



**MINSALUD**



**TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

## **ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA**

### **COMPORTAMIENTO DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH EN COLOMBIA. COHORTE 2012**

**COLOMBIA 2015**

## **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

### **ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**

Ministro de salud y Protección Social

### **FERNANDO RUIZ GÓMEZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

### **GERARDO BURGOS BERNAL**

Secretario General

### **ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA**

Director de Promoción y Prevención

### **RICARDO LUQUE NÚÑEZ**

Asesor Dirección de Promoción y Prevención

## **REDACCIÓN**

### **SIDIA CAICEDO TRASLAVIÑA**

Consultora VIH- Sífilis

Ministerio de Salud y Protección Social

Contrato 675 de 2014

## **AGRADECIMIENTOS A QUIENES COMENTARON EL INFORME**

### **PABLO MONTOYA CHICA**

Director

Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social

### **TERESA MORENO CHÁVEZ**

Epidemióloga consultora de VIH

## ***GLOSARIO DE TÉRMINOS***

<b>TMI</b>	<b>Transmisión materno infantil</b>
<b>PTMI</b>	Prevención de la transmisión materno infantil
<b>Estrategia</b>	Estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH
<b>ODM</b>	Objetivo del Desarrollo del Milenio
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>TAR</b>	Tratamiento antirretroviral
<b>ARV</b>	antirretroviral
<b>DTS</b>	Dirección territorial de salud
<b>Sida</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana
<b>CAC</b>	Cuenta de Alto Costo
<b>CPN</b>	Control prenatal
<b>SIVIGILA</b>	Sistema de vigilancia en salud pública
<b>CV</b>	Carga viral
<b>NVP</b>	Nevirapina
<b>3TC</b>	Lamivudina
<b>AZT</b>	Zidovudina
<b>ABC</b>	Abacavir
<b>LPV</b>	Lopinavir
<b>RTV</b>	Ritonavir
<b>CD4</b>	Linfocito T CD4
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>EAPB</b>	Entidades administradoras de planes de beneficios
<b>IPS</b>	Institución prestadora de servicios de salud
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud

## ***INTRODUCCIÓN***

La transmisión materno infantil del VIH (TMI) constituye la vía de infección más frecuente en el paciente pediátrico; el éxito en la prevención de la TMI es uno de los mayores logros de la comunidad científica desde el inicio de la pandemia VIH/Sida en los años 80 del siglo pasado.

En ausencia de cualquier intervención, un 43% de las niñas o niños nacidos de una mujer infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) resultarán infectados. La infección puede tener lugar durante la gestación, durante el parto o la lactancia. La contribución de cada uno de estos periodos es diferente: 10% durante el embarazo (intraútero), de 60-70% durante el parto (intraparto), y del 30 a 40% durante la lactancia materna (postnatal) (1). La comprensión de los mecanismos de la TMI del VIH y del momento en que se produce la infección ha resultado fundamental para diseñar estrategias preventivas.

Los factores de riesgo de mayor relevancia para la TMI del VIH son la carga viral plasmática y el inicio tardío, después de la semana 28 de gestación, de la terapia antirretroviral de la gestante, el estado inmunológico de la misma, la exposición de la niña o niño a los fluidos infectados durante el parto y la lactancia materna

El manejo de la infección por VIH y el cuidado de las hijas e hijos de madres con infección VIH/Sida es complejo y debe enfatizar el cuidado en aspectos como enfermedades propias de la infancia, comorbilidades y coinfecciones, desarrollo psicomotor, nutrición, inmunizaciones, formulaciones y palatabilidad de los antirretrovirales que impactan en la adherencia y riesgo de toxicidad a corto, mediano y largo plazo, así como la atención integral por un equipo multidisciplinario.

En Colombia desde el año 2003 se implementó la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH; la estrategia es actualmente una de las acciones más eficaces de la respuesta nacional ante la epidemia de VIH/Sida. La aplicación completa del protocolo, que consta de tratamiento antirretroviral anteparto e intraparto, parto por cesárea, profilaxis al recién nacido expuesto y sustitución de la leche materna por sucedáneos de la leche materna, ha reducido la probabilidad de TMI de 43% a 4%. La estrategia realiza esfuerzos para mejorar la captación temprana, la cobertura y la calidad del control prenatal, pues se ha demostrado que una captación y aplicación oportuna del protocolo clínico significaría la eliminación de la TMI del VIH.

La meta específica del Objetivo 6 del Desarrollo del Milenio (ODM) apunta a reducir a 2% o menos al año 2015 el porcentaje de niñas y niños que adquieren la infección a través de sus madres infectadas; esta meta también es compartida por la Iniciativa Regional Para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe (2).

En el 2010, mediante la Resolución CD50.R12 del 50º Consejo Directivo, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron la estrategia y plan de acción para la eliminación de la TMI del VIH y de la sífilis congénita cuyas metas para el 2015 son:

- ❖ Reducir la transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos.
- ❖ Reducir la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos.

