



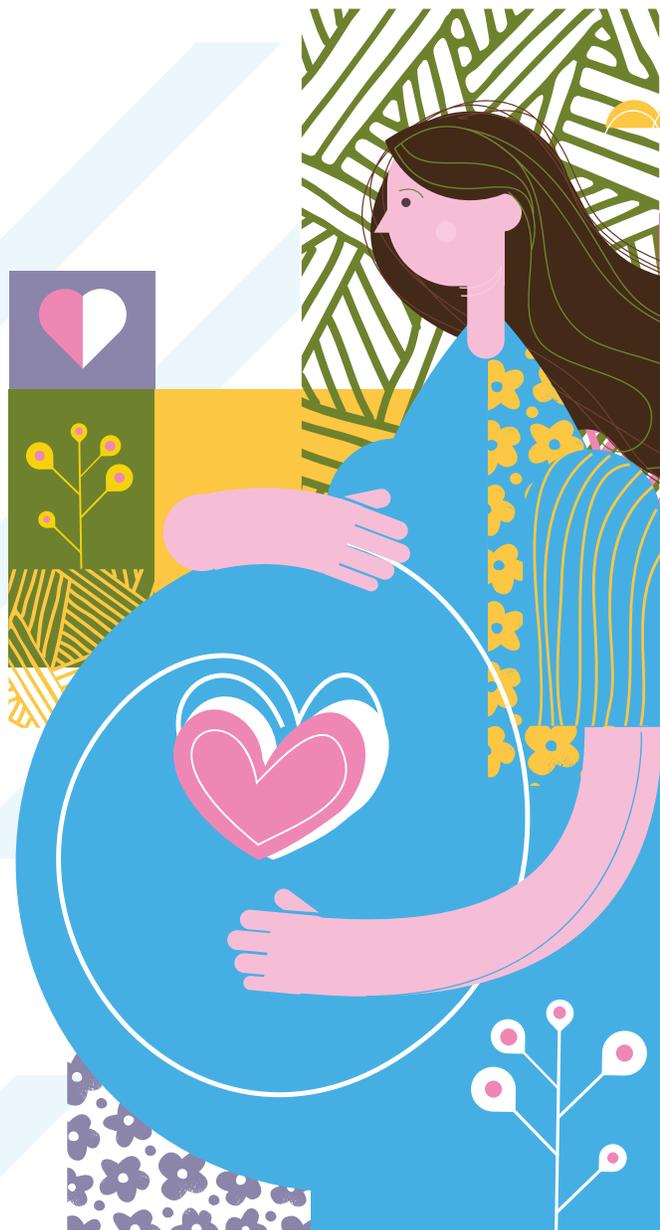
La salud  
es de todos

Minsalud

## ETMI-PLUS

ESTRATEGIA NACIONAL PARA  
LA ELIMINACIÓN DE LA  
TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL  
DEL VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B Y  
ENFERMEDAD DE CHAGAS,  
COLOMBIA, 2019 - 2030

Comportamiento de la Transmisión  
Materno Infantil del VIH en Colombia.  
**Medición de la Cohorte 2018**



Dirección de Promoción y Prevención  
Grupo de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos



La salud  
es de todos

Minsalud

## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS

Director de Promoción y Prevención

ANA MARÍA PEÑUELA POVEDA

Coordinadora Grupo Convivencia Social y Ciudadanía

RICARDO LUQUE NÚÑEZ

Coordinador Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y  
Derechos Reproductivos

### ISBN

978-958-5401-62-4

### INFORME REALIZADO POR:

SIDIA CAICEDO TRASLAVIÑA

Consultora Nacional de VIH, Sífilis y Hepatitis B  
Ministerio de Salud y Protección Social

Bogotá, Abril 2021

## EXPERTOS QUE PARTICIPARON EN LA REVISIÓN Y COMENTARON EL INFORME

### CIELO YANETH RÍOS HINCAPIÉ

Médica Cirujana de la Universidad de Cartagena, Especialista en Gerencia Administrativa de Salud de la Universidad de Córdoba, Maestría en Salud Pública de la Universidad de Londres, Magister en VIH de la Universidad Rey Juan Carlos de España.

### BERTHA GÓMEZ MARTÍNEZ

Médica Cirujana de la Universidad Nacional de Colombia, Maestría en VIH de la Universidad Rey Juan Carlos de España. Asesora ITS, VIH, Hepatitis Virales OPS/OMS Colombia.

### HERSON LUIS LEÓN GONZÁLEZ

Médico Cirujano de la Universidad Metropolitana, Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Rosario, Asesor en Proyectos de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva. Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Universitaria Colombia, Clínica Colsanitas - Bogotá.

### JENNIFER LORENA ORTIZ MELO

Médica Cirujana de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Epidemiología de la Universidad del Tolima, Maestría en VIH de la Universidad Rey Juan Carlos de España, y Maestría en Economía de la Salud de la Universidad de Barcelona – España.

### PABLO MONTOYA CHICA

Médico Cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, Maestría en Salud Pública de la Universidad de Washington (Seattle, EEUU).

### JOSÉ ALEJANDRO MOJICA MADERA

Médico Cirujano de la Universidad de Cartagena, Pediatra de la Universidad Militar Nueva Granada, Especialista en Infectología Pediátrica de la Universidad Nacional de México, Master en VIH de la Universidad Rey Juan Carlos de España.

## ABREVIATURAS

<b>ARV</b>	Antirretroviral
<b>AZT</b>	Zidovudina
<b>CAC</b>	Cuenta de Alto Costo
<b>EAPB</b>	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
<b>ELISA</b>	Ensayo de inmunoabsorción ligado a enzima
<b>ETMI-Plus</b>	Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas.
<b>GPC</b>	Guía de Práctica Clínica
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>NVP</b>	Nevirapina
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SIVIGILA</b>	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
<b>TAR</b>	Tratamiento Antirretroviral
<b>TMI</b>	Transmisión Materno Infantil
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>VIH</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
<b>3TC</b>	Lamivudina

# INTRODUCCIÓN

Desde el año 2010, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han asumido el compromiso de promover la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana - VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe, para lo cual se establecieron metas específicas para cada evento al año 2015 (Resolución CD50.R12) (1).

Con la aprobación del Plan de acción para la prevención y el control del VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016 - 2021 (Documento CD55/14), los Estados Miembros de la OPS no solo renovaron su compromiso con la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis, sino que aceptaron además ampliar esta iniciativa a otras enfermedades.

Esta ampliación se formalizó con la publicación del documento marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas, conocido con el acrónimo ETMI Plus.

Las metas de la iniciativa **ETMI-PLUS** propuestas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con las cuales se comprometió Colombia son las siguientes (2):

- Reducir la transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos.
- Reducir la incidencia de la sífilis congénita (incluyendo los mortinatos) a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos.
- Reducir la transmisión materno infantil de hepatitis B a 2% o menos.
- Lograr que por lo menos un 90% de los niños con la enfermedad de Chagas se curen y tengan un resultado serológico negativo después del tratamiento.

Con el fin de alcanzar y mantener estas metas se deben lograr los objetivos programáticos y mantenerlos de acuerdo con los propuestos por la OPS/OMS (3):

## Salud sexual y reproductiva, y salud de la madre y el niño

- Necesidades desatendidas de planificación familiar de 10% o menos en las mujeres de 15 a 49 años.
- Cobertura de 95% o más de la atención prenatal y de partos en medio hospitalario.

## VIH y sífilis

- Cobertura de 95% o más del tamizaje del VIH y la sífilis en las embarazadas.
- Cobertura de 95% o más del tratamiento apropiado de la sífilis en las embarazadas.
- Cobertura de 95% o más del tratamiento de la infección por el VIH en las embarazadas.

## Hepatitis B

- Cobertura de 95% o más de la dosis al nacimiento (primeras 12 horas) de la vacuna contra el virus de la hepatitis B administrada de manera oportuna.
- Cobertura de 95% o más de la tercera dosis de vacunación contra el virus de la hepatitis B en el primer año de vida.
- Cobertura de 80% o más de la prueba del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en las embarazadas (objetivo secundario).
- Provisión de la inmunoglobulina específica contra el virus de la hepatitis B

(IgHB) a 80% o más de los recién nacidos de madres infectadas por el virus de la hepatitis B (objetivo secundario).

- Cobertura de 85% o más de la vacunación con la dosis al nacimiento y la tercera dosis contra la hepatitis B en todas las zonas (objetivo secundario).

## Enfermedad de Chagas

- Cobertura de 90% o más del tamizaje de *Trypanosoma cruzi* en las embarazadas.
- Prueba del *Trypanosoma cruzi* realizada a 90% o más de los recién nacidos de madres seropositivas.
- Tratamiento después del parto de 90% o más de las madres seropositivas a *Trypanosoma cruzi*.

Aunque la iniciativa de ETMI-Plus contempla el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas, este informe solo da cuenta del componente de **VIH de la cohorte del 2018**.

## DEFINICIÓN DEL PORCENTAJE DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

Se define el porcentaje de transmisión materno infantil (TMI) del VIH como el porcentaje de niñas y niños menores de dos años que adquirieron el virus de la inmunodeficiencia humana (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 antes o durante la gestación, el 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 control prenatal, atención del parto y del recién nacido. 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:

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

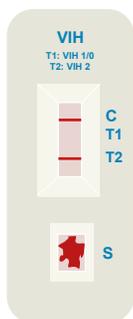
### Dónde

**NNIVIH**= Número de niñas y niños menores de 2 años infectados con VIH por vía de TMI en el período a medir.

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

La cohorte se establece una vez han nacido todos los hijos e hijas de gestantes diagnosticadas con infección por VIH en el año de

reporte. Lo prudente es esperar un máximo de dieciocho meses que se cuentan desde el nacimiento del último niño o niña de la cohorte hasta que se hayan realizado las pruebas pertinentes para descartar o confirmar el diagnóstico en los niños expuestos, aunque se puede medir antes, tan pronto todos los niños y niñas de la cohorte tengan definido su diagnóstico frente al VIH.



