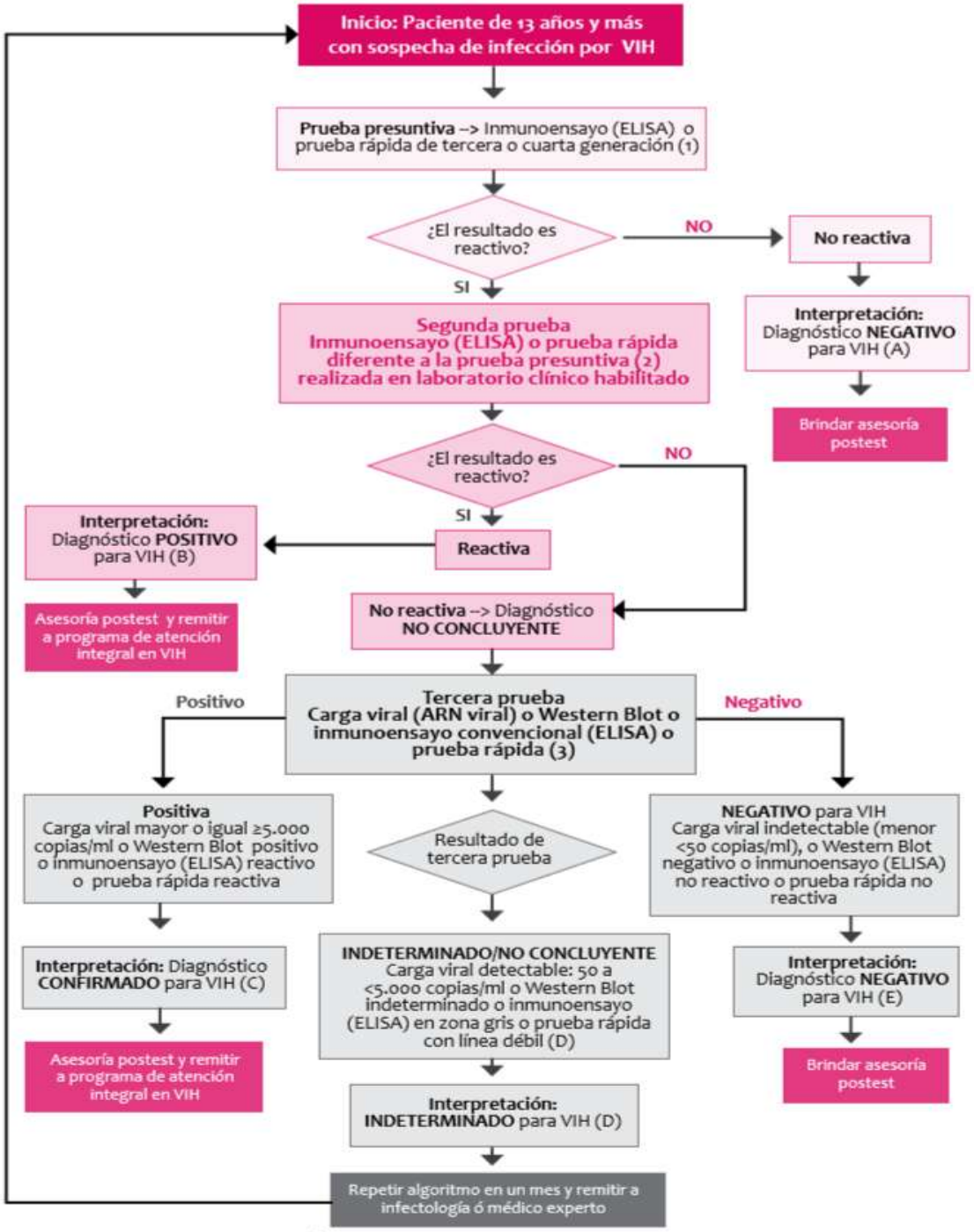
Elaboración y difusión de documentos técnicos.

Apoyar y asesorar al Ministerio de Salud en el desarrollo de guías y documentos técnicos de VIH.

Realizar transferencia métodos de ensayo a los LSP en los casos que se requiera.