En el avance 2014, emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la OPS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la sífilis en la Región de las Américas (3) refiere que:

- ❖ La TMI del VIH en América Latina y el Caribe ha disminuido de un 18% estimado en el 2010 a 5% en el 2013.
- ❖ Nueve países y territorios de las Américas notificaron datos compatibles con el logro de las metas de eliminación de la TMI del VIH en 2013, cuatro más que en el 2010.
- ❖ La cobertura de pruebas de detección del VIH y consejería en embarazadas en América Latina y el Caribe ha aumentado 19% del 2010 al 2013.
- ❖ En el 2013, 93% de las embarazadas seropositivas para el VIH en países de ingresos bajos y medios de las Américas recibieron medicamento antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH.
- ❖ El 60% de los países y territorios de las Américas han desarrollado sistemas de vigilancia perinatal para el monitoreo de los hijos de madres VIH positivas

El mismo documento, señala a Colombia dentro del grupo de países que han progresado, pero no ha alcanzado la meta de la eliminación de la TMI del VIH. Esto porque aún persisten problemas importantes con la implementación de la estrategia en el país. En un estudio realizado en 23 entidades territoriales de Colombia en los años 2011–2012 se pudo identificar los factores asociados a la pérdida de seguimiento de niñas y niños expuestos al VIH donde: 1) los factores socioeconómicos y culturales como la falta de aseguramiento, la etnicidad, bajo grado de escolaridad, pertenecer a estratos más bajos y percibir ingresos familiares equivalentes o inferiores a la mitad de un salario mínimo; 2) factores institucionales como los trámites administrativos a los que se enfrentan las mujeres y sus hijas e hijos al intentar acceder a los servicios de VIH, baja cobertura de oferta de tamizaje para VIH, falta de oportunidad y continuidad en la administración del tratamiento antirretroviral (TAR)—fenómeno más frecuente en pacientes residentes en lugares diferentes a las ciudades capitales— y en la entrega de la fórmula láctea, baja cobertura de atención por especialistas, tiempo reducido para atención a pacientes, falta de calidez en la atención, y frecuentes cambios de las EPS en la contratación de instituciones prestadoras de servicios de salud; y 3) factores personales como falta de tiempo de la madre, olvido de la cita, responsabilidades familiares (no tiene con quién dejar a sus otros hijos), desconfianza en el equipo de salud, sentirse discriminada o no consideran necesario hacerse seguimiento (4). Estos hallazgos evidencian factores que impiden un seguimiento oportuno y adecuado al binomio madre hijo del VIH. Se requiere el compromiso de todos los actores del sistema para poder superar estas barreras de acceso a los servicios de salud.

En 2014 se realizó un estudio de 40 casos de TMI (5) del VIH en 13 entidades territoriales que permitió evidenciar inequidades entre territorios y régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La mitad de las madres tuvo el diagnóstico de VIH después del parto, lo que implica oportunidades perdidas para realizar las intervenciones recomendadas para evitar la TMI del VIH. La cobertura de control prenatal (CPN) en los casos diagnosticados en el posparto fue baja, particularmente para las mujeres no afiliadas a ninguna Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB). La cobertura del TAR también fue menor en este grupo. En al menos 20 casos se encontraron demoras desproporcionadas en la aplicación del algoritmo diagnóstico, en la notificación de los resultados, y/o en la toma de decisiones que se debían derivar de la interpretación de dichos resultados. Se evidenciaron demoras tanto durante la gestación, como en el momento del parto. Estas demoras fueron un factor importante para impedir que los binomios madre hijo se beneficiaran de las intervenciones de la estrategia. Una proporción importante de mujeres en quienes no se conocía el diagnóstico o habían tenido resultados negativos en meses anteriores no fue

tamizada en el momento del parto. Muchas de estas mujeres tuvieron partos vaginales e incluso ruptura prematura y prolongada de membranas y no recibieron antirretrovirales (ARV). La mayoría de las madres no recibieron inhibidores de la galactorrea y más de la mitad lactaron a sus hijas e hijos. Se encontraron muy pocas evidencias de apoyo a la adherencia de las madres y sus hijas e hijos, incluso cuando se documentaron problemas en este aspecto.

Al hacer el balance, únicamente en 2 de los 40 casos se pudo verificar el cumplimiento de las 5 intervenciones recomendadas, aunque de manera inadecuada. Todos estos problemas se deben corregir para evitar infecciones prevenibles.

#### Definición porcentaje de TMI del VIH

Se define el porcentaje de TMI del VIH, como el porcentaje de niñas y niños menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materno infantil con respecto al total de niñas y niños expuestos, es decir, las hijas e hijos de mujeres con diagnóstico de VIH durante la gestación, parto o la lactancia materna nacidos en un período determinado. El estudio de dicha cohorte tiene como propósito determinar la eficacia de los programas de prevención y atención integral al interior de los servicios de salud para dar acceso a diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH en los programas de CPN, atención del parto y del recién nacido. Este indicador está consignado en una ficha mediante la cual se calcula el metadato que se usa como indicador de la TMI a nivel nacional. Esta unidad de criterio permite la comparabilidad con otros países de la región y del mundo.

La fórmula para calcular el porcentaje de TMI es:

$$\% \text{ TMIVIH} = \frac{\text{NNIVIH}}{\text{TNNEVIH}} * 100$$

*Dónde*

*NNIVIH = Número de niñas y niños <2 años infectados con VIH materno infantil en el período a medir.*

*TNNEVIH = Total de niñas y niños expuestos al VIH en el período a medir.*

La cohorte se establece con todas las hijas o hijos de madres diagnosticadas con infección por VIH que nacieron en el año o período de reporte. Lo recomendado es esperar como mínimo 18 meses desde el nacimiento, hasta la migración de la información al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Cada año se informa la cohorte de 2 años atrás de la siguiente manera:

**Tabla 1. Tiempos de medición del porcentaje de TMI del VIH**

Año a medir	Año en que se hace la medición
2009	2011
2010	2012
2011	2013
2012	2014
2013	2015

Fuente: Departamento Nacional de Planeación. Ficha metadato.

**RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LA TMI DEL VIH. COHORTE 2012**

En el año 2012 el país tuvo una estimación de 903.364 gestantes, de las cuales al cierre del año 2012, la estrategia registró 585.468 gestantes tamizadas para VIH, lo que equivale a una cobertura del 65% con referencia a las gestantes estimadas. Se considera que el porcentaje de cobertura es más alto y que hay subregistro a expensas de una deficiente notificación del dato. Según la Cuenta de Alto Costo (CAC) en el reporte de 2012 se encontró un porcentaje de tamizaje para VIH en gestantes del 61.3% (288.311 gestantes tamizadas reportadas) (6).