## TAMIZAJE PARA VIH

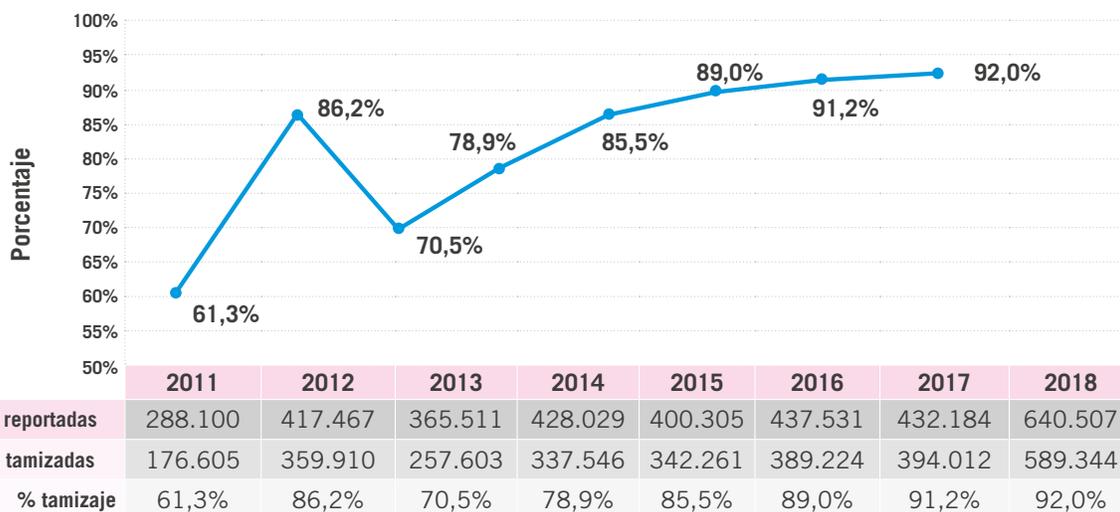
El tamizaje y la detección temprana de la infección por VIH en mujeres embarazadas, posibilitarán intervenciones oportunas para evitar la transmisión de la infección por vía materno infantil; y en ese sentido, se debe promocionar y difundir ampliamente en los servicios sanitarios, las pruebas rápidas de VIH, esperándose en consecuencia, el incremento progresivo en la detección de casos positivos. Cabe resaltar que la TMI puede ocurrir durante la gestación, el parto o la lactancia materna, siendo el momento del parto el que aporta más casos, con un porcentaje de 60 a 70% del total de los casos, seguido de la lactancia materna con un 30 a 40% de los casos y la transmisión intrauterina con un 10% (4).

Colombia optó por tomar como fuente oficial de gestantes tamizadas la información captada y

registrada por la Cuenta de Alto Costo (CAC) de VIH. Es necesario tener en cuenta que el primer reporte del año 2011 presentó un subregistro significativo frente a los reportes posteriores, debido al proceso de aprendizaje por parte de los prestadores al iniciarse una nueva fuente de información a través de la Resolución 4725 de 2011 emitida por el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección, con mediciones semestrales.

En el año 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 273 de 2019, estableciendo un período de reporte anual. Para el año 2019 dicho período cubriría del 01 de febrero de 2018 al 31 de enero del 2019. (5). El tamizaje de gestantes reportadas a través de la CAC de VIH, se presenta en la **Gráfica 1**.

**Gráfica 1. Tamizaje de gestantes para VIH, Colombia, 2011 - 2018**



Fuente: Adaptada de la Cuenta de Alto Costo VIH, Resolución 4725 de 2011 y Resolución 273 de 2019

# CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE GESTANTES CON VIH QUE ENTRARON EN LA COHORTE, COLOMBIA 2018

Para la medición de este indicador se tomaron los registros de las gestantes que entraron al sistema de información de la estrategia para la eliminación de la TMI del VIH, información triangulada posteriormente (de manera nominal) con los datos de gestantes con VIH notificadas al sistema nacional de vigilancia en salud pública (Sivigila), a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS), y con la información de gestantes con VIH reportadas por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a la CAC de VIH.

## Características demográficas

El número de gestantes con diagnóstico de infección por VIH obtenido de los cruces mencionados y que entraron a la cohorte 2018 fue de 863. Aunque, el total de los casos reportados por la cohorte constituye el universo para este análisis, dado que el tamizaje de gestantes en el país solo alcanzó el 92,0% y no el 95,0% o más, como se establece en los objetivos programáticos de la OPS/OMS y de la ETMI-Plus, hay un número incierto de gestantes con VIH que no fueron captadas por los servicios de salud y ellas no se ven reflejadas en este análisis. Los desenlaces de la gestación de estas 863 mujeres ingresadas a la estrategia en el 2018 se presentan en la **Tabla 1**.

**Tabla 1. Desenlaces de las gestantes con VIH, Colombia, cohorte 2018**

Gestantes que ingresaron a la cohorte		n: 863	
	Variable	n	%
Desenlace de las gestantes incluidas en la estrategia	Interrupción voluntaria del embarazo	14	1,6%
	Aborto espontáneo	33	3,8%
	Parto con nacido vivo	815	94,4%
	Parto con óbito fetal	1	0,1%
<b>Total</b>		<b>863</b>	<b>100,0%</b>

De las **815** gestantes incluidas en la cohorte que tuvieron parto con un **nacido vivo**, 5 tuvieron partos gemelares, lo que arrojó un total de **820** niños y niñas expuestos al VIH.

La edad promedio de las 815 mujeres fue de 26 años. La edad mínima fue de 13 años y la máxima de 46 años. En la franja de 20 a 29 años se encuentra el mayor porcentaje de gestantes, con 55,0%.

Según régimen de aseguramiento, las gestantes con VIH se encuentran en su mayoría en el régimen subsidiado con el 71,7%. El 26,5% está afiliado al régimen contributivo. En esta cohorte, las gestantes no aseguradas fueron el 0,5% y las del régimen de excepción el 1,3%.

El mayor número de gestantes que viven con VIH residen en cabeceras municipales, seguidas por las que habitan áreas rurales dispersas y centros poblados. Este comportamiento presentó una leve disminución en los centros poblados con relación al año 2017 cuando correspondió al 8,3%.

El número de casos de gestantes con VIH reportados en población indígena presentó un aumento entre las cohortes de 2017 y 2018, al pasar de 22 a 26 casos respectivamente. Los grupos étnicos Raizal y Palenquero presentaron el menor número de casos reportados. **Ver Tabla 2.**

**Tabla 2. Características sociodemográficas de la población de gestantes con VIH, Colombia, cohorte 2018**

	Variable	n	%
Edad en años	13	1	0,1%
	14	4	0,5%
	15-19	139	17,1%
	20-24	247	30,3%
	25-29	201	24,7%
	30-34	136	16,7%
	35-39	75	9,2%
	40 y más	12	1,5%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Tipo de aseguramiento	Subsidiado	584	71,7%
	Contributivo	216	26,5%
	Excepción	11	1,3%
	No asegurado	4	0,5%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Área de ocurrencia del caso	Cabecera municipal	669	82,1%
	Rural disperso	82	10,1%
	Centro poblado	64	7,9%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>

	Variable	n	%
Pertenencia étnica	Otros	682	83,7%
	Afrocolombiana	97	11,9%
	Indígena	26	3,2%
	Raizal	9	1,1%
	Palenquera	1	0,1%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Grupo poblacional	Otros grupos	799	98,0%
	Habitante de calle	10	1,2%
	Desplazada	4	0,5%
	Población privada de la libertad	1	0,1%
	Víctima del conflicto armado	1	0,1%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

## VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y EL DIAGNÓSTICO DE VIH, COLOMBIA, COHORTE 2018

### Embarazo y diagnóstico

El 56,3% de las gestantes con VIH asistieron a su primer control prenatal en el primer trimestre de la gestación, observándose un incremento de 5,8 puntos porcentuales con referencia al 2017, sin embargo, la edad promedio de inicio del primer control prenatal fue de 14 semanas, es decir, en el segundo trimestre de la gestación (semana 14 a la 27).

La proporción de gestantes que iniciaron el primer control en el tercer trimestre (semana

28 y más) fue del 6,4%, comparado con el 10,3% en la cohorte del 2017.

No se observó un cambio significativo en la captación al control prenatal, teniendo en cuenta que 69 mujeres (8,5%) no accedieron a este servicio, aumentando la probabilidad de TMI del VIH a sus hijos e hijas.

En el 2018, la mayoría de las mujeres, 49,2%, obtuvieron su diagnóstico para el VIH durante

la gestación actual; un número significativo ya tenía un diagnóstico previo a la gestación, 42,5%, y una proporción relevante fue diagnosticada después del parto, 8,3%.

De las 401 gestantes diagnosticadas con VIH

durante la gestación actual, en el 51,4% la confirmación se hizo utilizando una prueba de carga viral. Sin embargo, es de anotar que esta medición aumentó 11.3 puntos porcentuales con respecto al 2017 en la que fue del 40,1%. **Ver Tabla 3.**

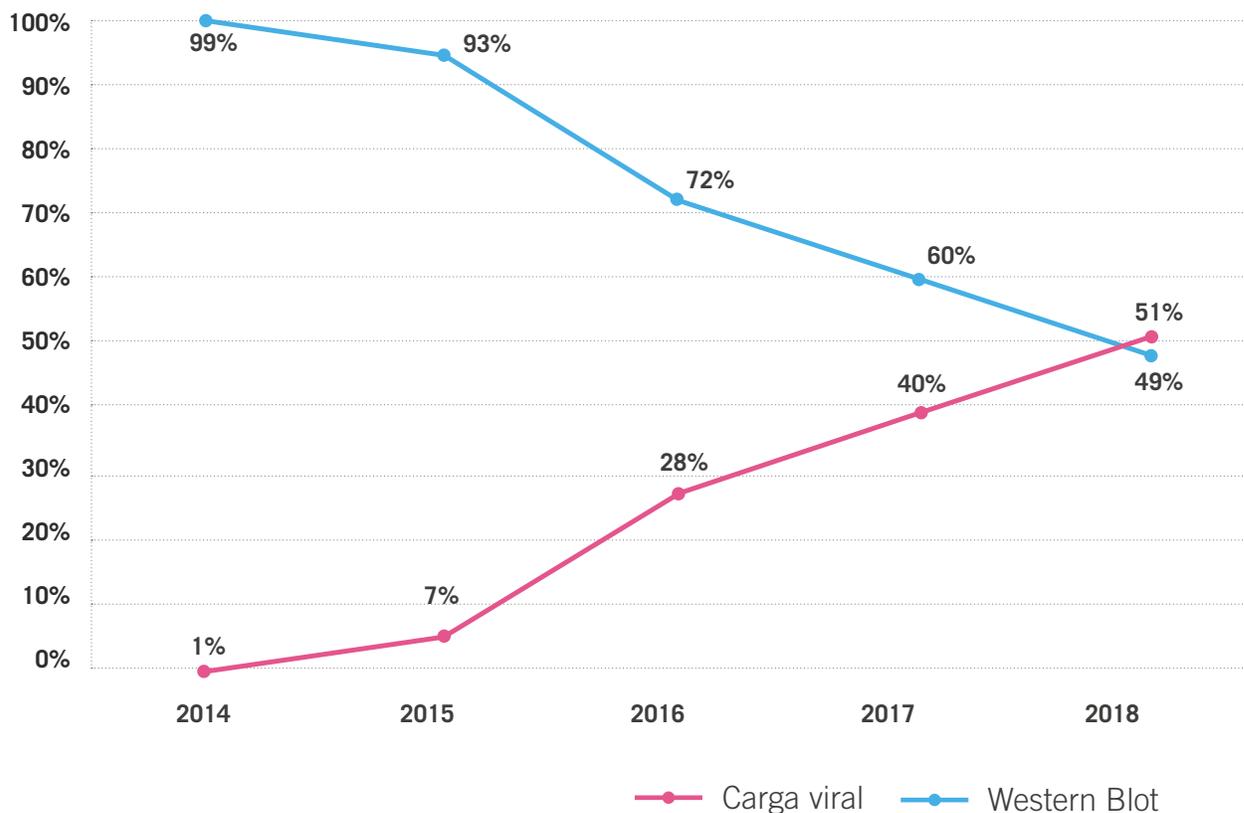
**Tabla 3. Variables relacionadas con el embarazo y diagnóstico de VIH, Colombia, cohorte 2018**

