

Profundización del análisis de la situación de salud, Medellín 2005 - 2018

3

APRENDIMOS
A TENER AUTO
ESTIMA Y A TOCAR

APRENDIMOS* A VALORAR
... TAMBIÉN A *
... LOS PROBLEMAS
... ESTIMA.

Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos



Alcaldía de Medellín

Análisis de Situación de Salud de la Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Alcaldía de Medellín

Secretaría de Salud de Medellín

Medellín, 2020



Daniel Quintero Calle
Alcalde de la ciudad de Medellín

Equipo directivo

Jennifer Andree Uribe Montoya
Secretaria de Salud de Medellín

Natalia López Delgado
Subsecretaria de Salud Pública

Ruth Helena Mena Pino
Subsecretaria de Gestión de Servicios de salud

Narda Constanza Moreno
Subsecretaria Administrativa y financiera

Juan Diego Tobón Lotero
Dirección Técnica de Planeación en Salud

Equipo coordinador ASIS

Juan Diego Tobón Lotero
Director Técnico Planeación en Salud

Luis Augusto Hurtado
Líder de Programa, Dirección Técnica de Planeación

Dora Beatriz Rivera Escobar
Profesional Universitario, Dirección Técnica de Planeación

Verónica María Lopera Velásquez
Profesional Especializado Profesional Especializado, Dirección Técnica de Planeación

Mary Salazar Barrientos
Profesional Especializado, Dirección Técnica de Planeación

Eduardo Santacruz Sanmartín
Profesional Especializado, Dirección Técnica de Planeación.



Equipo técnico de Salud Sexual y Reproductiva

Juan Fernando Aristizábal Gómez
Líder de Proyecto, Subsecretaría de Salud Pública

Claudia Inés Silva Viviescas
Enfermera, Subsecretaría De Salud Pública

Adriana Lucia Aguirre Velásquez
Enfermera, Subsecretaría De Salud Pública

Sebastián Vanegas Morales
Médico general, Subsecretaría de Salud Pública

Isabel Cristina Vallejo Zapata
Profesional Especializada, Subsecretaría de Salud Pública.

Elizabeth García Restrepo
Profesional Universitario, Subsecretaría de Salud Pública.

Con la participación de:

Universidad de Antioquia, Grupo Nacer Salud Sexual y Reproductiva
Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento
Dirección Técnica Planeación Salud
Profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública



Tabla de contenido

Introducción.....	1
1. Tasa General de Fecundidad.....	2
2. Embarazo adolescente	6
2.1. Morbilidad Materna Extrema (MME) y mortalidad materna	10
2.1.1. Morbilidad Materna Extrema (MME).....	11
2.1.2. Mortalidad materna	17
3. Mortalidad perinatal y neonatal tardía.....	22
4. Enfermedades de Trasmisión Sexual de transmisión materno-infantil (TMI).	34
4.1. Sífilis congénita.	35
4.2. VIH materno y Transmisión materno-infantil(TMI).	42
5. VIH/SIDA.....	57
Incidencia.....	59
Prevalencia.....	61
Según género.....	61
Distribución por grupos de edad.	62
Según mecanismo de transmisión.	63
Otras consideraciones importantes.	64
Bibliografía.....	80



Índice de tablas

Tabla 1. Número y porcentaje de muertes maternas por quinquenio según causa agrupada de muerte, Medellín, 2004-2018p.	20
Tabla 2. Mortalidad perinatal según comunas y corregimientos, Medellín, 2012 y 2018p.	26
tabla 3. Matriz babies - tasas de mortalidad perinatal y neonatal según el peso al nacer y momento de la muerte. Medellín, 2018p.	29
Tabla 4. Sífilis congénita, distribución del número de casos y tasa por mil nacidos vivos según zonas y comunas de medellín, 2014-2018.	37
Tabla 5. Condiciones sociales de riesgo concurrentes en las madres de los recién nacidos con sífilis congénita cuyo factor determinante fue la no realización de control prenatal. Medellín, 2013-2018.	40
Tabla 6. Gestantes con diagnóstico de VIH, frecuencia de casos captados en la EPTMI e ingreso a la estrategia. Medellín, 2010-2018p.	44
Tabla 7. Gestantes con diagnóstico de VIH, frecuencia de casos por según características sociodemográficas, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), Medellín cohortes 2014-2016.	46
Tabla 8. Gestantes con diagnóstico de VIH, frecuencia de casos según variables de seguimiento y diagnóstico. Medellín, cohortes 2014-2016.	50
Tabla 9. Gestantes con diagnóstico de VIH. Número de casos y distribución porcentual según administración de tar anteparto e intraparto. Medellín, cohortes 2014-2016.	53

Tabla 10. Número de casos y distribución porcentual de los recién nacidos expuestos al VIH según administración de profilaxis antirretroviral al nacer y fórmula láctea por doce meses, Medellín cohortes 2014-2016. 55

tabla 11. Resultados de los indicadores de las metas operacionales del plan estratégico para disminuir la TMI del VIH. Medellín, cohortes 2014-2016. 56

tabla 13. Enfermedades oportunistas de los casos diagnosticados con VIH/sida. 64



Índice de figuras

Figura 1. Tasa específica de fecundidad, Medellín 2005-2018.	3
Figura 2. Comparativo tasa específica de fecundidad por grupos de edad, Medellín 2005 y 2018.	4
Figura 3. Tasa General de Fecundidad según comunas y corregimientos, Medellín 2018.	5
Figura 4. Tasas de mortalidad perinatal y neonatal general, Medellín 2012 – 2018p.	25
Figura 5. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal según causa y peso, Medellín 2018p.	34
Figura 6. Comportamiento de la tasa de incidencia y casos de sífilis congénita de Medellín, 2008 – 2018p.	36
Figura 7. Condiciones sociales de riesgo en las madres de los recién nacidos con sífilis congénita. Medellín, 2018.	40
Figura 8. Gestantes con diagnóstico de VIH, prevalencia según residencia. Antioquia y Medellín, 2010-2018p*.	44



Introducción

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), 2012 – 2021, establece como una de sus dimensiones prioritarias la Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos que junto con la política nacional del mismo nombre, buscan concretar la preocupación y el compromiso por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva como derechos fundamentales de las personas y su entendimiento como medio para que el bienestar físico, mental y social sea posible (1).

Con base en los documentos anteriormente citados, se parte del reconocimiento de la sexualidad desde un enfoque de derechos, que sumado al enfoque diferencial, al de curso de vida y al de género, identifica acciones para su promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, teniendo en cuenta los Determinantes Sociales de Salud (DSS) que impactan de una u otra forma el ejercicio pleno de la sexualidad como derecho (1, 2).

Tanto la política como la dimensión en el PDSP, se estructuran en dos grandes componentes; uno de ellos enfatiza en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género y el segundo en la prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos (1 y 2).

A través de estos componentes se recogen las estrategias y acciones con las cuales se pretende incidir positivamente en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, lo cual

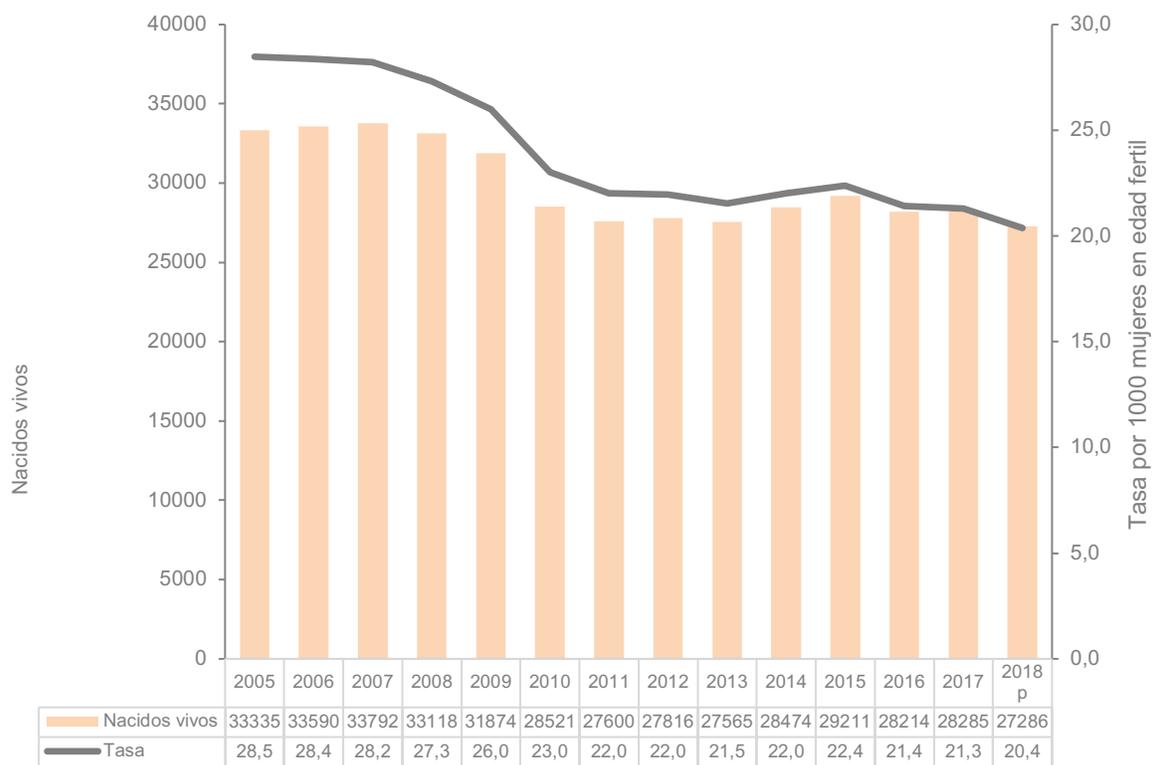
puede verse reflejado en el resultado de una serie de indicadores que permiten conocer y analizar su progresión de manera positiva o negativa, así como definir los retos y las decisiones que favorezcan el impacto positivo tanto en el nivel local como en el nacional.