**Tabla 2. Gestantes tamizadas para VIH. Colombia 2008-2012**

Año	Gestantes estimadas	Gestantes tamizadas	% de tamizaje	Casos nuevos con Dx de VIH	% Sero Positividad	Gestantes con VIH antes del embarazo actual	Total gestantes captadas con VIH
2.008	1.014.958	316.179	31%	537	0,17%	108	645
2.009	940.777	423.393	45%	564	0,13%	139	703
2010	928.306	553.528	60%	689	0,12%	154	843
2011	915.835	630.524	69%	686	0,11%	106	792
2012	903.364	585.468	65%	589	0,10%	226	815



<b>Total</b>	<b>2.509.092</b>	<b>3.065</b>	<b>733</b>	<b>3.798</b>
--------------	------------------	--------------	------------	--------------

Fuente: MSPS. Base de datos. Estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

Para la medición de este indicador, se dispone de la estrategia de eliminación de la TMI del VIH y de la sífilis congénita, la cual incluye un sistema de seguimiento y evaluación nominal, con cobertura nacional, que alimenta los datos del Observatorio Nacional de Gestión en VIH y cruza información con la base de datos del sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) establecido por el Instituto Nacional de Salud y la CAC.

Entre 2008 y 2012 Colombia presentó una disminución de la TMI del VIH del 45%, al pasar del 5.8% al 4% entre dichas cohortes. Si bien es cierto que existe un avance; aún estamos lejos de cumplir la meta del ODM de 2% o menos de TMI para 2015.

**Tabla 3. Porcentaje de TMI del VIH Colombia. 2008 - 2012**

<b>Año/Cohorte</b>	<b>Nº Niñas y niños expuestos al VIH</b>	<b>Nº Niñas y niños con VIH &lt;2 años de edad</b>	<b>% TMI del VIH en niñas y niños &lt;2 años de edad</b>
<b>2008</b>	416	24	5.8%
<b>2009</b>	566	28	4.9%
<b>2010</b>	717	38	5.3%
<b>2011</b>	849	39	4.6%
<b>2012</b>	849	34	4.0%

Fuente: MSPS. Base de datos. Estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

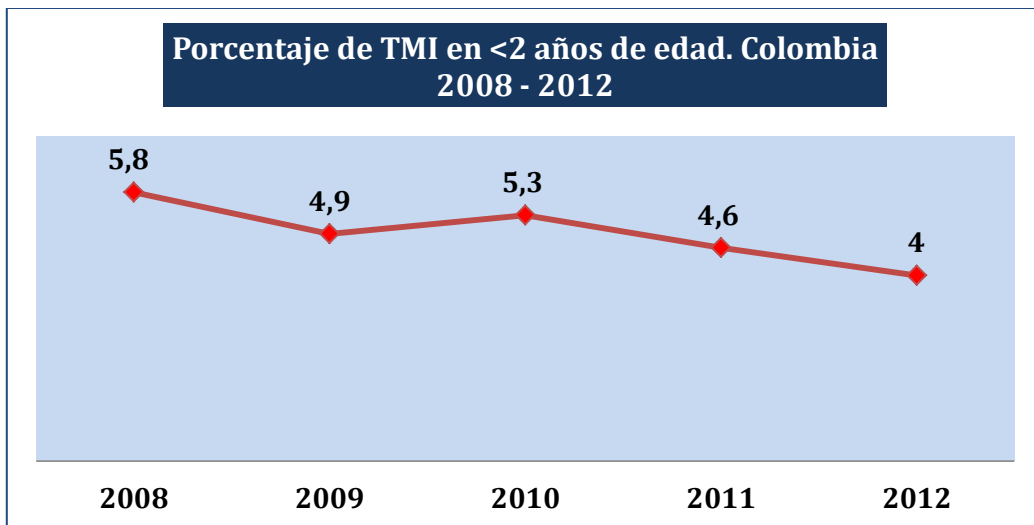
De acuerdo con las fuentes de información disponibles, al 67% de las niñas y niños reportados con infección por VIH que nacieron en el 2008 se les realizó el diagnóstico en los seis primeros meses de edad. Porcentaje que ha fluctuado ligeramente, siendo de 68% en 2012.

En la medición de la cohorte 2012, se contó con un universo de 849 niñas y niños expuestos al VIH que se encuentran registrados en el sistema de información de la estrategia, de estos, a **34** se les realizó un diagnóstico de VIH. De las 34 niñas y niños infectados en el 2012, el 47% son mujeres y el 53% son hombres.

Para lograrla eliminación de la TMI al 2% o menos al 2015 todos los actores del sistema tendrán que implementar estrategias que les permitan realizar la captación de las gestantes en el primer trimestre del embarazo, eliminar las barreras para la

implementación del algoritmo diagnóstico en el menor tiempo, suministrar la terapia antirretroviral en el anteparto e intraparto a las gestantes con diagnóstico de VIH, realizar la atención del parto de manera programada por cesárea o por vía vaginal de acuerdo a la indicación de cada gestante, garantizar la inhibición de la galactorrea así como la profilaxis antirretroviral y la fórmula láctea de remplazo a todas las niñas y niños expuestos. Las EAPB deberán de fortalecer el seguimiento a cada binomio madre hija e hijo para verificar el cumplimiento de los protocolos. Las direcciones territoriales de salud (DTS), la Superintendencia Nacional de Salud y el MSPS deberán fortalecer las acciones de asistencia técnica, monitoreo, evaluación e inspección vigilancia y control, son funciones de gestión indispensables que ayudan a fortalecer la planificación de la estrategia y mejorar la efectividad de las acciones e intervenciones dirigidas hacia la eliminación de la TMI del VIH. Además, todos los actores, apoyados en el Observatorio Nacional de la Gestión en VIH, deben hacer un seguimiento de las tendencias de la epidemia del VIH identificando poblaciones y lugares en donde reforzar las acciones.