Variable		n	%
Control prenatal	Con control prenatal	746	91,5%
	Sin control prenatal	69	8,5%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Inicio del control prenatal	Primer trimestre	420	56,3%
	Segundo trimestre	278	37,3%
	Tercer trimestre	48	6,4%
<b>Total</b>		<b>746</b>	<b>100,0%</b>
Momento del diagnóstico de VIH con referencia a la gestación actual	Durante la gestación	401	49,2%
	Diagnóstico previo a la gestación	346	42,5%
	Después del parto	68	8,3%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Prueba utilizada en el diagnóstico de VIH (antes, durante o después del parto)	Western Blot	500	61,3%
	Carga viral	262	32,1%
	ELISA	44	5,4%
	Prueba rápida	9	1,1%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Gestantes diagnosticadas durante la gestación y prueba utilizada	Carga viral	206	51,4%
	Western Blot	195	48,6%
<b>Total</b>		<b>401</b>	<b>100,0%</b>
Gestantes diagnosticadas previo a la gestación y prueba utilizada	Western Blot	275	79,5%
	ELISA	33	9,5%
	Carga Viral	30	8,7%
	Prueba rápida	8	2,3%
<b>Total</b>		<b>346</b>	<b>100,0%</b>
Gestantes diagnosticadas después del parto y prueba utilizada	Western Blot	26	38,2%
	Carga Viral	30	44,1%
	ELISA	11	16,2%
	Prueba rápida	1	1,5%
<b>Total</b>		<b>68</b>	<b>100,0%</b>

Aunque el Ministerio de Salud y Protección Social incluyó en la guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos (6),

la carga viral como prueba confirmatoria para el diagnóstico de VIH en gestantes, después de 6 años de su publicación aún no se ve reflejada la aplicación de dicho algoritmo en la cohorte 2018. **Ver Gráfica 2.**

**Gráfica 2. Prueba utilizada en las gestantes con diagnóstico de VIH durante la gestación actual, Colombia, cohortes 2014 – 2018**



Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

## Seguimiento clínico de las gestantes

Los momentos en los cuales una mujer puede transmitir el VIH a su hijo son: durante la gestación, alrededor del parto y durante la lactancia materna. En cualquiera de estos momentos existe una relación directa entre la cantidad de virus (carga viral) que puede tener la mujer en el torrente sanguíneo y la posibi-

lidad de infección a su hijo (7). El factor de riesgo más importante asociado con la TMI es la carga viral, a mayor carga viral de la gestante mayor riesgo de transmisión. El 61,7% de las gestantes que ingresaron a la cohorte 2018, independientemente del momento del diagnóstico, tenían una segunda carga viral indetectable y el 49,5% un recuento de linfocitos CD4 entre 200 a 500 células. **Ver Tabla 4.**

**Tabla 4. Variables relacionadas con el seguimiento clínico de la gestante con VIH, Colombia, cohorte 2018.**

Variable		n	%
Carga viral N°1 realizada a la gestante independientemente del momento del diagnóstico ( <b>antes, durante o posterior al parto</b> )	Si se realizó	732	89,8%
	No se realizó	83	10,2%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Resultado carga viral N°1 realizada a la gestante independientemente del momento del diagnóstico ( <b>antes, durante o posterior al parto</b> )	Indetectable	187	25,5%
	11 - 999 copias	141	19,3%
	1.000 -10.000 copias	158	21,6%
	10.001 - 50.000 copias	156	21,3%
	50.001 - 100.000 copias	50	6,8%
	Mayor a 100.000 copias	40	5,5%
<b>Total</b>		<b>732</b>	<b>100,0%</b>
Carga viral N°2 realizada a la gestante independientemente del momento del diagnóstico ( <b>antes, durante o posterior al parto</b> )	Si se realizó	520	63,8%
	No se realizó	295	36,2%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Resultado carga viral N°2 realizada a la gestante independientemente del momento del diagnóstico ( <b>antes, durante o posterior al parto</b> )	Indetectable	321	61,7%
	21 - 999 copias	152	29,2%
	1.000 -10.000 copias	28	5,4%
	10.001 - 50.000 copias	15	2,9%
	50.001 - 100.000 copias	3	0,6%
	Mayor a 100.000 copias	1	0,2%
<b>Total</b>		<b>520</b>	<b>100,0%</b>

Variable		n	%
CD4 realizado a la gestante independientemente del momento del diagnóstico ( <b>antes, durante o posterior al parto</b> )	Si se realizó	663	81,3%
	No se realizó	152	18,7%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Resultado del CD4 realizado a la gestante independientemente del momento del diagnóstico ( <b>antes, durante o posterior al parto</b> )	Mayor a 500 células	242	36,5%
	200 a 500 células	328	49,5%
	Menor a 200 células	93	14,0%
<b>Total</b>		<b>663</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

La probabilidad de TMI sin tratamiento es de 20 a 28% y se reduce a menos del 2% en la gestante con tratamiento antirretroviral (TAR). Se resalta que hay una correlación entre la carga viral materna y la posibilidad de transmisión perinatal, la que cambia de 41%, con una carga viral mayor de 100.000 copias/ml, a 0%, con una carga viral menor a 1.000 copias/ml. Sin embargo, no se considera que una carga viral indetectable sea garantía segura de no transmisión, ya que se ha reportado hasta 3,6% de TMI de VIH en mujeres con cargas virales menores a 1.000 copias/ml (8). El impacto de esta intervención es suficiente para recomendar de manera contundente la administración de tratamiento antirretroviral en la mujer embarazada.

El 97,3% de las gestantes diagnosticadas con VIH durante la gestación actual tenían una primera carga viral y el 33,8% de estas

oscilaban entre 10.001 a 50.000 copias/ml lo cual representaba un riesgo de TMI del 21,3% (7).

Únicamente el 69,3% de las mujeres tuvieron una segunda carga viral en el 2018, esta segunda carga es recomendada a la semana 36 de gestación para evaluar el impacto del TAR y definir la vía del parto. **Ver Tabla 5.**

Existen otros factores que contribuyen a aumentar el riesgo de transmisión: tener un estadio clínico avanzado de la infección por VIH y estar sin tratamiento. Las gestantes con recuento bajo de linfocitos CD4 son más propensas a transmitir el virus a sus hijos (9), lo cual es relevante teniendo en cuenta que el 58,4% de las gestantes tenían un conteo de linfocitos CD4 entre 200 a 500 células por milímetro cúbico.

**Tabla 5. Variables relacionadas con el seguimiento clínico de las gestantes con diagnóstico de VIH durante la gestación actual, Colombia, cohorte 2018.**

Variable		n	%
Carga viral N°1 realizada a la gestante diagnosticada <b>durante la gestación</b> actual	Si se realizó	390	97,3%
	No se realizó	11	2,7%
<b>Total</b>		<b>401</b>	<b>100,0%</b>
Gestantes diagnosticadas <b>durante la gestación</b> actual. Resultado carga viral N°1	Indetectable	19	4,9%
	11 - 999 copias	58	14,9%
	1.000 -10.000 copias	111	28,5%
	10.001 - 50.000 copias	132	33,8%
	50.001 - 100.000 copias	38	9,7%
	Mayor a 100.000 copias	32	8,2%
<b>Total</b>		<b>390</b>	<b>100,0%</b>
Carga viral N°2 realizada a la gestante diagnosticada <b>durante la gestación</b> actual	Si se realizó	278	69,3%
	No se realizó	123	30,7%
<b>Total</b>		<b>401</b>	<b>100,0%</b>
Gestantes diagnosticadas <b>durante la gestación</b> actual. Resultado carga viral N°2	Indetectable	163	58,6%
	21 - 999 copias	92	33,1%
	1.000 -10.000 copias	14	5,0%
	10.001 - 50.000 copias	8	2,9%
	50.001 - 100.000 copias	1	0,4%
<b>Total</b>		<b>278</b>	<b>100,0%</b>
CD4 realizado a la gestante diagnosticada <b>durante la gestación</b> actual	Si se realizó	370	92,3%
	No se realizó	31	7,7%
<b>Total</b>		<b>401</b>	<b>100,0%</b>
Resultado del CD4 realizado a la gestante diagnosticada <b>durante la gestación</b> actual	Mayor a 500 células	104	28,1%
	200 a 500 células	216	58,4%
	Menor a 200 células	50	13,5%
<b>Total</b>		<b>370</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

## Tratamiento antirretroviral

El 88,1% (718) de las gestantes recibieron TAR durante la gestación en la cohorte 2018. El esquema de terapia antirretroviral (ARV) zidovudina+lamivudina+lopinavir/ritonavir fue el más utilizado en los tres períodos 2016,

2017 y 2018 con el 61,9%, 46,6% y 27,4% respectivamente. Se presentó un descenso en la utilización de este esquema de 34,5 puntos porcentuales entre el 2016 y 2018.

**Ver Tabla 6**

**Tabla 6. Esquemas de tratamiento antirretroviral suministrados a las gestantes que ingresaron y recibieron terapia antirretroviral en Colombia, cohorte 2018.**

Esquemas de tratamiento antirretroviral suministrados a las gestantes	n	%
Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/r	197	27,4%
Tenofovir Disoproxil Fumarato + Emtricitabina + Atazanavir/r	125	17,4%
Lamivudina + Abacavir + Lopinavir/r	96	13,4%
Lamivudina + Abacavir + Atazanavir/r	75	10,4%
Tenofovir Disoproxil Fumarato + Emtricitabina + Lopinavir/r	64	8,9%
Tenofovir Disoproxil Fumarato + Emtricitabina + Raltegravir	28	3,9%
Lamivudina + Abacavir + Nevirapina	19	2,6%
Tenofovir Disoproxil Fumarato + Emtricitabina + Efavirez	19	2,6%
Tenofovir Disoproxil Fumarato + Emtricitabina + Nevirapina	17	2,4%
Zidovudina + Lamivudina + Atazanavir/r	14	1,9%
Lamivudina + Abacavir + Efavirez	11	1,5%
Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina	9	1,3%
Lamivudina + Abacavir + Raltegravir	7	1,0%
Tenofovir Disoproxil Fumarato + Emtricitabina + Atazanavir/r + Raltegravir	4	0,6%
Tenofovir Disoproxil Fumarato + Emtricitabina + Darunavir/r	4	0,6%
Zidovudina + Lamivudina + Efavirez	3	0,4%
Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/r + Raltegravir	2	0,3%
Lamivudina + Tenofovir Disoproxil Fumarato + Efavirez	2	0,3%
Lamivudina + Abacavir + Dolutegravir	2	0,3%
Tenofovir Disoproxil Fumarato + Emtricitabina + Rilpivirina	2	0,3%
Lamivudina + Abacavir + Lopinavir/r + Raltegravir	2	0,3%
Etravirina + Darunavir/r + Raltegravir	2	0,3%
Otros esquemas	14	1,9%
<b>Total</b>	<b>718</b>	<b>100,0%</b>

La edad gestacional promedio de inicio del TAR fue de 13,9 semanas en el 2018, 15,6 semanas en el 2017, y 16 semanas en 2016.