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) respecto a la dimensión: Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos reproductivos recoge aspectos como: fecundidad, maternidad (morbilidad y morbilidad), embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, VIH y violencias de género y sexuales.

Los resultados que se presentan y se analizan a continuación, relacionados con la morbilidad y con los eventos de interés en salud pública, corresponden a los reportes que las instituciones públicas y privadas de la ciudad realizan al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), los datos de mortalidad tienen como fuente el Registro Único de Afiliados (RUAF).

1. Tasa General de Fecundidad (TGF)

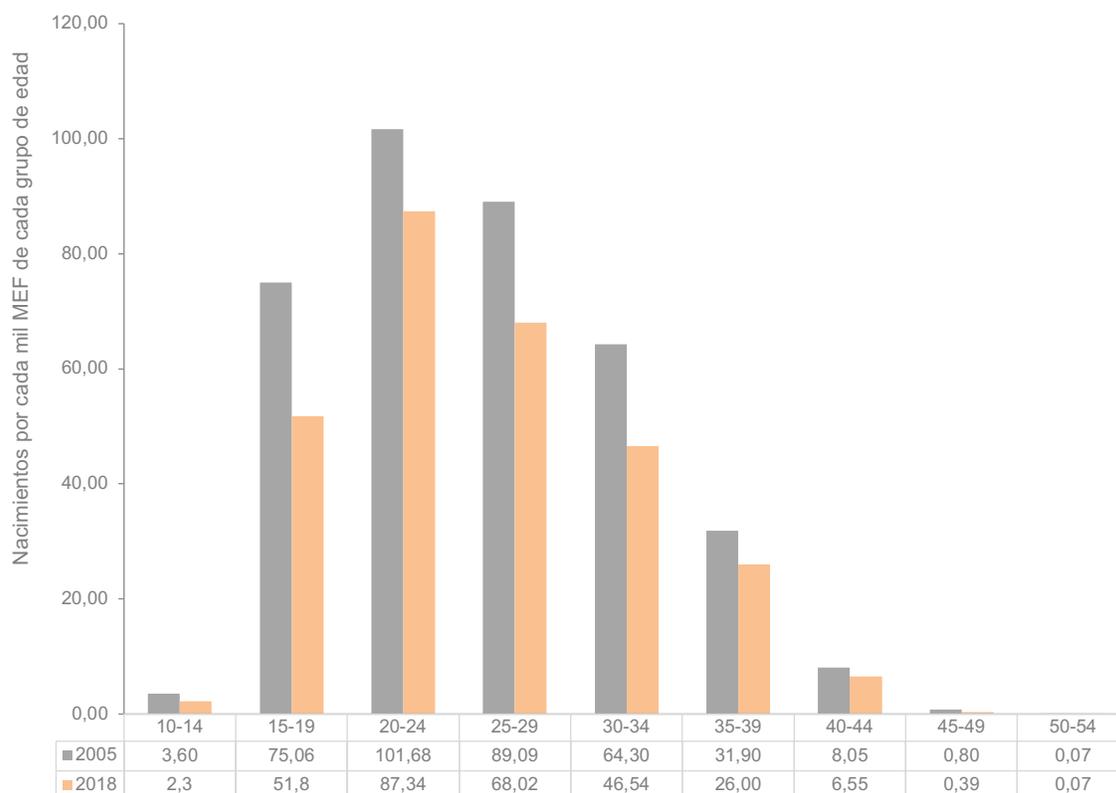
Tanto la tasa de fecundidad como el número de nacidos vivos presenta una tendencia al descenso. Este comportamiento es similar al observado en países desarrollados debido a las mejores condiciones educativas y laborales, asociadas al progreso económico.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2005-2018.

Figura 1. Tasa específica de fecundidad. Medellín, 2005-2018.

La distribución de la tasa de fecundidad por grupos de edad entre los años 2005 y 2018 fue similar, mientras el mayor descenso se encontró entre los grupos de 15 y 19 años y el de 25 y 29 años.



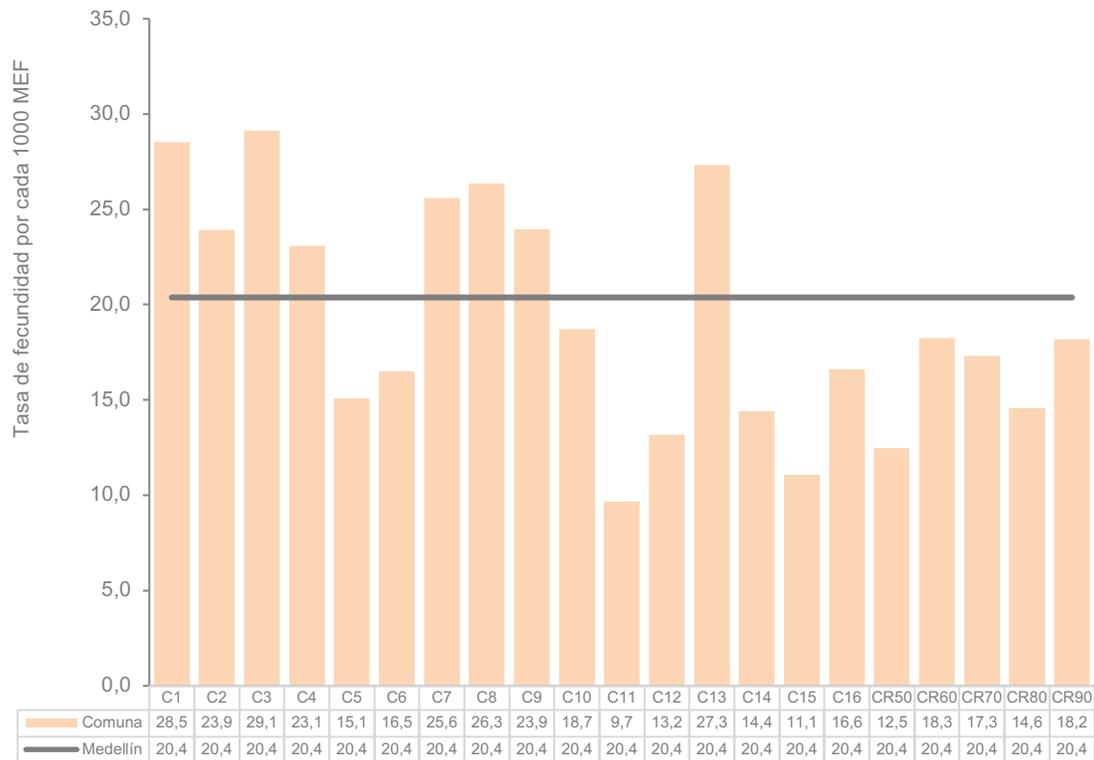
*MEF: Mujeres en edad fértil

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2005-2018

Figura 2. Comparativo tasa específica de fecundidad por grupos de edad. Medellín, 2005 y 2018.