**Gráfica 1. Porcentaje de TMI del VIH. Colombia 2008-2012**



Fuente: MSPS. Base de datos. Estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

### Caracterización de los casos de TMI del VIH, año 2012

De los **34** casos de TMI que entraron en la cohorte del 2012, no se tienen datos de 8 de los casos, estos fueron captados a través de la notificación del Sivigila; se tiene seguimiento de **26** binomios madre hija e hijo, encontrándose los siguientes hallazgos respecto a:

### Aseguramiento.

24 (92%) de las 26 gestantes con VIH de la cohorte analizada estaban afiliadas a una EAPB del régimen subsidiado, 1(3.8%) a la del régimen contributivo y 1 (3.8%) no tenía afiliación al SGSSS.

Caprecom es la EAPB que da cuenta del aseguramiento de 16% (4) de las madres con VIH quienes tuvieron niñas y niños con TMI, le sigue Comparta con 12% (3), Asmet Salud, Cafesalud, Humana Vivir y Saludvida respectivamente con el 8% (2). Comfamiliar Córdoba, Emdisalud, Mutual Ser, Capital Salud, Cajacopi, Comfama, Comfamiliar Oriente, Coosalud, Ecoopsos y Solsalud cada una respectivamente con el 4% (1gestante).

Solo el 7.7% (2) de las madres presentan aseguramiento diferente al de sus hijas e hijos, ellas son del régimen subsidiado y ellos del régimen contributivo.

### Área de ocurrencia del caso.

Las 26 casos sujetos de este análisis, 25 (96.2%) de estas mujeres residen en cabeceras municipales, y 1 (3.8%) en zona rural dispersa.

### Pertenencia étnica y grupo poblacional.

La pertenencia étnica registrada corresponde en su mayoría a otras pertenencias étnicas, con un solo caso de una mujer afrocolombiana.

Con referencia al grupo poblacional se tiene que 25 gestantes son de otros grupos poblacionales y una mujer estaba en situación de desplazamiento.

### Momento del diagnóstico de VIH y control prenatal.

Para la cohorte de estudio 4 (15%) de las 26 gestantes tuvieron el diagnóstico de infección por VIH antes del embarazo actual, a 10 (38%) se les realizó el diagnóstico durante la presente gestación y a 12 (46%) se les realizó el diagnóstico posterior al parto.

De las 10 gestantes a quienes se les realizó su diagnóstico de VIH durante el embarazo actual 2 (20%) tuvieron su primer control prenatal en el primer trimestre de la gestación, 4 (40%) en el segundo trimestre, 3 (30%) en el tercer trimestre y en un caso no se encontró registrado el dato.

Las 4 gestantes que tenían un diagnóstico de VIH antes de su embarazo actual, 2 (50%) no asistieron a control prenatal, una tuvo su primer control en el segundo trimestre y otra en el tercer trimestre de la gestación.

De las 12 mujeres que tuvieron su diagnóstico posterior al parto, 4 (33%) no tuvieron control prenatal, 4 (33%) tuvieron su primer control en el primer trimestre de la gestación, 2 (17%) en el segundo trimestre y las dos restantes en el tercer trimestre. De las 10 gestantes que tuvieron control prenatal y cuyo diagnóstico fue realizado posterior al parto, 2 asistieron a 4 y 8 controles prenatales.

#### Carga viral y conteo de CD4.

De las 26 mujeres, solo 12 (46%) registran realización de al menos una carga viral (CV). Los valores de estas estuvieron entre 337 y 583.038 copias/ml, 4 (33.3%) de estas gestantes no tomaron TAR durante la gestación por varias razones: diagnóstico de VIH en el postparto, problemas de acceso para la atención, problemas de orden público, falta de recursos económicos para su desplazamiento y fallas en la adherencia para su ingesta por parte de la madre. Las 8 (67%) madres restantes que registran haber tomado TAR, presentaron fallas en la adherencia o posibles resistencias ya que el número de copias de sus segundas CV aumentó o bajó pero sin llegar a ser indetectables. Las otras 14 (54%) mujeres gestantes no registran dato de realización de CV.

A 13 (50%) de estas 26 mujeres se les realizó recuento de linfocitos T CD4. El valor promedio de dichos recuentos fue de 353 células/ml. Se encontró que 2 (15%) de las mujeres tiene recuentos inferiores a 200 células/ml, lo que las clasifica en fase Sida. 6 (46%) tuvieron recuentos entre 200 y 350 células/ml. Estos dos grupos, que suman el 61% de los casos, tienen un compromiso inmunológico importante y requerirían tomar TAR independientemente de su gestación. En tres de ellas (23%) el recuento estuvo entre 351 y 500 CD4 por mililitro, categoría que muchas de las guías para manejo clínico del VIH, incluida la colombiana, recomiendan tratar con antirretrovirales independientemente de si están o no en gestación. De tal manera que solo el 2 (15%) de

las gestantes tuvieron un recuento mayor de 500 células. La otra mitad de gestantes (13) no registran recuentos de CD4.

#### Tratamiento antirretroviral anteparto.

18 (69%) de las madres no recibieron TAR durante la gestación. Para las 8 (31%) que recibieron TAR anteparto, la edad gestacional promedio de inicio de TAR fue 26.5 semanas.

De las 8 gestantes que recibieron esta intervención, 2 (25%) habían sido diagnosticadas para VIH antes de la gestación actual, pero una inició TAR en segundo y otra en el tercer trimestre de la gestación. Las 6 (75%) gestantes restantes iniciaron TAR en el tercer trimestre a partir de la semana 29.