La mayoría de las transmisiones del VIH de madre a hijo pueden ocurrir durante el momento del parto, con un porcentaje de 60 a 70% del total de los casos (4). El 93,9% y el 92,4% de las gestantes de las cohortes 2018 y 2017, respectivamente, recibieron terapia ARV en el intraparto, por lo cual no se observa un cambio significativo entre los dos periodos. El 90,1% de las gestantes recibieron profilaxis intraparto con zidovudina.

Solo el 85,9% de las gestantes recibieron las dos intervenciones de TAR en el anteparto como en el intraparto. **Ver Tabla 7**

El parto es la vía que más aporta a la transmisión materno infantil, pues el recién nacido está expuesto a sangre y secreciones genitales maternas que contienen el virus del VIH. Se ha demostrado que con carga viral menor de 1.000 copias se logra una reducción considerable en las tasas de transmisión materno infantil. (9). Por lo tanto, es importante considerar la vía de parto más adecuada y adoptar técnicas por las cuales no se exponga al recién nacido a fluidos, sangre y secreciones infectadas. Cuando se programa una cesárea, ésta deberá realizarse antes del inicio de la labor de parto y con membranas amnióticas integrales. Para el 97,8% de las mujeres en la cohorte 2018 se optó por la indicación adecuada de la vía del parto.

**Tabla 7. Variables relacionadas con el tratamiento antirretroviral y parto, Colombia, cohorte 2018**

Variable		n	%
Tratamiento antirretroviral en el anteparto	Sí recibió TAR	718	88,1%
	No recibió TAR	97	11,9%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Momento de inicio de TAR anteparto	Inicio de TAR previo a la gestación actual	234	32,6%
	Primer trimestre de la gestación	111	15,5%
	Segundo trimestre de la gestación	265	36,9%
	Tercer trimestre de la gestación	108	15,0%
<b>Total</b>		<b>718</b>	<b>100,0%</b>
TAR Intraparto	Sí recibió TAR	765	93,9%
	No recibió TAR	50	6,1%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Esquema de profilaxis antirretroviral utilizado en el intraparto	Zidovudina	689	90,1%
	Zidovudina+Nevirapina	76	9,9%
<b>Total</b>		<b>765</b>	<b>100,0%</b>

Variable		n	%
TAR anteparto-intraparto	Sí TAR anteparto - Sí TAR intraparto	700	85,9%
	No TAR anteparto - Sí TAR intraparto	65	8,0%
	No TAR anteparto - No TAR intraparto	32	3,9%
	Sí TAR anteparto - No TAR intraparto	18	2,2%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Tipo de parto	Cesárea	745	91,4%
	Vaginal	70	8,6%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Indicación de la vía del parto	Vía adecuada	797	97,8%
	Vía inadecuada	18	2,2%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>
Tratamiento farmacológico supresión lactancia materna	Sí se suministró	716	87,9%
	No se suministró	99	12,1%
<b>Total</b>		<b>815</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

# VARIABLES RELACIONADAS CON EL RECIÉN NACIDO EXPUESTO, PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL Y SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN COLOMBIA, COHORTE 2018

Para este informe se tomaron las definiciones de caso de bajo peso al nacer del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública del INS (10) las cuales corresponden a recién nacidos de 37 semanas o más. **Tabla 8.**

**Tabla 8. Clasificación del peso en recién nacidos de 37 semanas o más**

Clasificación del peso	Peso
Muy bajo peso al nacer	Recién nacido con peso igual o menor de 1.499 gramos
Peso bajo al nacer	Recién nacido con peso igual o menor de 2.499 gramos
Peso deficiente	Recién nacido con peso entre 2.500 y 2.999 gramos
Peso normal	Mayor o igual a 3.000 gramos

Fuente: Protocolo de Vigilancia del Evento bajo peso al nacer a término. Instituto Nacional de Salud

Para estandarizar la edad gestacional del recién nacido se utilizaron los siguientes parámetros descritos en la **Tabla 9.**

**Tabla 9. Clasificación de la edad gestacional de los recién nacidos**

Término de la gestación	Edad Gestacional
Prematuro extremo	Menor de 32 semanas
Prematuro moderado	32 a 34 semanas
Prematuro leve	35 -36 semanas
Término	37- 41 semanas
Postérmino	42 o más semanas

Fuente: Organización No Gubernamental Sinergias

### Término de la gestación y profilaxis antirretroviral

El 50,5% (414) de los recién nacidos fueron hombres y el 49,5% (406) mujeres.

El 49,2% de los niños expuestos en el 2017, presentaron al nacer, peso entre bajo a deficiente y, para el 2018, se observó un aumento de 1,2 puntos porcentuales en este mismo

parámetro a 50,4%. La distribución de los recién nacidos se encuentra referenciada en la **Tabla 10**.

De los niños expuestos que recibieron profilaxis antirretroviral con zidovudina, suministrada por 42 días, se observó un incremento progresivo desde 95,5% en el año 2014, a 99,2% en el año 2018.

**Tabla 10. Variables relacionadas con el término de la gestación y profilaxis antirretroviral de los niños y niñas expuestos al VIH, Colombia, cohorte 2018**

Variable		n	%
Sexo	Hombre	414	50,5%
	Mujer	406	49,5%
<b>Total</b>		<b>820</b>	<b>100,0%</b>
Término de la gestación	Prematuro extremo	17	2,1%
	Prematuro moderado	21	2,6%
	Prematuro leve	67	8,2%
	A término	712	86,8%
	Postérmino	3	0,4%
<b>Total</b>		<b>820</b>	<b>100%</b>
Peso al nacer en recién nacidos de 37 semanas o más	Peso bajo	69	9,7%
	Peso deficiente	291	40,7%
	Peso normal	355	49,7%
<b>Total</b>		<b>715</b>	<b>100%</b>
Profilaxis antirretroviral	Sí recibió ARV	799	97,4%
	No recibió ARV	20	2,4%
	Sin dato	1	0,1%
<b>Total</b>		<b>820</b>	<b>100,0%</b>
Esquema de profilaxis antirretroviral recibida	AZT* 42 días	621	77,7%
	AZT* 42 días + 3 dosis NVP	166	20,8%
	AZT*42 días + 3TC* 42 días + 3 dosis NVP	6	0,8%
	AZT menor a 42 días + 3 dosis de NVP	6	0,8%
<b>Total</b>		<b>799</b>	<b>100%</b>

## Alimentación del niño o niña expuesto al VIH

El riesgo de transmisión del VIH por la lactancia materna se ha estimado en un 30 a 40% por encima de la transmisión que puede ocurrir dentro del útero (4). Los factores que se asocian a un mayor riesgo de transmisión son: mayor carga viral plasmática, mayor carga viral en la leche materna, mayor deterioro inmunológico de la madre, presencia de mastitis, lesiones sangrantes en los pezones, lactancia mixta, erosiones en la mucosa oral del niño o niña o la presencia de candidiasis oral en lactantes, primoinfección durante la lactancia materna (7).

Dada la evidencia existente en el mundo sobre el riesgo de TMI del VIH por la lactancia materna, Colombia acogió, como política de Estado, el reemplazo de la lactancia materna por el código de los sucedáneos maternos

(fórmula láctea maternizada). A partir del año 2006; este alimento se garantiza a los lactantes hijos de madres con VIH hasta los 12 meses de edad a través del Plan de Beneficios en Salud.

El suministro de fórmula láctea exclusiva desde el nacimiento para la alimentación de las niñas y niños expuestos hasta los 6 meses de vida en la cohorte 2018 fue del 99,1%.

La alimentación mixta descendió de 3,6% a 2,7% y a 1,7% en 2014, 2015 y 2016 respectivamente, subió a 2,1% en el 2017 y descendió a 1,2% en el 2018. **Ver Tabla 11.**

Cabe resaltar que para la cohorte de 2016 el 90% de las madres recibieron tratamiento farmacológico para la supresión de la lactancia materna, en el 2017 85,1% y en 2018 87,9%.

**Tabla 11. Variables relacionadas con el tipo de alimentación de los niños y niñas expuestos al VIH, Colombia, cohorte 2018**

	Variable	n	%
Tipo de alimentación	Fórmula láctea exclusiva	796	97,1%
	Alimentación mixta	10	1,2%
	Lactancia materna exclusiva	5	0,6%
	Alimentación parenteral	5	0,6%
	Sin información	4	0,5%
<b>Total</b>		<b>820</b>	<b>100,0%</b>
Fórmula láctea exclusiva desde el nacimiento	Sí fórmula láctea exclusiva hasta los 6 meses de edad	789	99,1%
	No fórmula láctea exclusiva hasta los 6 meses de edad	7	0,9%
<b>Total</b>		<b>796</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

## Seguimiento virológico

La realización de la primera carga viral en los niños expuestos en los primeros 60 días de vida fue del 74,2% en el 2014, 76,6% para el 2015, 75,4% en el 2016, 82,4% para el 2017 y en el 2018 se obtuvo el 84,1%, aumentando 9,9 puntos porcentuales con respecto a la medición del 2014. **Ver Tabla 12.**

Con referencia al estado serológico final de los niños y niñas expuestos al VIH, la Tabla 12 presenta los resultados del año 2018.

Es de anotar que el 2,0% de los niños en el 2014, el 1,0% en el 2015, 1,9% en el 2016, 1,7% en el 2017 y el 1,5% en el 2018 fallecieron sin clasificación frente al VIH.

Los niños y niñas que no tenían definida su situación frente al VIH al cierre de las cohortes del 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 fueron el 3,1%, 3,6%, 0,9%, 0,8% y 0,5% respectivamente; observándose una disminución de 2,6 puntos porcentuales del 2014 al 2018.

*El 91,1%, 92,8%, 95,0%, 95,3% y 96,3% de los niños que nacieron de las gestantes reportadas con VIH y que ingresaron a las cohortes del 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 respectivamente, fueron declarados sanos frente al VIH.*

**Tabla 12. Variables relacionadas con el seguimiento virológico de los niños y niñas expuestos al VIH, Colombia, cohorte 2018**

Variable		n	%
Edad a la realización de la primera carga viral	Entre los primeros 60 días	690	84,1%
	Más de 61 días	117	14,3%
	No se realizó	13	1,6%
<b>Total</b>		<b>820</b>	<b>100,0%</b>
Resultado de la primera carga viral realizada entre los primeros 60 días	Indetectable	678	98,3%
	41 a 4.999 copias	6	0,9%
	5.000 o más copias	6	0,9%
<b>Total</b>		<b>690</b>	<b>100,0%</b>
Situación de los niños expuestos frente al VIH	Sanos	790	96,3%
	Diagnóstico de VIH	14	1,7%
	Fallecieron sin clasificación	12	1,5%
	Sin clasificación	4	0,5%
<b>Total</b>		<b>820</b>	<b>100,0%</b>

# INTERVENCIONES CLAVES SUMINISTRADAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH AL BINOMIO MADRE HIJO

Las intervenciones clave para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH se agrupan así:

- Tratamiento antirretroviral a la madre en el anteparto.
- Profilaxis antirretroviral a la madre en el intraparto.
- Parto por cesárea o parto vaginal, si está indicado, de acuerdo con el resultado de la carga viral realizada en el tercer trimestre de la gestación.
- Profilaxis antirretroviral con zidovudina de la niña o niño expuesto por 42 días.
- Administración exclusiva de fórmula láctea al recién nacido, desde el momento de su nacimiento hasta los 6 meses de edad.