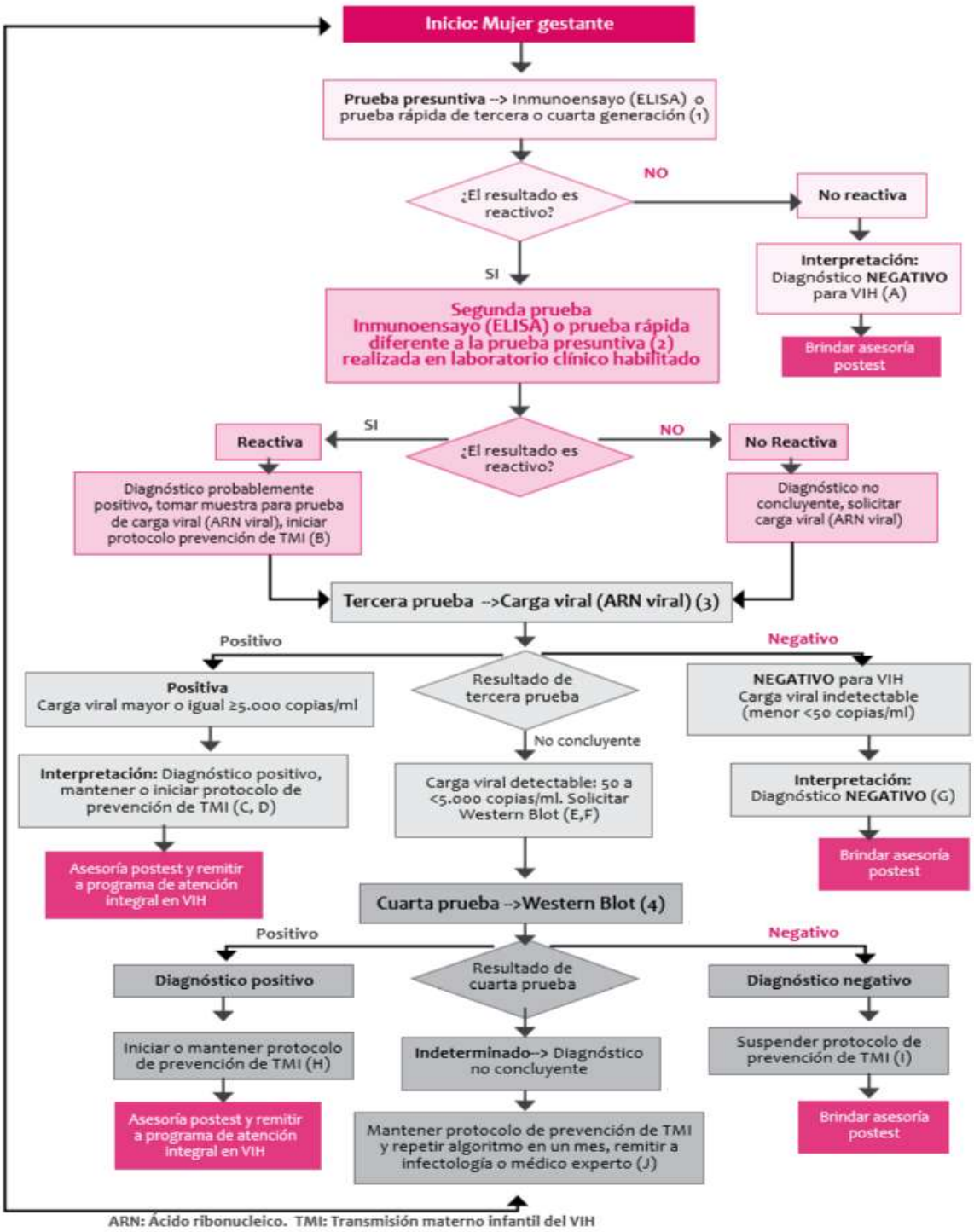
7.4. Algoritmos para el diagnóstico

7.4.1. Algoritmo para pacientes de 13 años y más



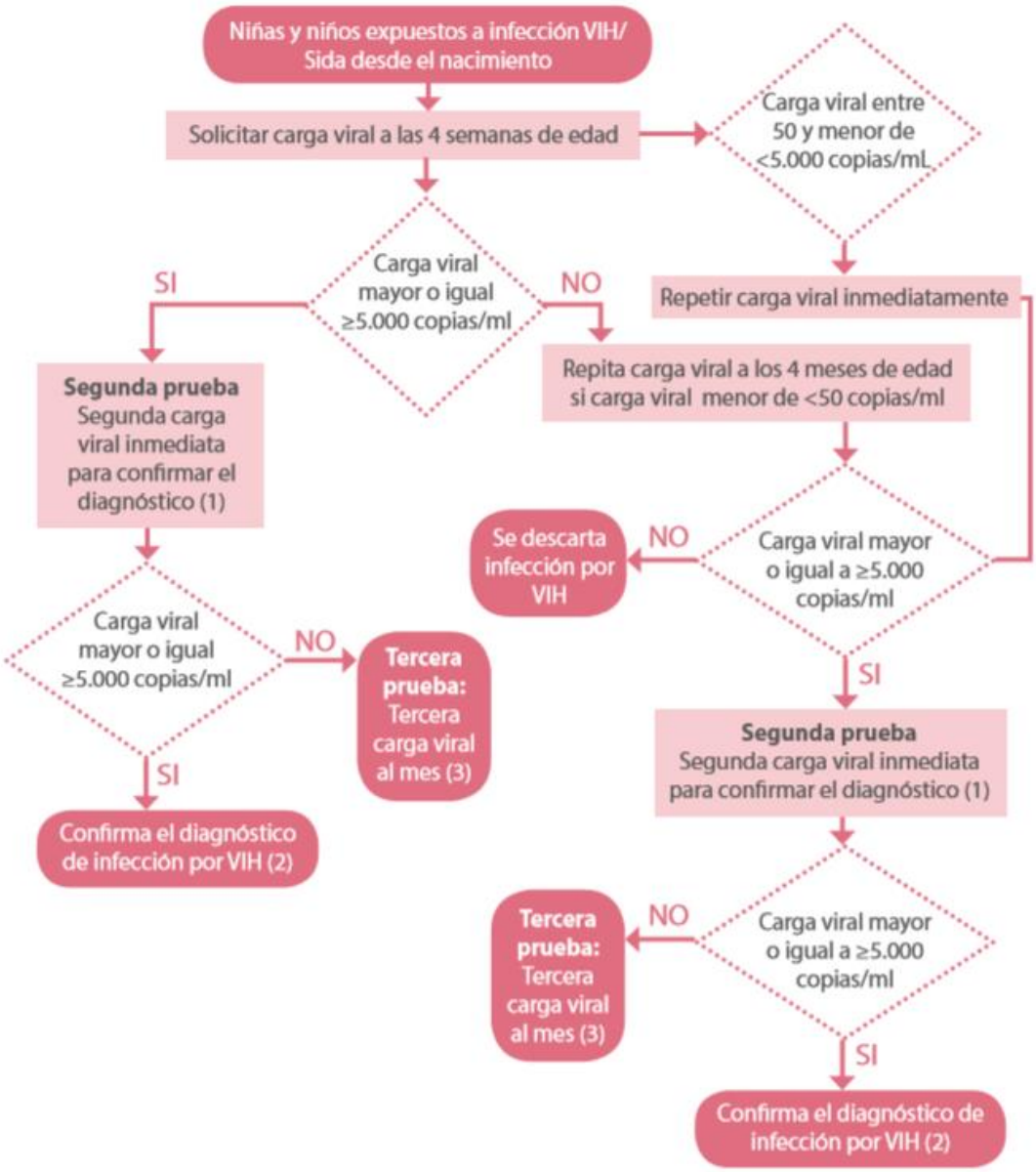
ARN: Ácido ribonucleico. TMI: Transmisión materno infantil del VIH

7.4.2. Algoritmo para gestantes



ARN: Ácido ribonucleico. TMI: Transmisión materno infantil del VIH

7.4.3. Algoritmo para niños y niñas expuestos a infección VIH/Sida desde el nacimiento



Pie de gráfico:

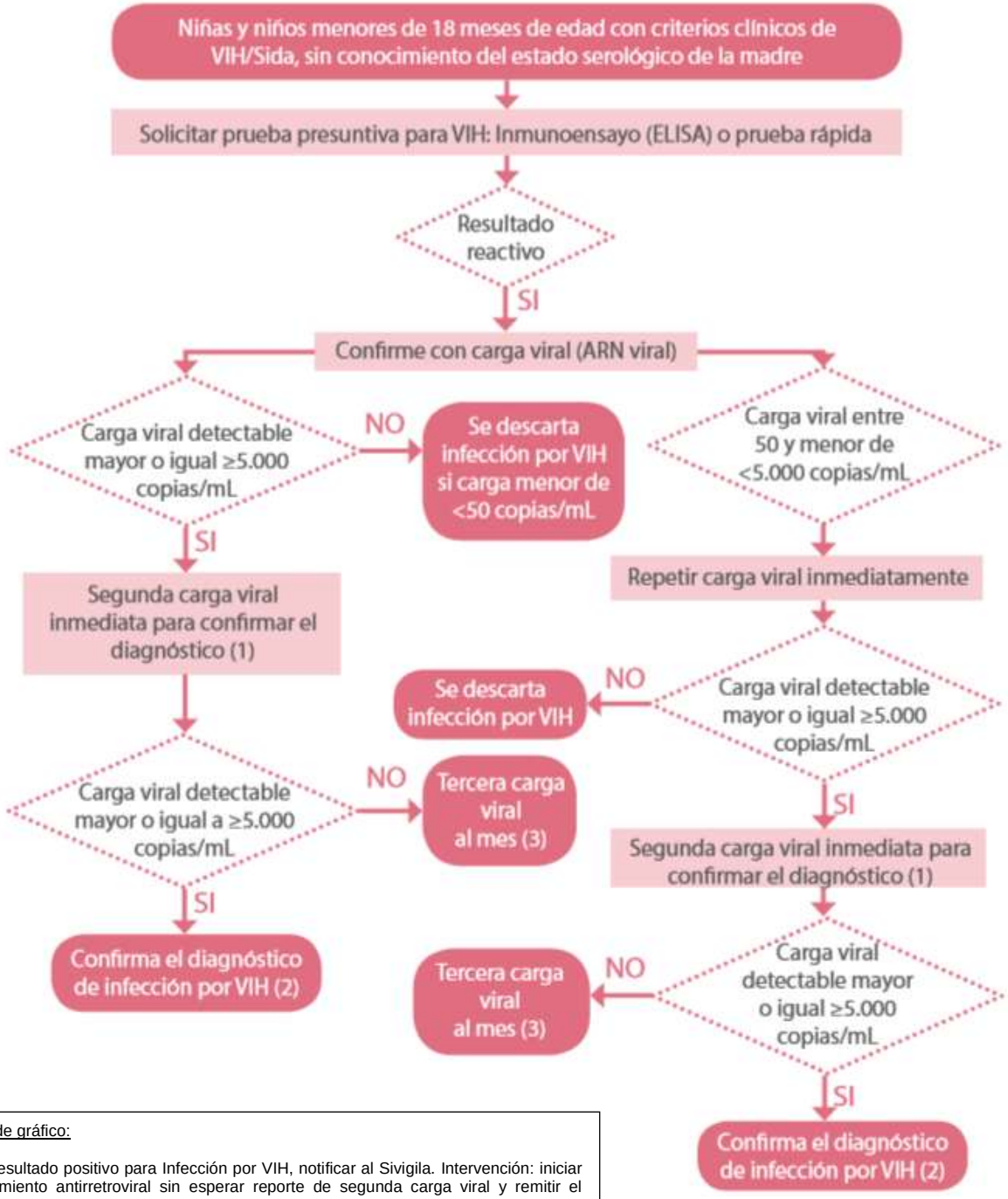
*Expuesto: hija o hijo de una mujer con infección por VIH o prueba rápida materna reactiva en el periparto.

1. Resultado positivo para Infección por VIH, notificar al Sivigila. Intervención: iniciar tratamiento antirretroviral sin esperar reporte de segunda carga viral y remitir el paciente para manejo con médico infectólogo o médico experto al programa de atención integral de VIH.

2. Resultado confirmado positivo para infección VIH. Intervención: brindar asesoría y remitir el paciente para manejo con médico infectólogo o médico experto al programa de atención integral de VIH.

3. Dada la baja frecuencia con que se presenta esta situación requiere remisión a médico infectólogo o médico experto.

7.4.4. Algoritmo para niños y niñas menores de 18 meses de edad con criterios clínicos de VIH/Sida, sin conocimiento del estado serológico de la madre



Pie de gráfico:

1. Resultado positivo para Infección por VIH, notificar al Sivigila. Intervención: iniciar tratamiento antirretroviral sin esperar reporte de segunda carga viral y remitir el paciente para manejo con médico infectológo o médico experto al programa de atención integral de VIH.