El esquema antirretroviral más utilizado fue AZT+3TC+LPV/RTV en 5 casos (62.5%), seguido por AZT+3TC+NVP en 2 (25%) y 3TC+ ABC+ LPV/RTV en uno (12.5%). El promedio de semanas de toma de TAR fue de 8.

#### Tratamiento intraparto.

14 (54%) de las gestantes no recibieron profilaxis antirretroviral en el intraparto, a las 12 (46%) mujeres que recibieron la intervención se les administró AZT.

#### Vía del parto.

A 17 (65%) de las gestantes se les realizó cesárea y 9 (34%) tuvieron parto por vía vaginal.

De las 12 mujeres que tuvieron el diagnóstico de VIH posterior al parto a 7 (58%) tuvieron su parto por vía vaginal y 5 (42%) por cesárea. Llama la atención que una de las gestantes tuvo una CV de 45.000 copias el mismo día del parto y la vía del parto fue vaginal.

#### Profilaxis antirretroviral en las niñas y niños expuestos:

12 (46%) de las niñas y niños expuestos recibieron profilaxis antirretroviral por 42 días con AZT, 14 (54%) no recibieron la intervención, incluyendo 6 niñas y niños recibieron el TAR profiláctico por menos de 20 días.

### Remplazo de lactancia materna.

16 (62%) de las niñas y niños no recibieron la sustitución de la leche materna por sucedáneos de la leche materna (fórmula láctea) de manera exclusiva hasta finalizados los 6 meses de edad.

10 (38%) de las madres refieren haber dado lactancia materna a sus hijas e hijos en rangos de tiempo que van de varios días a meses. La alimentación que recibieron estas niñas y niños expuestos fue mixta. En algunas de estas madres no se encontró evidencia de formulación de inhibidor de la galactorrea, en otras hay evidencias pero las madres no se las tomaron en forma regular. Una de ellas por presión familiar dio leche materna. Otras amamantaron a sus hijas e hijos porque tuvieron su diagnóstico posterior al parto.

### ***SITUACIÓN DE LA TMI DEL VIH POR ENTIDAD TERRITORIAL***

En la tabla 4 se referencia el porcentaje de TMI por entidad territorial, correspondiente a la cohorte de niñas y niños expuestos al VIH que nacieron entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2012.

Analizando el porcentaje de TMI del VIH para el 2012 por entidad territorial, se observan diferencias importantes en este indicador. Las 5 entidades con mayor porcentaje son Cesar con el 14.3%, Santander 12.5%<sup>1</sup>, Boyacá, Casanare y La Guajira con el 11% respectivamente. Casanare presentó un descenso del porcentaje con referencia al del 2010 que fue del 20%.

En el 2011, Huila presentó un porcentaje de TMI del 16.7%, Tolima 14.3% y Bolívar<sup>2</sup> 16.7%, estas mismas entidades para el periodo 2012 lograron bajar sus porcentajes a 4.5%, 8.3% y 3.8% respectivamente.

---

<sup>1</sup> Se realiza ajuste de la medición del porcentaje de TMI de la cohorte del 2011 de las direcciones territoriales (DTS) Bolívar y Cartagena, en esta cohorte se había registrado un caso de TMI de Bolívar, Santa Catalina como de Cartagena, se ajusta el numerador. Bolívar queda con un porcentaje de TMI para esta cohorte de 16.7% y Cartagena de 2.5%.

<sup>2</sup> Se realiza ajuste de la medición del porcentaje de TMI de la cohorte del 2011 del departamento de Santander, de 23 niñas y niños expuestos solo el 8.7% (2) están sin clasificación, los otros 21 niños son sanos, libres de infección por VIH.

Las DTS que se encuentran por debajo del promedio nacional son Valle del Cauca, Antioquia, Bogotá, Cartagena, Meta y Bolívar; cabe resaltar que Putumayo, Amazonas y Nariño no presentaron casos de TMI del VIH; al 100% de las niñas y niños de estas entidades se les realizaron los exámenes pertinentes y se les descartó la infección por VIH.

A las DTS de Atlántico, Caldas, Cundinamarca, Risaralda, Santa Marta y Sucre, se les calculó el porcentaje de TMI bajo la siguiente salvedad:

- ❖ **Atlántico:** tiene 3 (10%) de sus niñas y niños sin clasificación frente al VIH. El 90% de sus niñas y niños son sanos.
- ❖ **Caldas:** tiene un niño sin clasificación frente al VIH. El 89% de sus niñas y niños son sanos.
- ❖ **Cundinamarca:** tiene 2 (12.5%) niños sin clasificación, el 87.5% de sus niñas y niños están sanos frente al VIH.
- ❖ **Risaralda:** tiene 2 (15%) niños y niñas sin clasificación frente al VIH. El 85% de las niñas y niños son sanos.
- ❖ **Santa Marta:** tiene 3 (8.6%) niños y niñas sin clasificación frente al VIH. El 91% de las niñas y niños son sanos.
- ❖ **Sucre:** tiene 2 (5.4%) niños y niñas sin clasificación frente al VIH. El 95% de las niñas y niños son sanos

Las DTS que aparecen relacionadas en la tabla 4, y que no tienen calculado su porcentaje de TMI del VIH, se debe a que presentan niñas y niños sin clasificación frente al VIH, en muchos de estos casos no hay seguimiento por parte del asegurador y por ende no se realizaron las cargas virales, las deficiencias van del 27% al 100%, situación que impide realizar esta medición. Las situaciones encontradas son las siguientes:

- ❖ **Caquetá:** ninguno de los 2 niños registrados en la cohorte no tienen definida su situación con referencia al VIH.