En este informe se consideró:

## Indicación adecuada de la vía del parto:

- Mujer en tercer trimestre de embarazo con ARV, carga viral tercer trimestre desconocida, carga viral mayor o igual de 1.000 copias /ml: parto por cesárea electiva semana 38 de gestación.
- Mujer en tercer trimestre de embarazo sin ARV, con carga viral tercer trimestre desconocida, carga viral mayor o igual de 1.000 copias/ml: parto por cesárea electiva semana 38 de gestación con terapia intraparto.
- Mujer con carga viral indetectable en el tercer trimestre con o sin profilaxis antirretroviral en el intraparto: parto vaginal.

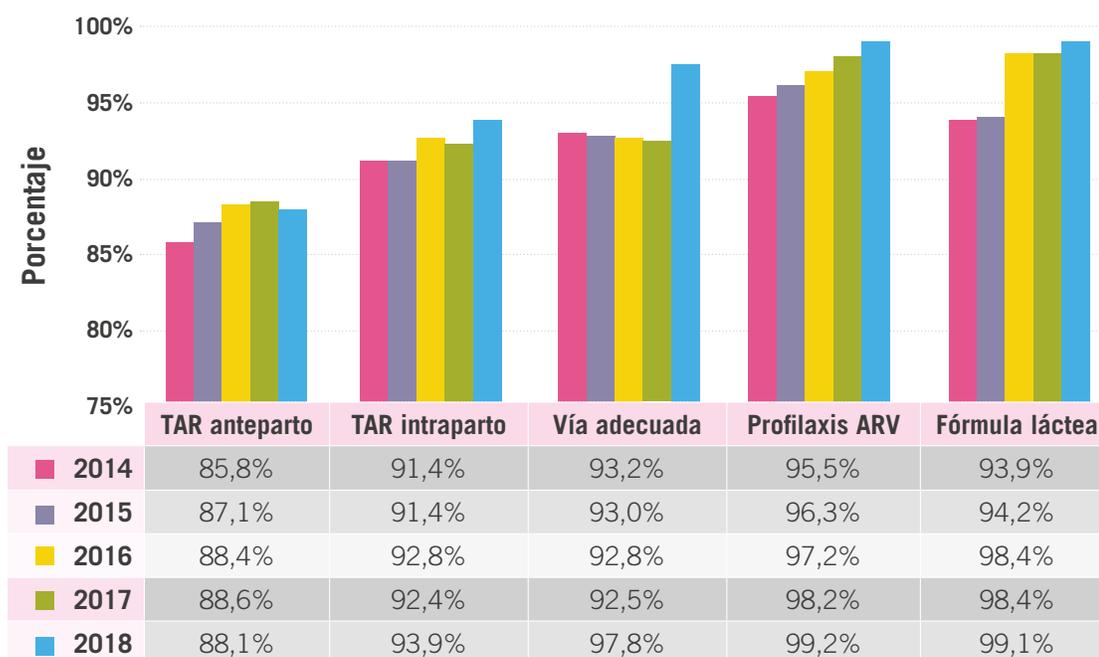
- Mujer en tercer trimestre de embarazo con ARV, carga viral tercer trimestre menor de 1.000 copias: parto vaginal.
- Mujer sin ARV, sin cargas virales: parto vaginal.
- Mujer sin ARV, carga viral tercer trimestre mayor o igual a 1.000 copias/ml: parto vaginal.

#### Indicación inadecuada de la vía del parto:

- Mujer en tercer trimestre de embarazo sin ARV, carga viral tercer trimestre desconocida: parto vaginal.

En la **Gráfica 3**, se muestran las intervenciones clave suministradas por la estrategia, en donde se evidencian las coberturas alcanzadas en las últimas cinco cohortes.

**Gráfica 3. Porcentaje de intervenciones clave suministradas para la prevención de la TMI del VIH al binomio madre hijo, Colombia, cohortes 2014 al 2018**



Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

#### Cumplimiento de las intervenciones clave de la estrategia suministradas por las entidades territoriales

En las **Tablas 13 y 14** se presenta el semáforo del cumplimiento de intervenciones tanto de las entidades territoriales como de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios con los siguientes rangos:

- **Rango Alto:** presentan un desempeño en la aplicación de las intervenciones  $\geq 95\%$ .
- **Rango Medio:** presentan un desempeño en la aplicación de las intervenciones entre el 85% a 94,9%.

- **Rango Bajo:** presentan un desempeño en la aplicación de las intervenciones <85%.

En la cohorte del 2018 las entidades territoriales de Vaupés, Vichada, Guainía y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, no reportaron casos de gestantes con diagnóstico de VIH, por lo cual no se ven reflejadas en este informe. 34 entidades territoriales reportaron casos de gestantes con VIH a los diferentes sistemas de información triangulados por la ETMI.

El 41,2% (14) entidades territoriales fueron clasificadas en rango bajo siendo el departamento del Tolima el que presenta el porcentaje más bajo con el 50,0%, el 44,1% se encuentran en rango medio y solo el 14,7% en rango alto. De las 44 EAPB que reportaron gestantes con diagnóstico de VIH en la cohorte 2018, el 31,8% se encuentran en rango alto, el 18,2% en medio y el 50% en rango bajo, teniendo entre estas la EPS Comfacundi, INPEC/USPEC y dos entidades territoriales que tenían binomios no asegurados.

*El promedio nacional de los binomios madre hijo en los que se cumplieron la totalidad de las intervenciones clave de la estrategia en las cohortes del 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 fue del 80,0%, 81,0%, 83,0%, 81,0% y 84,0% respectivamente.*

**Tabla 13. Porcentaje de cumplimiento de las intervenciones clave suministradas por las entidades territoriales para la prevención de la TMI del VIH, Colombia, cohorte 2018**

Entidad Territorial	n Binomios madre hijo	Binomios madre hijo con cumplimiento de las intervenciones	%
Amazonas	5	5	100%
Arauca	5	5	100%
Boyacá	8	8	100%
Caquetá	3	3	100%
Putumayo	4	4	100%
Quindío	18	17	94%
Casanare	16	15	94%
Cesar	28	26	93%
Bogotá	62	57	92%
Bolívar	24	22	92%
Cali	31	28	90%
Cartagena	39	35	90%
Caldas	9	8	89%
Meta	26	23	88%
Córdoba	68	60	88%
Cundinamarca	17	15	88%
Huila	22	19	86%
Norte de Santander	22	19	86%

Entidad Territorial	n Binomios madre hijo	Binomios madre hijo con cumplimiento de las intervenciones	%
Barranquilla	49	42	86%
Valle del Cauca	20	17	85%
Santander	33	28	85%
La Guajira	11	9	82%
Atlántico	27	22	81%
Nariño	32	26	81%
Antioquia	103	83	81%
Chocó	12	9	75%
Guaviare	4	3	75%
Magdalena	24	18	75%
Cauca	18	13	72%
Risaralda	13	9	69%
Sucre	22	15	68%
Buenaventura	12	8	67%
Santa Marta	15	10	67%
Tolima	18	9	50%
<b>Total</b>	<b>820</b>	<b>690</b>	<b>84%</b>

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

**Tabla 14. Porcentaje de cumplimiento de las intervenciones clave suministradas por las EAPB para la prevención de la TMI del VIH, Colombia, cohorte 2018**

Entidad Administradora de Planes de Beneficios	n Binomios madre hijo	Binomios madre hijo con cumplimiento de las intervenciones	%
Aliansalud	1	1	100%
Anas Wayuu	2	2	100%
Comfacor	12	12	100%
Comfaguajira	2	2	100%
Comfaoriente	1	1	100%
Comfenalco Valle	3	3	100%
Compensar	8	8	100%
Cruz Blanca	4	4	100%
Dusakawi	3	3	100%
Ecoopsos	2	2	100%
Famisanar	15	15	100%
Mallamas	6	6	100%
Sanitas	14	14	100%

Entidad Administradora de Planes de Beneficios	n Binomios madre hijo	Binomios madre hijo con cumplimiento de las intervenciones	%
Sura	15	15	100%
Coomeva	31	29	94%
SOS	10	9	90%
Medimas	79	70	89%
Capital Salud	26	23	88%
Comfahuila	8	7	88%
Salud Total	47	41	87%
Capresoca	7	6	86%
Emdisalud	7	6	86%
Barrios Unidos	19	16	84%
Comparta	56	47	84%
Nueva Eps	80	67	84%
AIC	6	5	83%
Comfanariño	6	5	83%
Emssanar	36	30	83%
Coosalud	70	58	83%
Saludvida	26	21	81%
Comfacartagena	5	4	80%
Comfachoco	5	4	80%
Mutual Ser	64	51	80%
Savia Salud	54	42	78%
Convida	4	3	75%
Fuerzas Militares	8	6	75%
Asmet Salud	39	29	74%
Cajacopi	26	19	73%
Magisterio	3	2	67%
Comfasucre	3	1	33%
Pijaos Salud	3	1	33%
Comfacundi	1	0	0%
Dirección territorial	2	0	0%
INPEC/USPEC	1	0	0%
<b>Total</b>	<b>820</b>	<b>690</b>	<b>84%</b>

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

# TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL, COLOMBIA, COHORTE 2018

## Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH.

Si bien es cierto que existe un avance importante en la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, aún nos falta superar varias brechas con referencia a las intervenciones suministradas a la madre las cuales deben subir a 95% o más con referencia al tratamiento antirretroviral durante la gestación, profilaxis antirretroviral en el intraparto, captación de la gestante en el primer trimestre de la gestación, antes de la semana décima como lo establece la Resolución 3280 de 2018 en el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (11) con el respectivo aumento del tamizaje al 95% o más, en los momentos que establece la mis-

ma resolución y la GPC 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 del 2014: primer trimestre de la gestación, segundo trimestre de la gestación, en el tercer trimestre o en el momento del parto (6).

Colombia se encuentra en camino a la eliminación de la TMI del VIH, por lo cual la OPS/OMS solicitó clarificar la medición del porcentaje de TMI neto: en el denominador solo tomar aquellos niños que tengan definida su situación frente al VIH (niños VIH negativos + niños VIH positivos).