2. Resultado confirmado positivo para infección VIH, notificar al Sivigila. Intervención: brindar asesoría y remitir el paciente para manejo con médico infectólogo o médico experto al programa de atención integral de VIH.

3. Dada la baja frecuencia con que se presenta esta situación requiere remisión a médico infectólogo o médico experto en VIH.

8. ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÒN Y COMUNICACIÓN

8.1. Medidas de control social

Buscan orientar a la comunidad sobre los mecanismos de transmisión y las formas de prevención, control y vigilancia en salud pública mediante la ejecución de acciones como las siguientes:

8.1.1. Participación social / educación

Pretende comprometer a las autoridades locales para que desarrollen la gestión intersectorial necesaria con el fin de optimizar recursos y aglutinar todos los esfuerzos posibles en el control del VIH. Igualmente, para el desarrollo de acciones estratégicas con la ejecución de la metodología de la triangulación que permite verificar la información que se tiene, y con base en ella tomar decisiones en pro del control de la enfermedad y la implementación de los indicadores de alerta temprana para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH, identificando de manera oportuna la aparición de la famacoresistencia evitable.

8.1.2. *Comunicación social*

Los medios de comunicación influyen en las actitudes, comportamientos y prácticas de los seres humanos. La posibilidad de transmitir un mensaje a un gran grupo de la población al mismo tiempo es una característica que permite maximizar el objetivo del mensaje; una información oportuna, adecuada y eficazmente transmitida les permite a las personas tomar decisiones sobre cambios de actitudes o adopción de prácticas saludables frente a su propia vida, realidad y entorno. El componente de comunicación social pretende cubrir amplios sectores de la población en el menor tiempo posible; busca informar, motivar y movilizar a la población para que participe en las diferentes acciones.

8.2. Medidas sobre los servicios de salud

Es necesario implementar un mecanismo que garantice el mejoramiento de la calidad del recurso humano, especialmente de las personas que por el decreto 2378 de 2013 son las responsables de apoyar en la realización de las pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH, así mismo se debe reforzar o actualizar al personal médico en las definiciones de caso para garantizar la adecuada atención en términos de calidad y oportunidad y orientar a las personas para que asistan periódicamente a los servicios de salud.

Cuando la información demuestre incremento en la mortalidad, en la hospitalización de casos o en la complicación de casos, se deberá evaluar la calidad del proceso de atención. Ante la presencia de fallas es preciso concertar un plan de mejoramiento, de tal forma que se evite la existencia de otros hechos similares en el futuro.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. Benenson, A. Manual para el control de las enfermedades transmisibles, Decimoséptima edición. OPS. Publicación científica No.581, 2001.
4. Velez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de Transmisión Sexual. 2007; 1: 7-18.
5. UNICEF. El rostro femenino del SIDA. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/aids/23538_hivaids.html.
6. Amon J, Brown T, Hogle J, Macneil J, Magnani R, Mills S, et al.. Encuestas de Vigilancia del comportamiento. EVC. USAID. 2000; 1-375.
7. 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.
8. 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.
9. Vinay K, Abul Abbas, Nelson F. Patología Humana. 2008

10. CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACION
	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 actualizó la información relacionada con las estadísticas al año 2011, así como el formato de acuerdo al SIG	
02	2014	06	11	Se complementa documento con las acciones específicas para la vigilancia de VIH/Sida y muerte por Sida, de acuerdo a los lineamientos establecidos y al documento entregado por la dirección para la elaboración de protocolos. Adición de definiciones pertinentes del decreto 3518 e indicadores	Norma C. Cuéllar Espitia - Líder Equipo Funcional ITS
03	2015	03	19	Se realiza cambio en los algoritmos diagnósticos de acuerdo con las nuevas recomendaciones de las GPC, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014	Norma C. Cuéllar Espitia - Líder Equipo Funcional ITS

REVISÓ	APROBÓ
Alfonso Campo Carey	Oscar Eduardo Pacheco
Subdirector de prevención, vigilancia y control en salud pública (E)	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (E)

11. ANEXOS

11.1. Anexo 1. Ficha única de notificación de VIH SIDA

http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/fichas-de-notificacion.aspx

11.2. Anexo 2. Diagnósticos específicos para VIH/Sida

B20	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias
B21	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en tumores malignos
B22	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras enfermedades especificadas
B23	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras afecciones
B24	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación

Fuente: Código Internacional de Enfermedades (CIE 10) décima versión