- ❖ **Cauca:** 3 (27%) de sus niñas y niños expuestos no tienen definida su situación con referencia al VIH.
- ❖ **Chocó:** a 3 (30%) de sus niñas y niños expuestos no se les ha descartado la infección por VIH.
- ❖ **Guaviare:** Al único niño registrado no le fue definida su situación frente al VIH, falleció poco después del nacimiento; parto atendido por partera y en la casa de la paciente, madre residente en área rural dispersa, no acudió al hospital a tener su parto, no tenía con quien dejar sus otros hijos, tiene como aseguradora Caprecom.
- ❖ **San Andrés:** a una de las dos niñas y niños expuestos no se les ha aclarado su situación frente al VIH.
- ❖ **Vaupés:** a 2 (40%) de sus niñas y niños expuestos no se les ha descartado la infección por VIH.
- ❖ Las entidades territoriales de **Arauca, Guainía y Vichada** reportaron datos de gestantes tamizadas para VIH pero a ninguna se le realizó diagnóstico por VIH.

**Tabla 4. Porcentaje de TMI del VIH por entidad territorial. Colombia 2012**

Entidad territorial	Nº Nacidos vivos expuestos al VIH	Nº Niñas y niños con VIH <2 años de edad	% TMI del VIH en <2 años de edad
Cesar	28	4	14,3%
Santander	32	4	12,5%
Boyacá	9	1	11%
Casanare	9	1	11%
La Guajira	18	2	11%
Quindío	12	1	8,3%
Tolima	24	2	8,3%
Norte de Santander	32	2	6,3%
Córdoba	67	4	6,0%
Barranquilla	42	2	4,8%
Huila	22	1	4,5%
Magdalena	22	1	4,5%
Bolívar	26	1	3,8%
Meta	28	1	3,6%
Cartagena	34	1	2,9%
Bogotá	83	2	2,4%
Antioquia	88	2	2,3%
Valle	91	2	2,2%
Amazonas	3	0	0,0%



Entidad territorial	N° Nacidos vivos expuestos al VIH	N° Niñas y niños con VIH <2 años de edad	% TMI del VIH en <2 años de edad
Nariño	16	0	0,0%
Putumayo	4	0	0,0%
Atlántico	30	0*	0,0%*
Caldas	9	0*	0,0%*
Cundinamarca	16	0*	0,0%*
Risaralda	13	0*	0,0%*
Santa Marta	23	0*	0,0%*
Sucre	37	0*	0,0%*
Caquetá	2	ID/NSC	
Cauca	11	ID/NSC	
Chocó	10	ID/NSC	
Guaviare	1	ID/NSC	
San Andrés	2	ID/NSC	
Arauca	0	RGT/NRG	
Vaupés	5	RGT/NRG	
Guainía	0	RGT/NRG	
Vichada	0	RGT/NRG	
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>34</b>	

Fuente: MSPS. Base de datos Estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

**RGT/NRG:** hay reporte de gestantes tamizadas, no reportan gestantes con VIH.

**ID/NSC:** información deficiente niñas y niños sin clasificación frente al VIH:

Entidades con el 10%, 11%, 12.5%, 15%, 13% y 5.4% respectivamente, de niñas y niños sin clasificación frente al VIH

### **SITUACIÓN DE LA TMI DEL VIH 2012 POR ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS**

29 (85%) de las niñas y niños con TMI del VIH de la cohorte analizada estaban afiliadas a una EAPB del régimen subsidiado, 2 (6%) a las del régimen contributivo y 3 (9.7%) no tenían afiliación al SGSSS.

Al revisar el porcentaje de TMI del VIH en la cohorte 2012 por EAPB, se observa que las aseguradoras que tiene el mayor porcentaje son Comfamiliar Oriente con 33.3% (1 caso), Humana Vivir 28.6% (2 casos), Caja de Previsión de Casanare 20% (1 caso), Ecoopsos 16.7% (1 caso) y Comfamiliar Cartagena 14.3% (1 caso). Es de resaltar que Coomeva en la cohorte del año 2010 presentó un porcentaje de TMI de 16% que bajó a 2.3% en 2012 y que Coosalud bajó de 3.8% en 2011 a 2.2% en 2012 (Tabla 5).

**Comfamiliar Cartagena:** presentó un incremento en su porcentaje de TMI al pasar de 10% paso a 14.3% entre 2011 y 2012.

**Mutual Ser:** presentó una disminución en su porcentaje de TMI en comparación con la cohorte 2011, al pasar de 15.4% a 4.9% en el 2012. Para el mismo periodo la Nueva EPS y Caprecom bajaron de 8.3% y 7.1% a 3.3% y 3.9% respectivamente.

**Tabla 5. Porcentaje de TMI del VIH por EAPB. Colombia 2012**

<b>Aseguradora</b>	<b>Nº Nacidos vivos expuestos al VIH</b>	<b>Nº Niñas y niños con VIH &lt;2 años</b>	<b>% TMI del VIH en &lt;2 años</b>
Comfamiliar Oriente	3	1	33,3%
Humana Vivir	7	2	28,6%
Caja de Previsión Casanare	5	1	20,0%
Ecoopsos	6	1	16,7%
Comfamiliar Cartagena	7	1	14,3%
No afiliado	31	3	9,7%
Comparta	48	4	8,3%
Emdisalud	13	1	7,7%
Solsalud	14	1	7,1%
Cafesalud	32	2	6,3%
Saludvida	34	2	5,9%
Cajacopi	17	1	5,9%
Asmet Salud	35	2	5,7%
Mutual Ser	41	2	4,9%
Capital Salud	21	1	4,8%
Comfamiliar Córdoba	22	1	4,5%
Caprecom	102	4	3,9%
Nueva EPS	30	1	3,3%
Comfama	32	1	3,1%
Coomeva	44	1	2,3%
Coosalud	45	1	2,2%
<b>Total</b>	<b>589</b>	<b>34</b>	

Fuente: MSPS. Base de datos. Estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

***PORCENTAJE DE TMI DEL VIH, POR REGIONES EN COLOMBIA. 2008-2012***

A continuación se presenta la medición del porcentaje de TMI desde la cohorte del año 2008 al 2012 por regiones, vemos como Bolívar, Cartagena, Valle del Cauca, Nariño Bogotá, Antioquia, Meta, Amazonas y Putumayo, han hecho aportes importantes a nivel nacional en la reducción del porcentaje de la TMI del VIH. De igual manera es relevante el deterioro que presentó la estrategia de la DTS del Cesar, paso del 2.4% a 14.3% de TMI del 2011 al 2012 respectivamente.