Así mismo refieren que para la validación de la eliminación, se acepta hasta un 10% de los niños y niñas sin un diagnóstico final frente al VIH para cada cohorte. De acuerdo con lo establecido, Colombia para las cohortes 2017 y 2018 tiene, respectivamente 2,5% y 2,0% de los niños y niñas sin la clasificación final frente al VIH, porcentaje dentro del rango aceptado por la OPS/OMS.

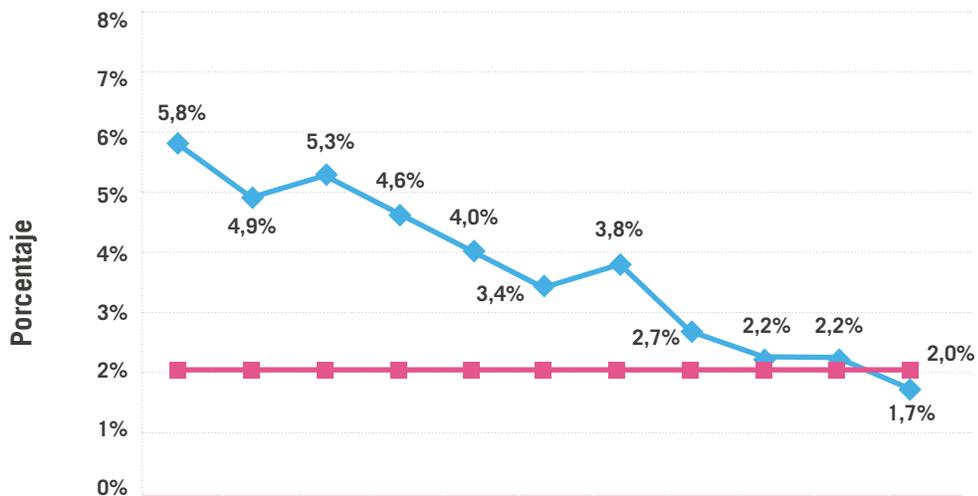
Colombia acogió la recomendación y calculó el porcentaje de TMI, tanto bruto como neto, realizando los ajustes al denominador. En el

porcentaje neto se limpia el denominador y este queda definido con los niños que ya conocen el desenlace con referencia al VIH. En el porcentaje bruto no se modificó el denominador, están todos los niños independientemente de si tienen clarificada su situación frente al VIH.

Al realizar la medición del porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, tanto neto como bruto, para la cohorte del 2018, no se presentó ninguna variación en este indicador: 1,7%. **Ver Gráficas 4 y 5.**

*Entre 2008 y 2018 Colombia presentó una disminución del porcentaje de TMI del VIH del 70,7% al pasar del 5,8% al 1,7% en los niños expuestos al VIH, reportados a la estrategia nacional.*

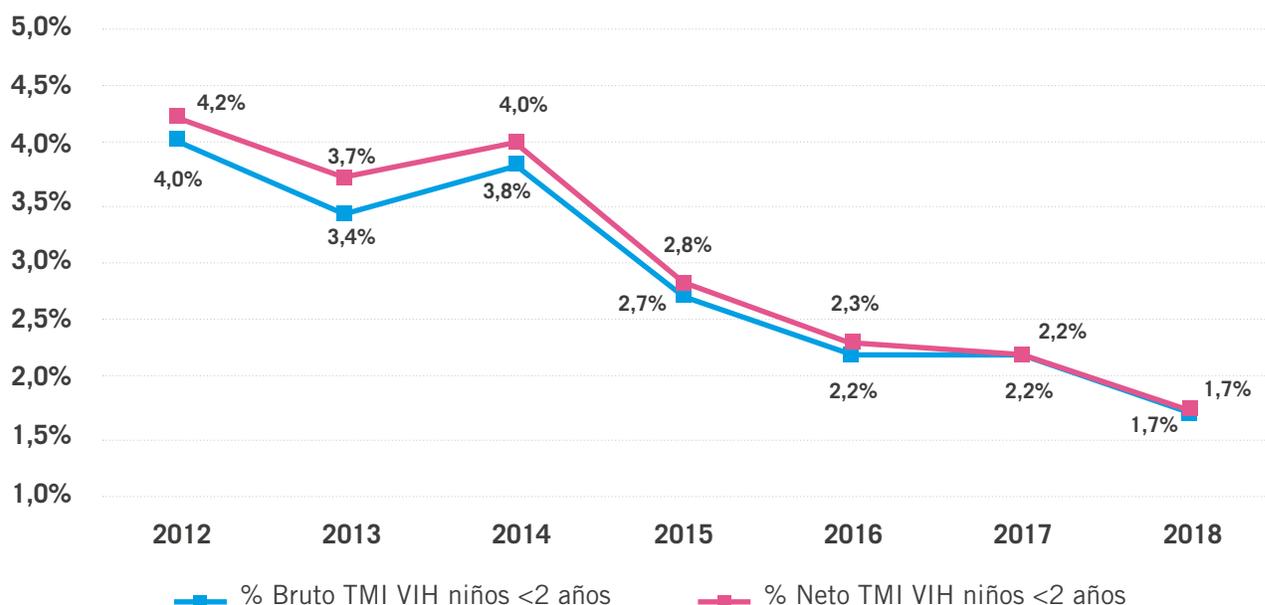
**Gráfica 4. Porcentaje Bruto de TMI del VIH en niños y niñas expuestos al VIH, menores de 2 años de edad, reportados a la estrategia, Colombia, cohortes 2008 – 2018**



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
n Niños expuestos al VIH	416	566	717	849	849	872	946	828	858	867	820
n Niños con VIH <2 años	24	28	38	39	34	30	36	22	19	19	14
% TMI VIH niños <2 años	5,8%	4,9%	5,3%	4,6%	4,0%	3,4%	3,8%	2,7%	2,2%	2,2%	1,7%
Meta	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

**Gráfica 5. Porcentaje Bruto y Neto de TMI del VIH en niños y niñas expuestos al VIH, menores de 2 años de edad, reportados a la estrategia, Colombia, cohortes 2012 – 2018**



Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

### Niños y niñas expuestos al VIH a quienes se les realizó un diagnóstico de VIH.

De las 14 niñas y niños infectados con VIH en el 2018, el 64,2% fueron hombres y 35,8% mujeres; el 35,7% recibieron alimentación mixta (leche materna más fórmula láctea); el 57,1% no recibió profilaxis ARV en el intra-parto, 50,0% de sus madres no tuvieron intervención del control prenatal y al 50,0% se les realizó el diagnóstico de VIH posterior al parto. El 60% de las gestantes tenían cargas virales entre 10.001 a 50.000 copias/ml. El 85,7% de los binomios están en el régimen subsidiado y el 14,3% en el contributivo.

3 de las madres que tuvieron hijos con diagnóstico de VIH tenían un diagnóstico de VIH antes de la gestación actual y presentaban cargas virales a su captación entre 12.000 y 16.000 copias/ml y CD4 entre 295 y 499 células por milímetro cúbico. Solo una (1) de ellas inicio la TAR a las 28 semanas, no siendo adherente a la terapia. **Ver Tabla 15.**

En la información registrada a través del seguimiento nominal del binomio madre hijo se encontraron las siguientes situaciones de vulnerabilidad, fallas en la adherencia a la ingesta de la TAR, entre otros.

- Madres no adherentes a la ingesta de la terapia antirretroviral.
- Madres con 6 controles prenatales, tamizaje no reactivo al momento del parto, alimentación mixta diagnóstico de VIH 140 días después del parto.
- Madre no asiste a programa de VIH, habitante de calle, farmacodependiente y atención del parto en expulsivo.
- Madre habitante de calle, farmacodependiente, con consumo de cocaína, bazuco, entre otras.
- Atención de parto en expulsivo.

- Madre con pruebas reactivas al momento del parto.
- Madre con 8 controles prenatales, tamizajes no reactivos, esposo VIH fallecido desconocía el diagnóstico, suministro de lactancia materna exclusiva.
- Suministro inadecuado de las dosis de profilaxis ARV al niño expuesto, lactancia materna por varios días, pruebas negativas durante la gestación, madre en contexto de desplazamiento.
- Inicio de profilaxis antirretroviral al niño expuesto al sexto día de vida.
- Madres suspenden ARV a los niños expuestos por varios días.

**Tabla 15. Intervenciones aplicadas en los binomios madre hijo de los niños y niñas que se infectaron con VIH por vía materno infantil, Colombia, cohorte 2018**

Intervenciones aplicadas		n	%
Edad gestacional al primer control prenatal	Primer trimestre	2	14,3%
	Segundo trimestre	5	35,7%
	Sin control prenatal	7	50,0%
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100,0%</b>
Momento del diagnóstico de VIH de la madre con referencia a la gestación actual	Posterior al parto	7	50,0%
	Durante la gestación	4	28,6%
	Antes de la gestación actual	3	21,4%
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100,0%</b>
TAR anteparto	Iniciado en el tercer trimestre	3	21,4%
	No recibió	11	78,6%
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100,0%</b>
TAR intraparto	Sí recibió	6	42,9%
	No recibió	8	57,1%
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100,0%</b>
Carga viral realizada a la gestante en cualquier momento de la gestación	No carga viral	9	64,3%
	Sí carga viral	5	35,7%
		<b>14</b>	<b>100,0%</b>
Resultado carga viral realizada a la gestante en cualquier momento de la gestación	1.000 -10.000 copias	1	20,0%
	10.001- 50.000 copias	3	60,0%
	Mayor a 100.000 copias	1	20,0%
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>100,0%</b>

Intervenciones aplicadas		n	%
Indicación de la vía del parto	Vía adecuada	10	71,4%
	Vía inadecuada	4	28,6%
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100,0%</b>
Profilaxis ARV del niño expuesto	Sí recibió	6	42,9%
	No recibió	8	57,1%
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100,0%</b>
Tipo de alimentación	Fórmula láctea exclusiva	7	50,0%
	Alimentación mixta	5	35,7%
	Lactancia materna exclusiva	2	14,3%
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

### Medición del porcentaje de transmisión materno infantil del VIH por entidad territorial y Entidad Administradora de Planes de Beneficios.

En las **Tablas 16 y 17** se muestra el porcentaje bruto y neto de transmisión materno infantil del VIH por entidad territorial y por Entidad Administradora de Planes de Beneficios, correspondiente a la cohorte de niñas y niños expuestos al VIH que nacieron entre el **1 de enero y el 31 de diciembre de 2018**.

Las entidades territoriales y EAPB con mayores porcentajes, tanto bruto como neto, de TMI del VIH, por encima del promedio nacional (1,7%) fueron en su orden: Risaralda, Santa Marta, Cundinamarca, Tolima, Norte de Santander, Antioquia, Atlántico, Bogotá, Nariño y Barranquilla. El departamento de Antioquia fue el que tuvo el mayor número de niños y niñas (4) con diagnóstico de VIH seguido por Bogotá con (2) casos.

Con referencia a las EAPB fueron: INPEC/USPEC, Pijaos Salud, Convida, Barrios Unidos, Salud Total, Capital Salud, Savia Salud, Emssanar, Nueva EPS y Comparta. Las aseguradoras Salud Total, Nueva EPS y Savia Salud fueron las que registraron el mayor número de niños cada una con dos (2) casos.