Para el año 2018, las tasas generales de fecundidad en las comunas: Manrique C3, San Javier C13, Popular C1, Villa Hermosa C8, Robledo C7, Santa Cruz C2, Buenos Aires C9, y Aranjuez C4 en su orden, estuvieron por encima de la registrada en el municipio. Este comportamiento es similar a lo reportado en el ASIS Colombia 2014, (donde se evidenció una relación inversamente proporcional entre el nivel educativo y el índice de riqueza con la tasa de fecundidad); observando

en el municipio que las tasas generales de fecundidad son más altas en aquellos territorios con bajo índice de calidad de vida, según la Encuesta de calidad de vida (ECV) de Medellín del mismo año.

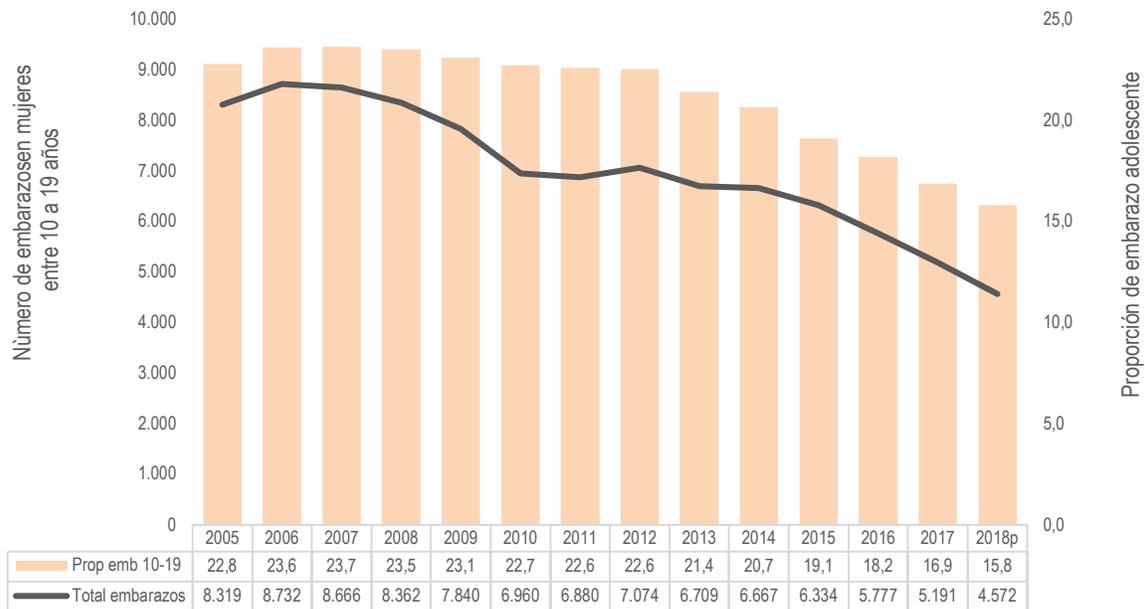


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2018.

Figura 3. Tasa general de fecundidad según comunas y corregimientos. Medellín, 2018.

2. Embarazo adolescente

El embarazo adolescente tiene gran impacto en el desarrollo de la ciudad, se reconocen sus implicaciones en la deserción escolar, en el acceso a mejores oportunidades de los jóvenes y las consecuencias que generan en el favorecimiento de los círculos de pobreza. En Medellín durante los últimos años se ha logrado una importante disminución de la proporción de embarazos en adolescentes; de acuerdo con información preliminar en 2018 se presentaron 4.572 embarazos en jóvenes entre los 10 y 19 años, lo cual representa el 15,8% del total de los embarazos registrados en la ciudad y una disminución de 30,7% comparado con el año 2005.



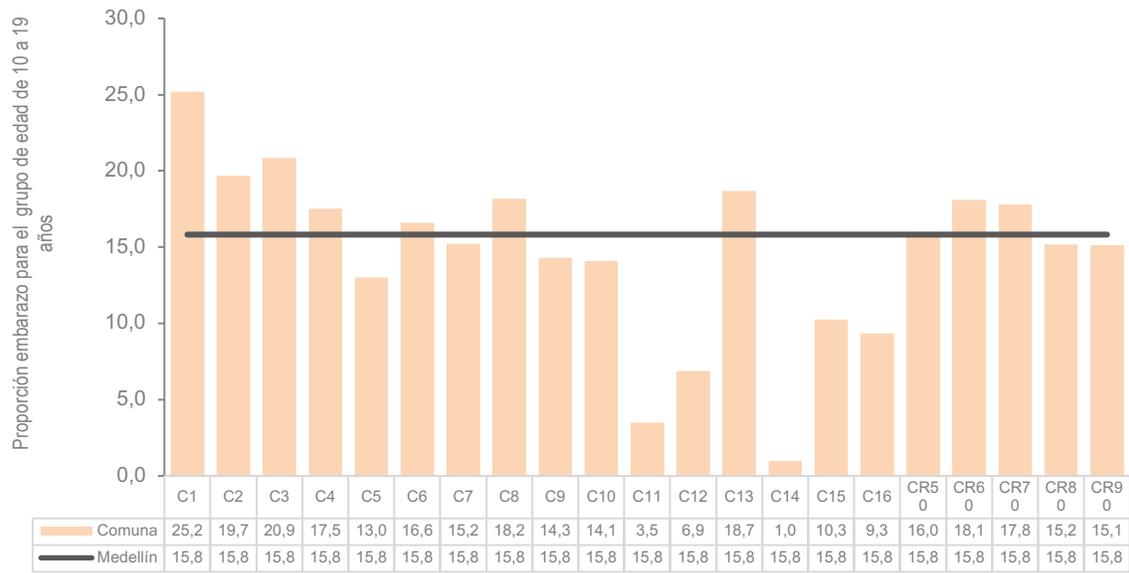
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2005-2018.

Figura 1. Proporción de embarazo adolescente de 10 a 19 años. Medellín, 2005-2018.

Al comparar la proporción de embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad en el municipio para el año 2018 por comuna, se observa que las tres comunas con proporción superior en su orden fueron: Popular C1, Manrique C3 y Santa Cruz C2.

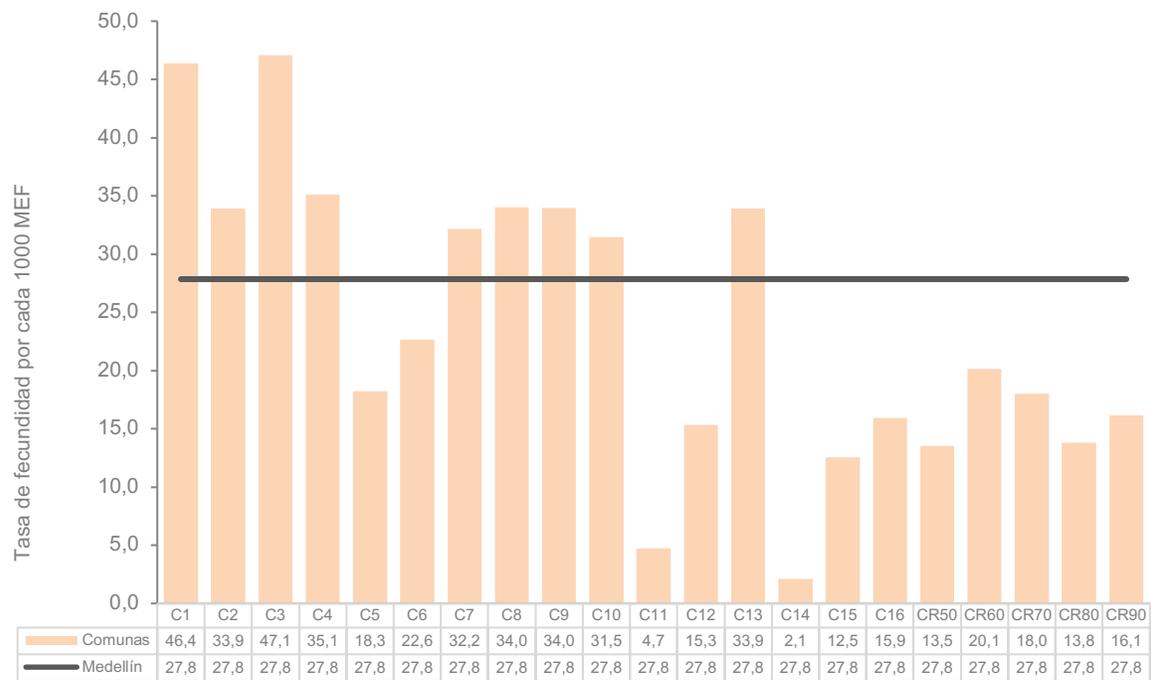
Respecto a la tasa de fecundidad en la población adolescente entre 10 y 19 años por las comunas de residencia, se observa que las tres comunas en su orden que presentan mayor número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil son: Popular C1, Manrique C3 y San Javier C13.