**Tabla 6. Porcentaje de TMI del VIH. Región Caribe. Colombia 2008 – 2012**

Región Caribe	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Atlántico</b>	ID/NSC	ID/NSC	5.0%	12%	0.0%*
<b>Barranquilla</b>	11.8%	5.0%	5.7%	5.6%	4.8%
<b>Bolívar</b>	ID/NSC	ID/NSC	21.4%	16.7%	3.8%
<b>Cartagena</b>	14.3%	4.0%	0.0%	2.5%	2.9%
<b>Cesar</b>	7.7%	20%	6.3%	2.4%	14.3%
<b>Córdoba</b>	ID/NSC	17.6%	9.8%	7.0%	6.0%
<b>La Guajira</b>	5.0%	20%	ID/NSC	4.8%	11%
<b>Magdalena</b>	15.0%	ID/NSC	7.1%	0.0%*	4.5%
<b>San Andrés</b>	NRG	ID/NSC	0.0%	0.0%	ID/NSC
<b>Santa Marta</b>	9.5%	8.7%	9.5%	8.0%	0.0%*
<b>Sucre</b>	ID/NSC	12.5%	3.8%	0.0%*	0.0%*
<b>% Por Región</b>			<b>6.6%</b>	<b>5.5%</b>	<b>4.6%</b>

Fuente: MSPS. Base de datos estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

**ID/NSC:** información deficiente niñas y niños sin clasificación frente al VIH.

**NRG:** no reporta gestantes con VIH, no se sabe dato de tamizaje de gestantes.

2011: \*Magdalena: 9% (1) -\*Sucre: 4% (1), niñas y niños sin clasificación frente al VIH.

2012: \*Atlántico: 10% (3) \*Santa Marta: 13% (3) \*Sucre: 5.4% (2), niñas y niños sin clasificación Frente al VIH.

**Tabla 7. Porcentaje de TMI del VIH. Región Pacífica. Colombia 2008 – 2012**

Región Pacífica	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Cauca</b>	7.7%	ID/NSC	8.3%	ID/NSC	ID/NSC
<b>Chocó</b>	ID/NSC	25%	33.3%	ID/NSC	ID/NSC
<b>Nariño</b>	7.7%	15.4%	4.5%	5.0%	0.0%
<b>Valle del Cauca</b>	2.3%	3.4%	1.2%	0.0%*	2.2%
<b>% Por Región</b>			<b>4%</b>	<b>0.7%</b>	<b>1.6%</b>

Fuente: MSPS. Base de datos Estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

**ID/NSC:** información deficiente niñas y niños sin clasificación frente al VIH.

2011: \*Valle del Cauca: 9% (11), niñas y niños sin clasificación frente al VIH.

**Tabla 8. Porcentaje de TMI del VIH. Región Andina. Colombia 2008 - 2012**

Región Andina	2008	2009	2010	2011	2012
Antioquia	ID/NSC	1.8%	2.1%	3.4%	2.3%
Bogotá	14.3%	ID/NSC	2.6%	6.7%	2.4%
Boyacá	ID/NSC	0.0%	ID/NSC	0.0%	11%
Caldas	7.1%	6.3%	ID/NSC	0.0%*	0.0%*
Cundinamarca	14.3%	ID/NSC	8.3%	ID/NSC	0.0%*
Huila	5.9%	9.1%	ID/NSC	16.7%	4.5%
Nte de Santander	14.3%	ID/NSC	5.9%	7.7%	6.3%
Quindío	ID/NSC	0.0%	0.0%	10.5%	8.3%
Risaralda	15.4%	14.3%	33.3%	4.8%	0.0%*
Santander	18.2%	4.2%	ID/NSC	0.0%*	12.5%
Tolima	20%	5.9%	ID/NSC	14.3%	8.3%
<b>% Por Región</b>			<b>3.3%</b>	<b>5.6%</b>	<b>4.4%</b>

Fuente: MSPS. Base de datos Estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

**ID/NSC:** información deficiente niñas y niños sin clasificación frente al VIH.

2011: \*Caldas: 11% (2), \*Santander: 8.7% (2) niñas y niños sin clasificación frente al VIH.

2012: \*Caldas: 11% (1), \*Cundinamarca: 12.5% (2), \*Risaralda: 15% (2) niñas y niños sin clasificación frente al VIH.

**Tabla 9. Porcentaje de TMI del VIH. Región Amazonía y Orinoquía. Colombia 2008 - 2012**

Región Amazonía y Orinoquía	2008	2009	2010	2011	2012
Amazonas	ID/NSC	ID/NSC	50%	ID/NSC	0.0%
Arauca	0.0%	RGT/NRG	0.0%	ID/NSC	RGT/NRG
Caquetá	ID/NSC	20%	8.3%	ID/NSC	ID/NSC
Casanare	ID/NSC	0.0%	11%	20%	11%
Guainía	RGT/NRG	RGT/NRG	NRG	RGT/NRG	RGT/NRG
Guaviare	50%	ID/NSC	0.0%	ID/NSC	ID/NSC
Meta	7.7%	5.9%	12.5%	4.3%	3.6%
Putumayo	ID/NSC	ID/NSC	ID/NSC	ID/NSC	0.0%
Vaupés	ID/NSC	RGT/NRG	100%	RGT/NRG	RGT/NRG
Vichada	ID/NSC	ID/NSC	ID/NSC	RGT/NRG	RGT/NRG
<b>% Por Región</b>			<b>14%</b>	<b>4.3%</b>	<b>3.8%</b>