**En las Tablas 1 y 2 del anexo**, se muestra la situación de los niños y niñas expuestos, menores de 2 años, que entraron a la cohorte 2018 por entidad territorial de residencia de la madre y por EAPB: niños expuestos, sanos, sin clasificación, niños que fallecieron sin clasificación y niños y niñas con VIH.

De igual manera en el anexo se registra la información de las gestantes migrantes con diagnóstico de VIH, atenciones recibidas y situación de sus hijos e hijas expuestos.

**Tabla 16. Porcentaje de TMI del VIH en menores de 2 años de edad por entidad territorial de residencia de la madre, Colombia, cohorte 2018**

Entidad Territorial	n Nacidos vivos expuestos al VIH	n Niños con VIH <2 años	% Bruto TMI del VIH	n Nacidos vivos expuestos con clasificación final: sanos - con VIH	n Niños con VIH <2 años	% Neto de TMI de VIH
Risaralda	13	1	7,7%	12	1	8,3%
Santa Marta	15	1	6,7%	15	1	6,7%
Cundinamarca	17	1	5,9%	17	1	5,9%
Tolima	18	1	5,6%	17	1	5,9%
Norte de Santander	22	1	4,5%	21	1	4,8%
Antioquia	103	4	3,9%	102	4	3,9%
Atlántico	27	1	3,7%	26	1	3,8%
Bogotá	62	2	3,2%	62	2	3,2%
Nariño	32	1	3,1%	31	1	3,2%
Barranquilla	49	1	2,0%	48	1	2,1%
Amazonas	5	0	0,0%	5	0	0,0%
Arauca	5	0	0,0%	5	0	0,0%
Bolívar	24	0	0,0%	24	0	0,0%
Boyacá	8	0	0,0%	8	0	0,0%
Buenaventura	12	0	0,0%	11	0	0,0%
Caldas	9	0	0,0%	8	0	0,0%
Cali	31	0	0,0%	31	0	0,0%
Caquetá	3	0	0,0%	3	0	0,0%
Cartagena	39	0	0,0%	39	0	0,0%
Casanare	16	0	0,0%	16	0	0,0%
Cauca	18	0	0,0%	17	0	0,0%
Cesar	28	0	0,0%	28	0	0,0%
Chocó	12	0	0,0%	10	0	0,0%
Córdoba	68	0	0,0%	66	0	0,0%
Guaviare	4	0	0,0%	4	0	0,0%
Huila	22	0	0,0%	21	0	0,0%
La Guajira	11	0	0,0%	11	0	0,0%
Magdalena	24	0	0,0%	23	0	0,0%
Meta	26	0	0,0%	26	0	0,0%
Putumayo	4	0	0,0%	4	0	0,0%
Quindío	18	0	0,0%	18	0	0,0%
Santander	33	0	0,0%	33	0	0,0%
Sucre	22	0	0,0%	22	0	0,0%
Valle del Cauca	20	0	0,0%	20	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>820</b>	<b>14</b>	<b>1,7%</b>	<b>804</b>	<b>14</b>	<b>1,7%</b>

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

**Tabla 17. Porcentaje de TMI del VIH en menores de 2 años de edad por EAPB, Colombia, cohorte 2018**

EAPB	n Nacidos vivos expuestos al VIH	n Niños con VIH <2 años	% Bruto TMI del VIH	n Nacidos vivos expuestos con clasificación final: sanos - con VIH	n Niños con VIH <2 años	% Neto de TMI de VIH
INPEC/USPEC	1	1	100,0%	1	1	100,0%
Pijaos Salud	3	1	33,3%	3	1	33,3%
Convida	4	1	25,0%	4	1	25,0%
Barrios Unidos	19	1	5,3%	19	1	5,3%
Salud Total	47	2	4,3%	47	2	4,3%
Capital Salud	26	1	3,8%	26	1	3,8%
Savia Salud	54	2	3,7%	53	2	3,8%
Emsanar	36	1	2,8%	35	1	2,9%
Nueva Eps	80	2	2,5%	79	2	2,5%
Comparta	56	1	1,8%	54	1	1,9%
Mutual Ser	64	1	1,6%	62	1	1,6%
AIC	6	0	0,0%	6	0	0,0%
Aliansalud	1	0	0,0%	1	0	0,0%
Anas Wayuu	2	0	0,0%	2	0	0,0%
Asmet Salud	39	0	0,0%	37	0	0,0%
Cajacopi	26	0	0,0%	26	0	0,0%

EAPB	n Nacidos vivos expuestos al VIH	n Niños con VIH <2 años	% Bruto TMI del VIH	n Nacidos vivos expuestos con clasificación final: sanos - con VIH	n Niños con VIH <2 años	% Neto de TMI de VIH
Capresoca	7	0	0,0%	7	0	0,0%
Comfacartagena	5	0	0,0%	5	0	0,0%
Comfachoco	5	0	0,0%	4	0	0,0%
Comfacor	12	0	0,0%	12	0	0,0%
Comfacundi	1	0	0,0%	1	0	0,0%
Comfaguajira	2	0	0,0%	2	0	0,0%
Comfahuila	8	0	0,0%	7	0	0,0%
Comfanariño	6	0	0,0%	6	0	0,0%
Comfaoriente	1	0	0,0%	1	0	0,0%
Comfasucre	3	0	0,0%	3	0	0,0%
Comfenalco Valle	3	0	0,0%	3	0	0,0%
Compensar	8	0	0,0%	8	0	0,0%
Coomeva	31	0	0,0%	31	0	0,0%
Coosalud	70	0	0,0%	70	0	0,0%
Cruz Blanca	4	0	0,0%	4	0	0,0%
Dusakawi	3	0	0,0%	3	0	0,0%
Ecoopsos	2	0	0,0%	2	0	0,0%
Emdisalud	7	0	0,0%	7	0	0,0%
Famisanar	15	0	0,0%	15	0	0,0%
Fuerzas Militares	8	0	0,0%	8	0	0,0%
Magisterio	3	0	0,0%	3	0	0,0%
Mallamas	6	0	0,0%	6	0	0,0%
Medimas	79	0	0,0%	77	0	0,0%
Saludvida	26	0	0,0%	25	0	0,0%
Sanitas	14	0	0,0%	14	0	0,0%
SOS	10	0	0,0%	10	0	0,0%
Sura	15	0	0,0%	15	0	0,0%
Dirección Territorial	2	0	0,0%			
<b>Total</b>	<b>820</b>	<b>14</b>	<b>1,7%</b>	<b>804</b>	<b>14</b>	<b>1,7%</b>

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

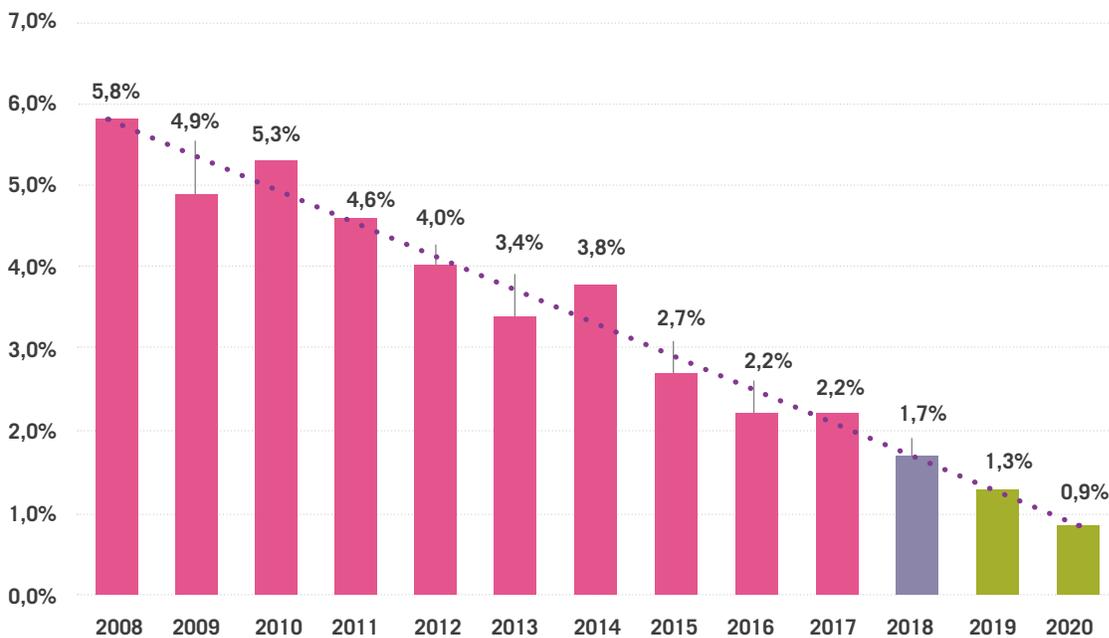


# PROYECCIÓN DEL PORCENTAJE DE TMI DEL VIH A TRAVÉS DE UN MODELO DE REGRESIÓN LINEAL

En la **Gráfica 6** se muestran los datos del porcentaje de transmisión materno infantil del VIH desde el año 2008 al 2018, registrados por la estrategia. A través de un modelo de regresión lineal se calculó el porcentaje de TMI para los años 2019 al 2020 teniendo en cuenta la tendencia de reducción de 0.0040 anual observada a la fecha (pendiente de la regresión). De continuar con la tendencia de

los últimos años (enfaticando en la captación de la gestante en el primer trimestre de la gestación, antes de la semana décima, tamizaje del 95% o más, diagnóstico y la implementación de las intervenciones normadas por la estrategia), se estima que el logro de la meta de eliminación del 2% o menos se siga sosteniendo al año 2020.

**Gráfica 6. Proyección del porcentaje de TMI del VIH a través de un Modelo de Regresión Lineal, Colombia 2008 - 2020**



Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH. Colombia 2008-2020

# CONCLUSIONES

- Entre 2008 y 2018, Colombia presentó una disminución de la TMI del VIH del 70,7%, al pasar del 5,8% al 1,7% en los niños y niñas expuestos al VIH, reportados a la estrategia nacional.
- El 71,7% de las gestantes viviendo con VIH estaban en el régimen subsidiado, el 26,5% en el contributivo, 1,3% pertenecían al régimen de excepción y el 0,5% estaban sin aseguramiento.
- El 87,9% de las madres recibieron la intervención farmacológica para la supresión de la lactancia materna.
- La proporción de los binomios madre hijo que recibieron las cinco intervenciones clave para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH en las cohortes del: 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 fue del 80%, 81%, 83%, 81% y 84% respectivamente. Este porcentaje se encontraba en el 58% en el año 2008. Aunque se observa un aumento en este indicador, persisten fallas en la aplicación de las intervenciones dando lugar al aumento del riesgo de la TMI. Las intervenciones más deficientes son el tratamiento antirretroviral durante la gestación y en el intraparto.
- Existen brechas en la atención prenatal que incluyen problemas con la captación antes de la semana 10 de gestación, y el diagnóstico y tratamiento de la gestante con VIH, las cuales deben corregirse para el logro de la meta de eliminación de la transmisión materno infantil. Igualmente, se debe propender por el tamizaje de este evento por parte de todos los prestadores de servicios de salud por medio del uso de las pruebas rápidas.
- De los 14 niños y niñas a quienes se les realizó un diagnóstico de VIH por vía materno infantil, el 50% de sus madres no tuvieron la intervención del control prenatal y de igual manera al 50% de las madres de estos niños se le realizó el diagnóstico posterior al parto. Se evidencia que el incumplimiento en las intervenciones clave de la estrategia impacta de manera directa en la transmisión materno infantil del VIH.