Si bien la proporción de embarazo adolescente permite identificar como se distribuyen los embarazos en los grupos de edad por territorio, la tasa permite identificar el número de nacimientos que aporta poblacionalmente hablando por cada comuna en su población adolescente.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2018.

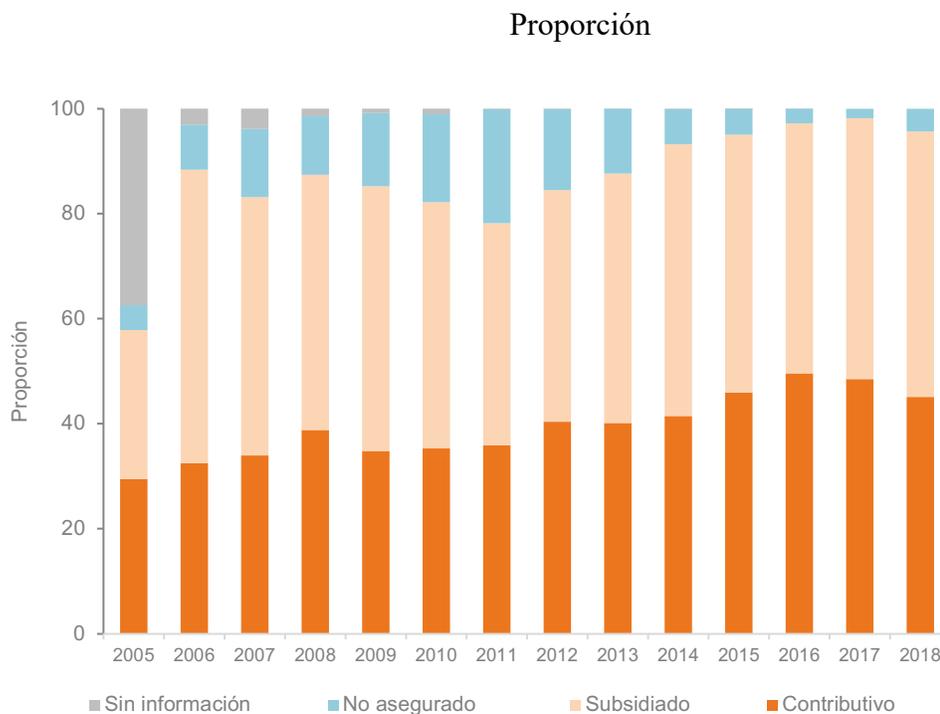
Figura 2. Proporción de embarazos en el grupo de edad de 10 a 19 años. Medellín, 2018.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2018.

Figura 3. Tasa de fecundidad en la población adolescente de 10 a 19 años. Medellín, 2018.

En el periodo 2005-2018, el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) predominante en las madres adolescentes de Medellín fueron los regímenes subsidiado, con una proporción entre el 28,4% y 50,5% y el subsidiado, entre el 29,6 y el 49,6% en el mismo periodo. Solo para el año 2005, un importante porcentaje de ellas reporta en los registros de nacidos vivos de sus hijos que no se encuentra con ningún tipo de seguridad social al momento de la atención del parto (37%).



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2018.

Figura 7. Distribución porcentual de las madres adolescentes según régimen de afiliación. Medellín, 2005-2018.

3.1. Morbilidad Materna Extrema (MME) y mortalidad materna

Entre las acciones definidas dentro de la estrategia de abordaje integral de la mujer, antes, durante y después del evento obstétrico del PDSP 2012-2021, se tienen entre otras las relacionadas con la vigilancia en salud pública, la calidad en la atención, el fortalecimiento institucional y el desarrollo de capacidades del talento humano, con el fin de promover y proteger el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr para las mujeres, las madres, y los recién nacidos, así como el acceso a servicios adecuados de salud y sistemas sanitarios seguros y eficientes (1).

La mejora de la salud materna fue uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM 5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015 (4). Posteriormente en el 2016, aparecen los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) los cuales plantean en su Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" y el objetivo 3.1 para 2030; reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, convoca a continuar con el compromiso por la protección de la vida y la salud de las mujeres desde un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (5).

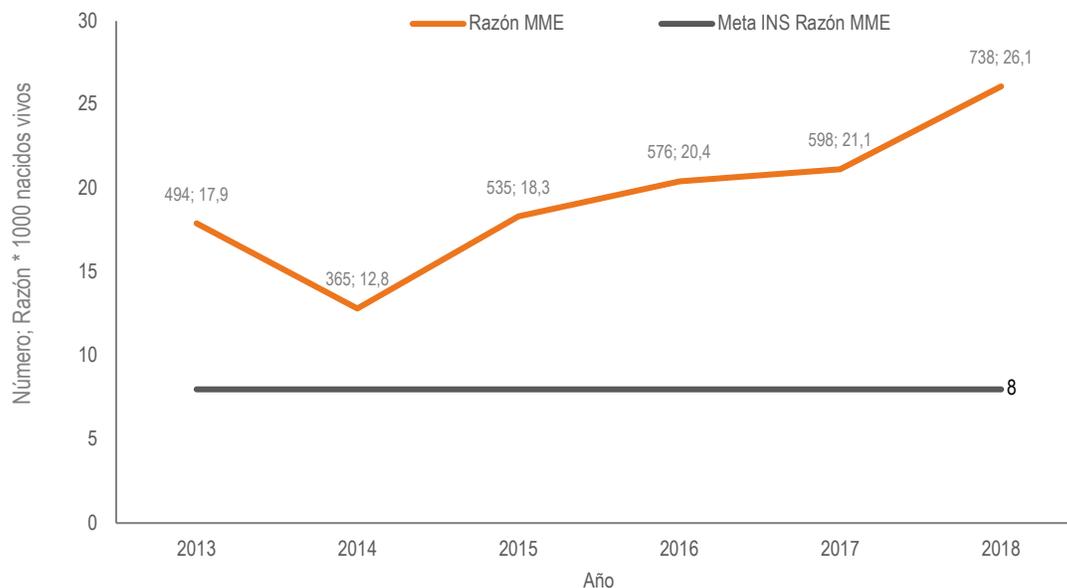
Tanto la morbilidad como la mortalidad materna representan un grave problema de salud pública en países en desarrollo, las causas de esta problemática en su mayoría son evitables y se han considerado como la máxima expresión de injusticia social, dado que en los países de menor desarrollo económico existen las cifras más altas de muertes maternas; siendo las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de enfermar y morir por el embarazo, parto y puerperio (4).

El enfoque de la vigilancia en salud pública de la Morbilidad Materna Extrema y de la muerte materna y perinatal debe entenderse como una estrategia preventiva a través de la detección de madres con complicaciones obstétricas que puedan llevarlas a la muerte, para lo cual se requiere de un sistema de alerta temprana que permita una intervención oportuna de los riesgos y un seguimiento eficiente para evitar la progresión a la muerte (6). Igualmente, el análisis de la mortalidad materna, es importante, en la medida en que permite a los diferentes actores identificar las causas directas o indirectas y proponer las medidas necesarias, oportunas, de calidad y en coherencia con los lineamientos nacionales que conlleven a la prevención de nuevos sucesos fatales.

3.1.1. Morbilidad Materna Extrema (MME)

La tasa de MME es superior para los países de medianos y bajos ingresos; variando entre 4,9% en América Latina a 5,1 % en Asia y 14,9 % en África, mientras que los estudios realizados en los países de altos ingresos tenían tasas que van del 0,79 % en Europa y un máximo de 1,38 % en América del Norte (6).

En Colombia se inició la vigilancia de este evento a partir del 2012, en el país, la razón de MME para el año 2015 fue de 22,7 casos por cada mil nacidos vivos y en Antioquia de 15,5 casos por mil nacidos vivos. Entre los años 2012 a 2018, la razón de MME en Medellín, fue superior a la del país y del departamento y supera la meta nacional de 8 casos por mil nacidos vivos, observando un comportamiento variable tanto en el número de casos, como en la razón de MME. Los años 2013 y 2018 presentaron la mayor razón de MME que puede explicarse por la variación en los criterios de inclusión que ha sufrido el protocolo de vigilancia del evento a nivel nacional.