Fuente: MSPS. Base de datos Estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

**ID/NSC:** información deficiente niñas y niños sin clasificación frente al VIH.

**NRG:** no reporta gestantes con VIH, no se sabe dato de tamizaje de gestantes.

**RGT/NRG:** hay reporte de gestantes tamizadas, no reporta gestantes con VIH.

## ***CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES***

Ninguno de estos 26 binomios madre hijo recibieron las cinco intervenciones claves normadas por la estrategia:

- 1) tratamiento antirretroviral en el anteparto.
  - 2) profilaxis antirretroviral intraparto.
  - 3) parto por cesárea o parto vaginal si está indicado de acuerdo al valor de la carga viral realizada antes de la atención del parto.
  - 4) profilaxis antirretroviral de la niña o niño expuesto por 42 días.
  - 5) fórmula láctea, administración exclusiva desde el momento de su nacimiento hasta finalizado los 6 meses de edad.
- ❖ Solo 6 (23%) de las 26 gestantes de quienes se tenía información, recibieron las intervenciones completas para la prevención de la TMI del VIH con referencia a la gestante: TAR anteparto, TAR intraparto y parto por cesárea.
- ❖ Ninguno de los 26 niños y niñas expuestos, de los que se tenía información registrada recibieron las intervenciones completas para la prevención de la TMI del VIH con referencia a la niña o niño expuesto: profilaxis antirretroviral por 42 días y fórmula láctea exclusiva hasta finalizado los 6 meses de edad.

### Para prevenir la TMI del VIH:

- Las EAPB se deben comprometer a establecer procesos y procedimientos verificables para el seguimiento de las mujeres con VIH y sus hijas e hijos expuestos; de igual manera contar con una red amplia y suficiente para garantizar el acceso a sus afiliadas y afiliados y hacer el seguimiento a su red de prestadores para garantizar que cumplen con los protocolos establecidos en la normatividad vigente emitida por el MSPS.
- Mejorar la calidad del control prenatal por parte de todos los actores del SGSSS a través de procesos institucionales de mejoramiento continuo, garantizando la implementación de las guías y evaluando su adherencia.
- Las EAPB deben establecer estrategias efectivas para inducir a las gestantes tempranamente al control prenatal y ser adherentes a este hasta la culminación de su gestación.

- Las EAPB en sus procesos de contratación de prestación de servicios incluyan la utilización de pruebas rápidas, realización de carga viral a partir de muestras tomadas en papel de filtro, teniendo en cuenta las dificultades logísticas a que se enfrentan muchas de las gestantes para acceder oportunamente a los servicios de salud.
- Las DTS realicen proyecciones confiables de su población, para poder establecer necesidades programáticas y monitorear coberturas a nivel territorial. Igualmente deben vigilar y garantizar que las EAPB que operan en sus territorios tienen redes de servicios con la capacidad necesaria para responder a la demanda de sus afiliados.
- Las DTS deben fortalecer los procesos de asistencia técnica a todos los actores del SGSSS en donde se dé a conocer la normatividad con referencia a VIH, protocolos existentes para el manejo de la gestante con VIH y de su hija o hijo expuesto y se monitoree el cumplimiento de todas las intervenciones que están establecidas para eliminar este evento adverso.
- Las DTS fortalezcan los procesos de inspección, vigilancia y control a las EAPB e IPS de atención integral en VIH para garantizar el manejo adecuado de las y los pacientes con VIH y de sus hijas e hijos expuestos, de tal manera que se haga seguimiento a lo estipulado por las guías técnicas del MSPS.
- Los prestadores de servicios de salud (IPS) deben garantizar procesos de mejoramiento de la calidad que garanticen la correcta y sistemática aplicación de los protocolos vigentes,
- Todas las IPS que atienden gestantes deben tener clara la ruta de atención de pacientes con VIH y así canalizar adecuada y oportunamente a las mujeres que sean diagnosticadas para garantizar la oportunidad y continuidad en la entrega de los ARV y demás insumos necesarios para eliminar la probabilidad de TMI del VIH.
- Garantizar la inhibición de la galactorrea en el momento del parto y reforzar el seguimiento a la implementación de esta intervención en los procesos de control de calidad y asistencia técnica.
- Se debe fortalecer la asesoría a las madres con VIH para evitar la lactancia materna, evitar la alimentación mixta y preparación adecuada de la fórmula láctea.

## **REFERENCIAS**

1 López P, Beltrán S, Sierra A, Echeverri L, Zapata A F, Valderrama L J. Recomendaciones para el abordaje, diagnóstico y tratamiento de niños, niñas y adolescentes con VIH/Sida. Segunda Edición. ACIN. Colombia, Bogotá 2011.

2 “Por Generaciones Libres de VIH y Sífilis”. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Documento Conceptual. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva. Septiembre de 2009.

3 Avance 2014. Mensajes Claves. OMS, OPS, UNICEF. Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita en la Región de las Américas.

4 Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fondo de Población de las Naciones Unidas Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social,. Seguimiento a casos expuestos a la transmisión materno infantil del VIH y evaluación de la calidad del control prenatal. Colombia 2014

5 Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social Resultados finales del seguimiento en campo a niñas y niños expuestos a transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita e informe de difusión del análisis de barreras de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud de las gestantes vulnerables. Investigación de 40 casos de TMI, Colombia 2014.

6 Situación del VIH/Sida en Colombia 2013. Cuenta de Alto Costo, Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Bogotá D.C. Marzo de 2014.