# RECOMENDACIONES

- Las EAPB deben promover y contratar con los prestadores de servicios de salud la utilización de pruebas rápidas en el punto de atención del control prenatal, lo cual contribuiría a aumentar la cobertura del tamizaje y facilitar el diagnóstico y el inicio del protocolo de prevención para la TMI. De igual manera, se debe canalizar a las gestantes al programa de planificación familiar para que, desde el embarazo, reciban asesoría sobre el control de su fecundidad, la utilización y entrega de condones durante la gestación y posterior a esta garantizar la atención, oportunidad y continuidad en el tratamiento antirretroviral de estas mujeres una vez concluida la gestación. Es igual de importante que los prestadores fortalezcan la difusión de la consulta preconcepcional en el grupo de edad de mujeres en edad fértil para que puedan tener una gestación planeada y deseada (11).
- Los prestadores de servicios de salud deben fortalecer la implementación del algoritmo diagnóstico para VIH en la población de gestantes, de acuerdo con la normatividad existente; garantizar el suministro farmacológico de la inhibición de la lactancia materna; garantizar la anticoncepción postparto y la implementación de la Resolución 1314 de 2020, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual amplía los perfiles de las personas que pueden realizar pruebas rápidas en un contexto intramural o extramural (12)
- Se deben diseñar, implementar y evaluar estrategias diferenciales para mejorar el acceso a los servicios de salud para algunos grupos de población vulnerables específicos identificados en este informe, como: mujeres que viven en condiciones de pobreza, los grupos indígenas, mujeres habitantes de calle, las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas y mujeres migrantes entre otras; Así mismo, se debe hacer un análisis detallado de las vulnerabilidades que presentan las gestantes, de manera que se puedan instaurar servicios socio sanitarios (protección social más salud) para la atención integral de esta población.
- El compromiso político con las metas y los objetivos de la iniciativa ETMI Plus es fundamental para procurar que las generaciones futuras estén libres de la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas. De igual manera, la integración y fortalecimiento de esta estrategia dará lugar a una mejor calidad de la atención de las gestantes y sus hijos e hijas, un mayor acceso a los servicios de salud y, en último término, se fomentará una mayor equidad, así como beneficios en materia de salud de los distintos grupos poblacionales y étnicos presentes en el territorio nacional.

# REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe anual del presidente del comité ejecutivo 50. Consejo directivo, 62a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, D.C; 2010. (resolución CD50/2). Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-02-s.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas. ETMI-PLUS, marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Julio del 2017.
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, UNICEF Nuevas Generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018 ETMI-Plus. Washington D. C.: OPS 2019. Disponible en <http://iris.paho.org>.
4. Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA, ACIN, IETS. Guía de Práctica clínica basada evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad. Sistema General de Seguridad Social en Salud. ISBN 978-958-8735-89-4. Bogotá, Colombia diciembre 2014.

5. Cuenta de Alto Costo, Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH SIDA, Colombia 2019. ISSN 23447702. Colombia, marzo de 2020.
6. Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA, ACIN, IETS. Guía de Práctica clínica basada evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos. Sistema General de Seguridad Social en Salud. ISBN 978-958-8735-90-0. Bogotá, Colombia diciembre 2014
7. Ministerio de Salud del Perú, Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, The Global Fund. Transmisión Madre Niño/ Niña del Virus de Inmunodeficiencia Humana: Desarrollo de las Estrategias para su Prevención en los Establecimientos de Salud. Lima 2008
8. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución Número 3442 de 2006. Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica. Bogotá: MinPro; 2006.
9. Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita, y de atención integral de niños, niñas con VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Subsecretaría de Vigilancia de Salud, Dirección Nacional de Estrategias Colectivas, Estrategia Nacional de VIH/SIDA. Quito-Ecuador. Publicado 2013.
10. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, Bajo Peso al Nacer a Término. Año 2016.
11. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 3280 de 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.
12. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1314 de 2020. Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y C.



# ANEXOS

**Tabla 1. Situación de los niños y niñas menores de 2 años de edad expuestos al VIH, por entidad territorial de residencia de la madre, Colombia, cohorte 2018**

Entidad Territorial	n Nacidos vivos expuestos al VIH	n Niños sanos	n Niños sin clasificación	n Niños que fallecieron sin clasificación	n Niños con VIH <2 años
Amazonas	5	5			
Antioquia	103	98	1		4
Arauca	5	5			
Atlántico	27	25		1	1
Barranquilla	49	47		1	1
Bogotá	62	60			2
Bolívar	24	24			
Boyacá	8	8			
Buenaventura	12	11		1	
Caldas	9	8	1		
Cali	31	31			
Caquetá	3	3			
Cartagena	39	39			
Casanare	16	16			
Cauca	18	17		1	
Cesar	28	28			
Chocó	12	10		2	
Córdoba	68	66	1	1	
Cundinamarca	17	16			1
Guaviare	4	4			
Huila	22	21		1	
La Guajira	11	11			
Magdalena	24	23		1	
Meta	26	26			
Nariño	32	30		1	1
Norte de Santander	22	20		1	1
Putumayo	4	4			
Quindío	18	18			
Risaralda	13	11	1		1
Santa Marta	15	14			1
Santander	33	33			
Sucre	22	22			
Tolima	18	16		1	1
Valle del Cauca	20	20			
<b>Total</b>	<b>820</b>	<b>790</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>14</b>

**Tabla 2. Situación de los niños y niñas menores de 2 años de edad expuestos al VIH, por EAPB, Colombia, cohorte 2018**

EAPB	n Nacidos vivos expuestos al VIH	n Niños sanos	n Niños sin clasificación	n Niños que fallecieron sin clasificación	n Niños con VIH <2 años
AIC	6	6			
Aliansalud	1	1			
Anas Wayuu	2	2			
Asmet Salud	39	37		2	
Barrios Unidos	19	18			1
Cajacopi	26	26			
Capital Salud	26	25			1
Capresoca	7	7			
Comfacartagena	5	5			
Comfachoco	5	4		1	
Comfacor	12	12			
Comfacundi	1	1			
Comfaguajira	2	2			
Comfahuila	8	7		1	
Comfanariño	6	6			
Comfaoriente	1	1			

EAPB	n Nacidos vivos expuestos al VIH	n Niños sanos	n Niños sin clasificación	n Niños que fallecieron sin clasificación	n Niños con VIH <2 años
Comfasucre	3	3			
Comfenalco Valle	3	3			
Comparta	56	53		2	1
Compensar	8	8			
Convida	4	3			1
Coomeva	31	31			
Coosalud	70	70			
Cruz Blanca	4	4			
Dirección Territorial	2	0	2		
Dusakawi	3	3			
Ecoopsos	2	2			
Emdisalud	7	7			
Emsanar	36	34		1	1
Famisanar	15	15			
Fuerzas Militares	8	8			
INPEC/USPEC	1	0			1
Magisterio	3	3			
Mallamas	6	6			
Medimas	79	77	1	1	
Mutual Ser	64	61		2	1
Nueva Eps	80	77		1	2
Pijaos Salud	3	2			1
Salud Total	47	45			2
Saludvida	26	25		1	
Sanitas	14	14			
Savia Salud	54	51	1		2
SOS	10	10			
Sura	15	15			
<b>Total</b>	<b>820</b>	<b>790</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>14</b>

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la TMI del VIH. Colombia 2018

# POBLACIÓN MIGRANTE

De acuerdo con la información triangulada a través del Sivigila y del sistema de información de la estrategia, se tiene el registro de 23 gestantes migrantes de Venezuela con los siguientes datos:

- La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 42 años.
- El 83.5% de las gestantes están entre los rangos de 20 a 29 años.
- 100% residen en la cabecera municipal y pertenencia étnica otros.
- De acuerdo con la residencia, el 22,0% están en Bogotá, 17,0% residen en Venezuela y vienen a recibir las atenciones a Colombia, 13,0% en Antioquia, un 9,0% residen en Caldas, un 9,0% en el distrito de Cartagena y un 4,0% en los departamentos de Sucre, Atlántico, Santander, Barranquilla, Bolívar, Meta y Boyacá, cada uno.

Momento del diagnóstico de VIH de las 23 gestantes: se tiene que el 82,6% fue durante la gestación actual, un 8,7% ya tenían un diagnóstico de VIH y 8,7% fueron diagnosticadas posterior al parto.

Con referencia a la prueba utilizada en el diagnóstico de VIH: el 46,0% fue con carga viral, 22,0% con Western Blot, el 22,0% tenía prueba desconocida con fecha desconocida y un 13,0% prueba de Elisa o rápida (de estas gestantes, a 2 se les realizó una prueba de anticuerpos para su diagnóstico durante la gestación actual).

El 43,0% (10) de las gestantes no recibieron terapia ARV y el 57,0% (13) sí recibió esta intervención.

Respecto al TAR de las 13 gestantes que recibieron esta intervención, se identifica lo siguiente:

- 15,4% estaban ya en terapia ARV, tenían un diagnóstico antes de la gestación actual.
- 38,4% iniciaron la TAR en el segundo trimestre de la gestación.
- 46,2% iniciaron la TAR en el tercer trimestre de la gestación.

Al 26,0% (6) de las mujeres se les realizó 2 cargas virales durante su gestación.

De las 23 gestantes, 22 culminaron su gestación con un nacido vivo, a una se le realizó interrupción voluntaria del embarazo.

El 73,0% de los partos fueron cesárea, del 18,0% se desconoce la información y el 9,0% fue por vía vaginal.

Con referencia a los 22 niños y niñas expuestos al VIH se determinó:

- A 6 (27,2%) niños y niñas se les realizó un diagnóstico de VIH:
- A 12 (54,5%) niños y niñas se les descartó infección por VIH y se les declaró sanos.
- 4 (18,0%) niños y niñas quedaron sin clasificación frente al VIH, no fue posible su ubicación. Todos tenían una primera carga viral <50 copias/ml, realizada entre los 40 y 59 días de vida.



La salud  
es de todos

Minsalud

# ETMI-PLUS

ESTRATEGIA NACIONAL PARA  
LA ELIMINACIÓN DE LA  
TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL  
DEL VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B Y  
ENFERMEDAD DE CHAGAS,  
COLOMBIA, 2019 - 2030

Comportamiento de la Transmisión  
Materno Infantil del VIH en Colombia.  
**Medición de la Cohorte 2018**

Dirección de Promoción y Prevención  
Grupo de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos



**OPS**