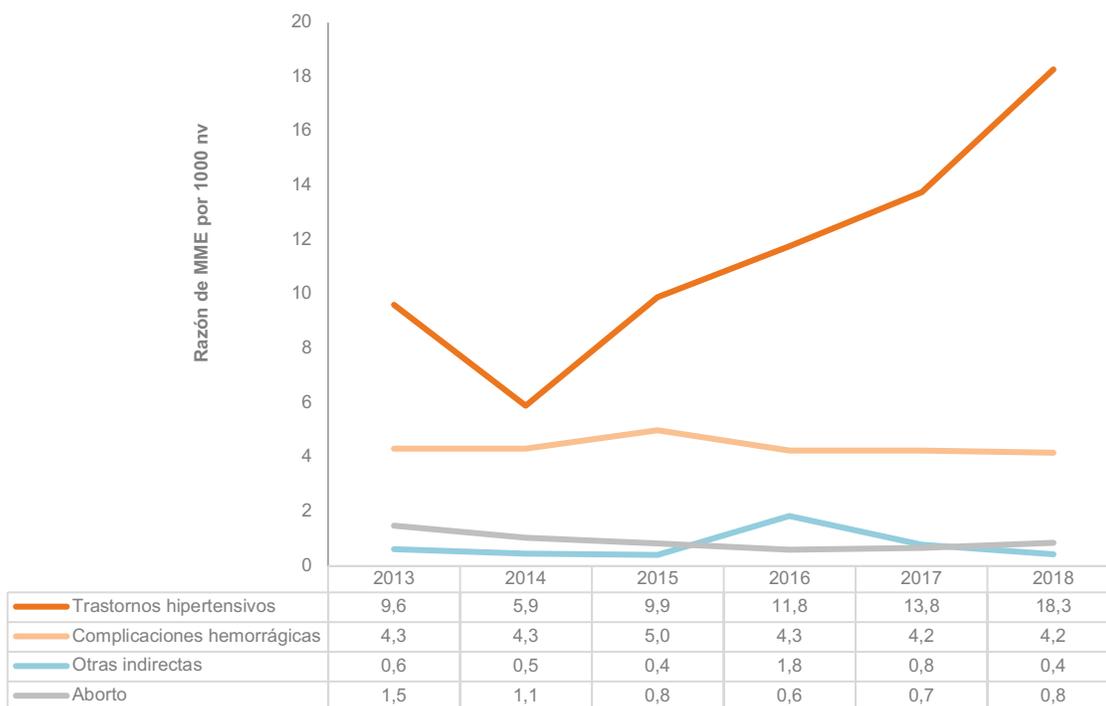


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2013-2018.

Figura 4. Número de casos y razón de morbilidad materna extrema. Medellín, 2013-2018p.

La razón de la MME en el municipio en 2018 fue de 26,1 por 1000 nacidos vivos, cifra que es más de tres veces la meta propuesta por el INS; la proporción de casos con 3 o más criterios de inclusión fue de 61,4% cifra que muestra un progreso en los últimos tres años (2015: 30,8%). Es posible que el aumento en el número de casos de MME se deba a un reporte más riguroso por parte de las instituciones y otra explicación que no se desestima, y ameritaría un estudio particular, es el impacto en la calidad de los servicios obstétricos del cierre de camas que se ha dado en los últimos años en Medellín. Estas camas no han sido reemplazadas y la congestión en los servicios que permanecen abiertos, se revierte en retrasos para las evaluaciones, falta de oportunidad para los procedimientos, altas tempranas y estrés derivado del exceso de trabajo, que favorece el error en la toma de decisiones y entorpece el trabajo en equipo.

Al analizar la distribución porcentual de las causas agrupadas se observa que es similar a la registrada en el país y en el departamento de Antioquia. En el periodo 2013-2018, se evidencia que los trastornos hipertensivos fueron la primera causa de MME, la cual ha ido en incremento en los últimos cinco años, seguida de las complicaciones hemorrágicas y las complicaciones de aborto. Para el 2018, las dos primeras causas agruparon el 81% de los casos de morbilidad. Es importante resaltar que para el año 2018, el 80% (592) de las mujeres con MME iniciaron el control prenatal antes de la 14 semana, y en el 86% (635) de los casos, la gestación terminó antes o durante el episodio de MME, observándose que las formas de terminación de la gestación fueron la cesárea en un 40,2%, vía vaginal el 33,6%, terminaron en aborto 6,5% y el 2,6% presentaron parto instrumentado. Este comportamiento es muy similar al observado en los últimos cuatro años (7).

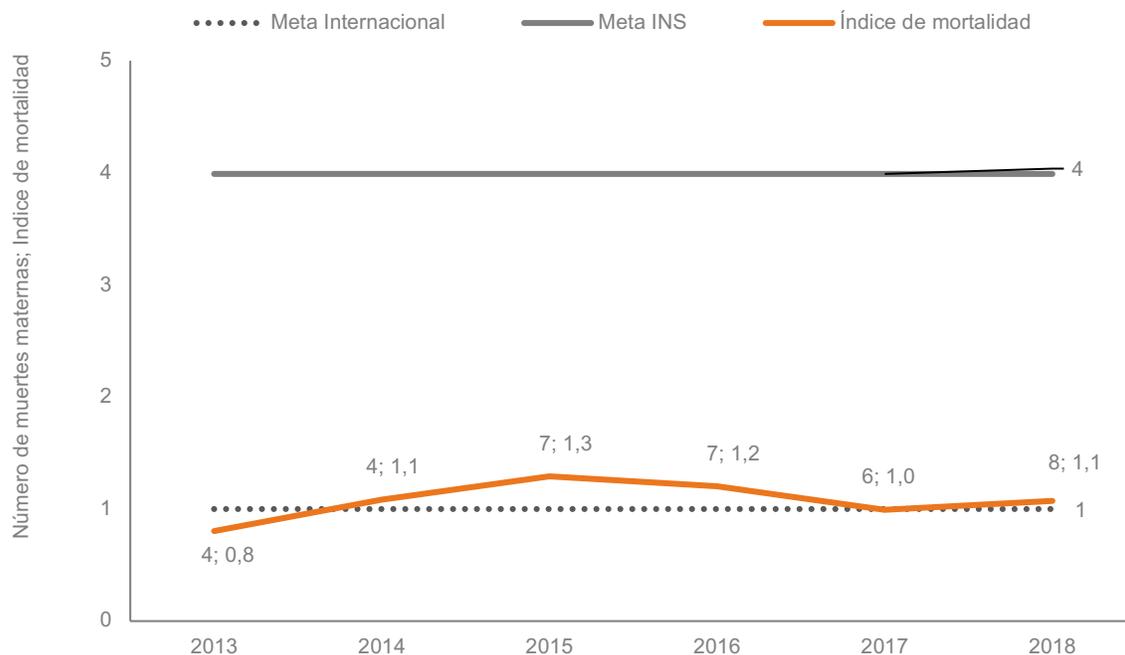


Fuente: Vigilancia epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema (MME). Medellín, 2013-2018p.

Figura 5. Número de casos y razón de morbilidad materna extrema por las principales causas agrupadas por año. Medellín, 2013-2018p.

El índice de mortalidad materna permite determinar el número de casos de muerte que ocurren por cada 100 mujeres que sufren complicaciones graves durante el embarazo, parto y puerperio en un lugar y periodo definidos. El comportamiento de este indicador en mujeres con MME se comportó

de manera estable entre los años 2015 y 2018, muy cercano de manera óptima a la meta internacional de una muerte materna por cada cien mujeres con MME (7).

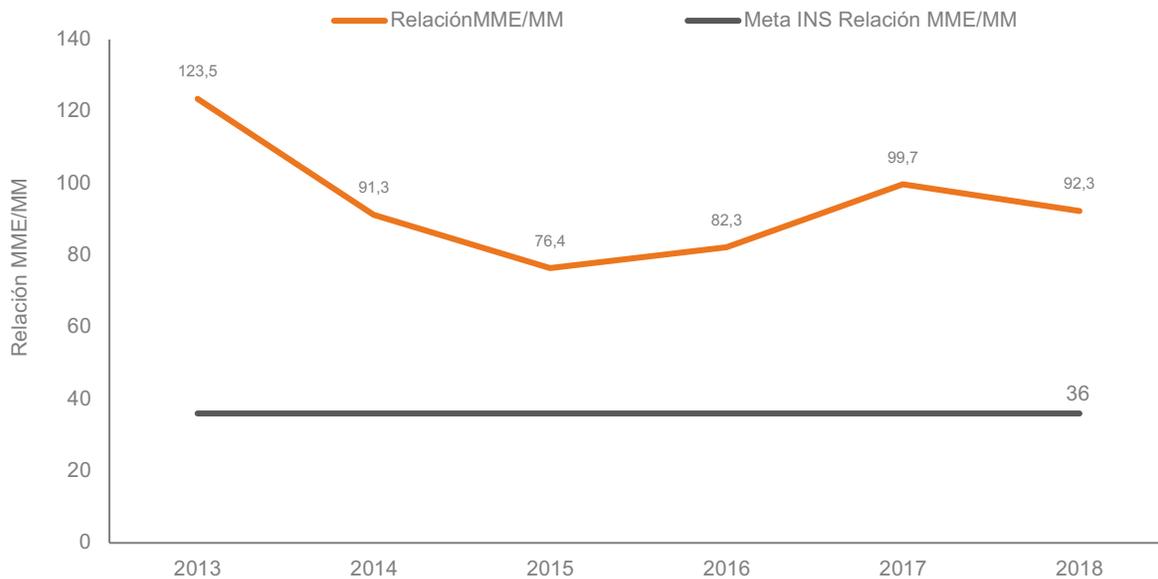


Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de morbilidad materna extrema, Medellín 2013 – 2018.

Figura 6. Índice de mortalidad en mujeres con morbilidad materna extrema. Medellín, 2013-2018.

La relación Morbilidad Materna Extrema/mortalidad materna, representa la letalidad por causas específicas y es la relación entre el número de casos de MME por causa, sobre la mortalidad materna por esa misma causa. Se espera que este indicador esté por encima de 35 (7).

Para el año 2018, se presentaron 92,3 casos de MME por cada caso de muerte materna. El protocolo de vigilancia específica contempla que al detectar un caso de MME en una Institución Prestadora de Salud (IPS), esta debe desplegar las acciones necesarias para la atención y el reporte inmediato a la aseguradora para garantizar la mejor de red de servicios que requiera la materna (7).



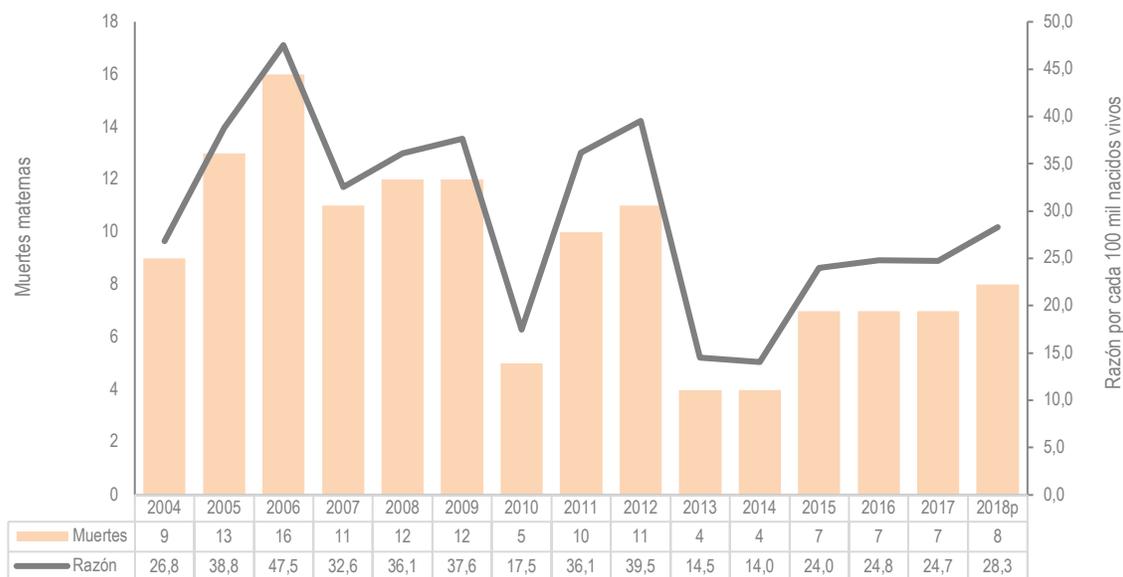
*Numerador casos Morbilidad Materna Extrema MME y denominador muertes maternas.

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de Morbilidad Materna Extrema, Medellín 2013 – 2015

Figura 7. Relación MME y morbilidad materna. Medellín, 2013-2015.

3.1.2. Mortalidad materna

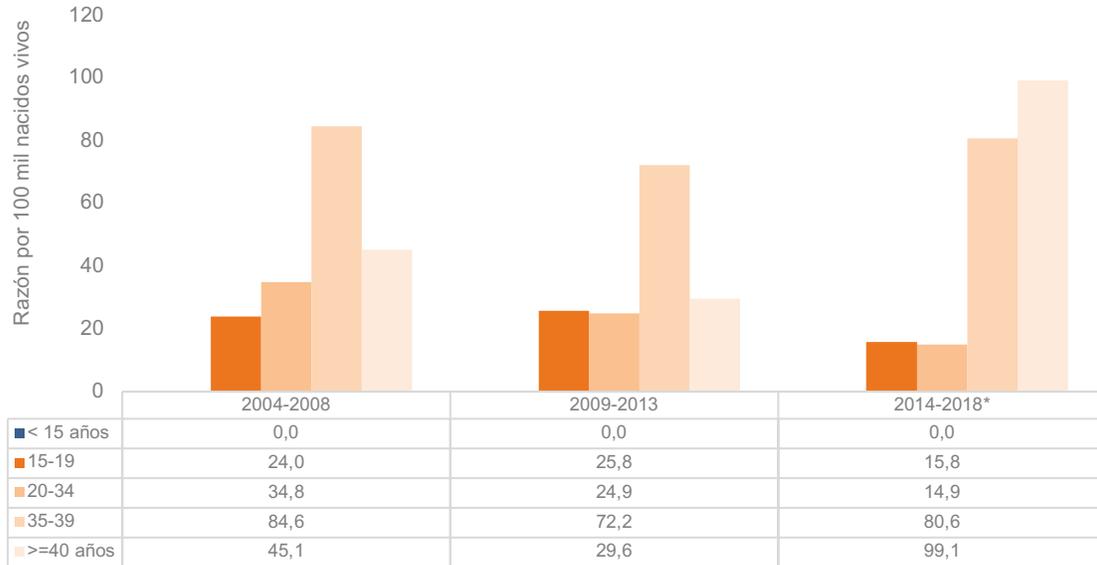
En general la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2005 y 2010 se redujo en 21,3 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos; con una razón que pasó de 38,8 a 17,5 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos. Posteriormente, el indicador tendió al incremento alcanzando un valor máximo en 2011 de 36,1 para descender en 2013 a un valor de 14,5. Para el último año, se evidencia un incremento alcanzando un valor de 28 muertes por cada 100 mil nacidos vivos.



Proceso de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas 2004 – 2018p.

Figura 8. Tendencia de la razón de mortalidad materna general y evitable. Medellín, 2004-2018.

Al analizar el conjunto de muertes maternas entre los años 2004 y 2018, se observa que la población de mujeres más afectada es aquella que se encuentra entre los 35 y más años de edad.



Proceso de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas 2004 – 2018p.

Figura 9. Distribución de casos de muerte materna. Medellín, 2004-2018.

Durante los años 2004 y 2018, se observa que la mortalidad materna se concentra en la población perteneciente al régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado. Lo que refleja una distribución por aseguramiento acorde a la observada en la población del municipio.



Fuente: Secretaría de Salud. Medellín 2004-2018p.

Figura 10. Distribución porcentual de casos de muerte materna según régimen de afiliación. Medellín, 2004-2018.

Aproximadamente el 53,0% de las muertes maternas ocurridas entre los años 2004 y 2018 corresponde a mortalidad materna directa; esta se concibe como el resultado de una complicación propia del embarazo, el parto o la atención. Las causas de muerte agrupadas más relevantes en este grupo fueron la hemorragia obstétrica, otras complicaciones obstétricas y los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (7).

Por otro lado, la mortalidad indirecta se define como aquella muerte asociada al embarazo en una gestante con un problema de salud preexistente o de reciente aparición, no relacionado con la

gestación, dentro de este grupo las complicaciones no obstétricas representan el 61,5% de las causas (7).

Tabla 1. Número y porcentaje de muertes maternas por quinquenio según causa agrupada de muerte. Medellín, 2004-2018p.

Causa agrupada	2004- 2008	2009-2013	2014- 2018p	Total
Hemorragia obstétrica	13(21,3)	3(7,3)	2(6,3)	18(13,4)
Otras complicaciones obstétricas	7(11,5)	5(12,2)	5(15,6)	17(12,7)
Trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio	7(11,5)	5(12,2)	5(15,6)	17(12,7)
Embarazo terminado en aborto	7(11,5)	3(7,3)	2(6,3)	12(9,0)
Sepsis relacionada con el embarazo	2(3,3)	2(4,9)	3(9,4)	7(5,2)
Total muertes maternas directas	36(59,0)	18(43,9)	17(53,1)	71(53,0)
Complicaciones no obstétricas	11(18,0)	11(26,8)	10(31,3)	32(23,9)
Sepsis no obstétricas	9(14,8)	9(22,0)	1(3,1)	19(14,2)
Complicaciones imprevistas del tratamiento	0(0,0)	1(2,4)	0(0,0)	1(0,7)
Total muertes maternas Indirectas	20(32,8)	21(51,2)	11(34,4)	52(38,8)
Desconocida/indeterminada	5(8,2)	2(4,9)	4(12,5)	11(8,2)

Causa agrupada	2004- 2008	2009-2013	2014- 2018p	Total
Total muertes maternas	61	41	32	134

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas 2004 – 2018p.

El comportamiento de la mortalidad materna evitable refleja un descenso importante pasando de 23,8 muertes por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2004 a 17,7 en el 2018p. Se destaca el avance en la respuesta de las instituciones de la ciudad para la identificación y manejo de las complicaciones maternas. Hasta 2010 entre el 75% y el 100% de los casos de cada año se consideraron evitables. Para el último año es de 71,4% (7).

Es importante mencionar, que aunque el análisis de los casos de mortalidad materna evitable en Medellín presenta una tendencia al descenso, se identifican oportunidades de mejora en términos de la adherencia a guías y manejos más consistentes y estandarizados entre los profesionales y las instituciones (8).



Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas 2004 – 2018.

Figura 11. Muertes maternas evitables. Medellín, 2004-2018.

3. Mortalidad perinatal y neonatal tardía

La mortalidad perinatal y neonatal tardía son indicadores ligados a la reproducción y son muy importantes al ser el reflejo de la atención prenatal, durante el parto y posparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que esta vive (9).

De acuerdo con el protocolo de vigilancia epidemiológica vigente en el país, una muerte perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; la muerte

neonatal es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en: muertes neonatales tempranas, ocurridas durante los primeros 7 días de vida (0-6 días) y muertes neonatales tardías, ocurridas después de los 7 días completos hasta antes del 28° día de vida (7-27 días).

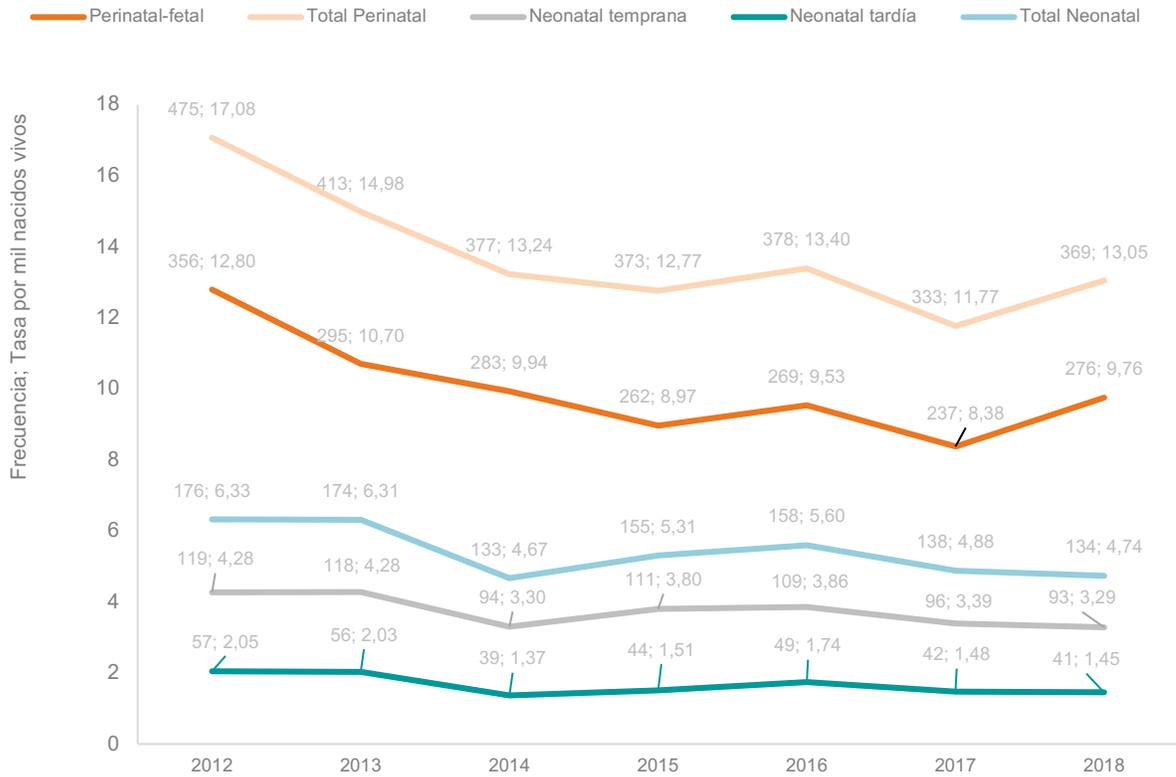
El progreso en la supervivencia infantil en todo el mundo se considera como uno de los mayores éxitos del desarrollo internacional, con la reducción a la mitad de las muertes infantiles en las últimas dos décadas desde la línea de base de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sin embargo, las muertes infantiles se producen cada vez más cerca del momento del nacimiento, lo que contribuyó a que no se cumplieran las metas propuestas para este indicador en el ODM 4. Si no se intensifican los esfuerzos para reducir la mortalidad neonatal, en particular en las zonas de mayor mortalidad y en contextos con desigualdades persistentes, la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible será inalcanzable: “Poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos al año 2030 y disminuir la mortalidad neonatal al menos a 12 muertes por cada 1000 nacidos vivos”. Según esto, la tasa de mortalidad neonatal se sigue ahora ampliamente como una medida importante de salud de la población por esa gran proporción (45% en 2015) de las muertes de niños menores de cinco años que ocurre en el primer mes de vida. Las altas tasas de mortalidad evitable y de mala salud y de bienestar de los recién nacidos son indicadores de la cobertura desigual de las intervenciones que salvan vidas y, en términos más generales, de un desarrollo social y económico insuficiente.

La tasa de mortinatos ha recibido más atención con el reconocimiento del gran número de fetos viables (2,6 millones en 2015) que mueren después de 28 semanas de gestación, a menudo en el momento del parto. Ha existido una brecha entre la gran carga de mortinatos y la ausencia de este tema en la agenda mundial de salud materna y neonatal. Los mortinatos han sido un tema descuidado, con pérdidas devastadoras y estigmatizadoras de bebés para las madres y los padres. Con el reconocimiento del continuo integrado de atención para la madre y el recién nacido, los mortinatos se han empezado a reconocer como bebés que mueren por causas prevenibles, especialmente durante el parto, que son inseparables de las principales causas de muerte materna y neonatal. Investigar e intervenir sobre la mortinatalidad contribuye a impactar la mortalidad materna y neonatal.

Para abordar este problema de los mortinatos y de la mortalidad neonatal se requieren intervenciones durante todo el proceso de atención (antes de la concepción, antes, durante e inmediatamente después del parto) y en todo el sistema de salud (a nivel de la familia y de la comunidad, y en todos los niveles de atención clínica) y el paso inicial indispensable para lograrlo es la obtención de un diagnóstico claro de la situación.

En Colombia la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el 2018 fue la razón de 14,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Se observa un descenso en el indicador respecto al 2017, año en el que se reportó una razón de 16,1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (10). En contraste, el municipio de Medellín presenta una tendencia cíclica de la mortalidad perinatal en los últimos cinco años de análisis. Al analizar la tendencia de la mortalidad perinatal por momento de

ocurrencia, se observa un leve descenso en la mortalidad neonatal tanto en la mortalidad neonatal temprana como en la tardía en los años 2016-2018.



Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de muertes perinatales y neonatales tardías. Medellín, 2012 – 2018p.

Figura 4. Tasas de mortalidad perinatal y neonatal general. Medellín, 2012 – 2018p.

Desde el año 2012 la tasa de mortalidad perinatal municipal fue superada con frecuencia por las comunas: La Candelaria, Santa Cruz y Aranjuez. Para el 2018, siete comunas y dos corregimientos superaron la tasa de Medellín, entre ellas se encuentran: Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, Castilla, Villa Hermosa, Laureles Estadio, San Javier, los corregimientos de Altavista y San Antonio de Prado. De estos territorios, las tasas más altas se reportaron en Aranjuez, en el corregimiento de San Antonio de Prado y en Manrique con 20,3; 16,2 y 15,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos respectivamente.

Tabla 2. Mortalidad perinatal según comunas y corregimientos. Medellín, 2012 y 2018p.

Comuna	Año						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
01 Popular	● 8,88	● 15,12	● 15,80	● 14,47	● 12,36	● 13,40	● 11,61
02 Santa Cruz	● 16,65	● 16,30	● 13,72	● 15,56	● 11,83	● 14,72	● 13,29
03 Manrique	● 16,58	● 20,23	● 10,62	● 12,80	● 14,92	● 8,21	● 15,93
04 Aranjuez	● 20,61	● 18,09	● 12,08	● 14,64	● 14,18	● 15,33	● 20,30
05 Castilla	● 13,48	● 16,23	● 11,49	● 16,73	● 12,98	● 11,73	● 14,17
06 Doce De Octubre	● 13,07	● 15,51	● 9,75	● 12,99	● 12,40	● 15,22	● 8,25
07 Robledo	● 16,27	● 13,79	● 13,51	● 13,58	● 16,37	● 14,15	● 12,26
08 Villa Hermosa	● 15,01	● 12,48	● 9,75	● 14,04	● 11,55	● 8,97	● 13,69
09 Buenos Aires	● 12,75	● 13,20	● 11,97	● 13,11	● 13,84	● 12,24	● 9,21
10 La Candelaria	● 22,95	● 20,86	● 15,86	● 18,09	● 11,86	● 13,84	● 12,17
11 Laureles	● 9,45	● 8,16	● 12,31	● 5,38	● 10,70	● 3,99	● 14,93
12 La America	● 16,45	● 9,66	● 7,51	● 8,20	● 9,06	● 14,78	● 9,86
13 San Javier	● 12,75	● 12,05	● 13,18	● 15,06	● 16,60	● 15,06	● 13,10
14 El Poblado	● 9,71	● 4,38	● 15,50	● 5,41	● 9,32	● 8,08	● 8,60
15 Guayabal	● 15,45	● 9,01	● 11,75	● 8,46	● 8,77	● 7,49	● 10,71
16 Belen	● 17,55	● 9,17	● 12,59	● 9,09	● 10,65	● 11,46	● 11,24
50 Cgto Palmitas	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 70,18	● 43,48	● 0,00
60 Cgto San Cristobal	● 13,54	● 24,18	● 13,92	● 13,75	● 18,28	● 12,62	● 10,47
70 Cgto Altavista	● 3,26	● 10,53	● 11,03	● 6,39	● 24,66	● 8,57	● 13,93
80 Cgto San Antonio de Prado	● 14,34	● 11,48	● 11,34	● 13,09	● 12,88	● 11,90	● 16,15
90 Cgto Santa Elena	● 0,00	● 8,26	● 27,78	● 17,24	● 12,99	● 9,80	● 5,18
Medellín	15,42	15,06	13,66	13,39	14,07	12,73	13,05

*El color verde corresponde a los valores registrados por debajo del municipio, mientras el color rojo identifica a los superiores.

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas 2012 – 2018

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), propone mirar la reproducción como un proceso continuo, con etapas intra y extrauterina, siendo el parto el momento que las separa. El CDC ha elaborado la matriz Babies con la cual se espera analizar la mortalidad perinatal específica según edad al morir dentro o fuera del útero, peso al nacer, determinantes de salud materna, atención materna y neonatal.

Al analizar la matriz Babies en el periodo perinatal de riesgo para el año 2018, se encuentra que la razón más alta está en las muertes fetales anteparto en el grupo de peso inferior a 1000 gramos con una razón de 4,3 muertes por cada mil nacidos, seguido del grupo de peso entre 1000 -1499 gramos en este mismo grupo con una razón de 1,3 muertes por cada mil nacidos vivos y con el mismo valor aquellos que mueren en la etapa neonatal temprana de peso inferior a 1000 gramos con una razón de 24,5 muertes por cada mil nacidos vivos.

Cuando se evalúan las tasas más altas obtenidas por color de celda en la tabla 3, se encuentra en primer lugar las de color azul, las cuales se relacionan con problemas derivados de la salud materna. La mayoría de los bebés con un peso al nacer menor a 1500 gramos tienen predeterminado retardo de crecimiento uterino. Tanto el carácter prematuro como el retardo del crecimiento uterino están relacionados con el estado de salud de la madre (nutrición, infecciones, alta paridad, o embarazo a

temprana edad). Por consiguiente, las intervenciones que deben ser aplicadas para el mejoramiento de los resultados están dirigidas principalmente a la madre y deben incluir: fortalecimiento de las acciones en salud para la planificación familiar; asesoría, remisión y tratamiento para condiciones médicas preexistentes; mejoramiento del estado de la nutrición; prevención, identificación y tratamiento de infecciones especialmente las causadas por transmisión sexual en el primer y segundo trimestre y el acompañamiento psicológico para evitar en ella el abuso del cigarrillo, alcohol y otras drogas.

En segundo lugar, se encuentran las celdas de color rojo las cuales están asociadas con problemas derivados de los cuidados durante el embarazo. Estas muertes corresponden a nacidos muertos y que están en estado de maceración. El exceso de fetos muertos con peso igual o mayor de 1500 gramos en estas casillas refleja la salud de la madre durante el embarazo (no incluye abortos previos). Las muertes de los fetos ocurridas antes de comenzar el trabajo de parto reflejan un pobre cuidado durante el embarazo de enfermedades como la sífilis gestacional o la diabetes. La diferencia entre los recién nacidos muertos que están en estado de maceración y los que han muerto recientemente indica que la calidad del cuidado durante el último trimestre fue deficiente o que los servicios de atención prenatal necesitan ser mejorados (los que mueren recientemente). Para prevenir este evento se determinan como intervenciones esenciales: el cuidado prenatal adecuado, incluyendo el seguimiento a complicaciones del embarazo tales como hemorragia antes del parto, diabetes gestacional y desordenes de hipertensión durante la gestación. También es de vital importancia incluir micronutrientes en la alimentación, diagnóstico y tratamiento de la anemia, planeación del parto en especial para aquellas madres que son VIH positivas, vacuna contra la

rubéola para reducir la mortalidad y evitar el síndrome de rubéola congénita, inmunización contra el tétanos, diagnóstico y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor para reducir los riesgos de parto prematuro y la mortalidad perinatal provocada directamente por la sífilis e información y servicios a las mujeres que deseen utilizar métodos de planificación familiar, con esta última intervención se tiene la posibilidad de reducir la mortalidad neonatal, pues se ha observado que los nacimientos muy seguidos afectan la supervivencia del siguiente hijo (9).

Tabla 3. Matriz Babies - Tasas de mortalidad perinatal y neonatal según el peso al nacer y momento de la muerte. Medellín, 2018p.

Matriz para cálculo razones por periodos perinatales de riesgo				
Grupo de peso en gramos	Momento de ocurrencia			
	Fetales > 22 semanas		Neonatal	
	Fetales anteparto	Fetales intraparto	Neonatales tempranas	Neonatales tardías
Menor de 1000	4,3	1,1	1,3	0,6
De 1000 a 1499	1,3	0,1	0,4	0,3
De 1500 a 2499	1,1	0,1	0,8	0,3
De 2500 a 3999	1,2	0,2	0,7	0,2
4000 y más	0,1	0,0	0,1	0,0
Total general	8,0	1,6	3,3	1,4

* Tasa por 1000 nacidos vivos.

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de muertes perinatales y neonatales tardías, Medellín, 2018.

Al analizar la mortalidad perinatal por momento de ocurrencia en las comunas y corregimientos se observa que para el año 2018, la tasa de mortalidad fetal anteparto fue mayor en: Aranjuez (14,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), corregimiento de San Antonio de Prado (11,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), Castilla (10,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), Santa Cruz (9,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) La Candelaria (9,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) y San Javier (9,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) con respecto a la observada en el municipio (8,1 por cada 1.000 nacidos vivos). Es importante mencionar que desde el año 2012, los territorios que con frecuencia presentaron tasa de mortalidad fetal anteparto superior a la observada en el municipio fueron: Aranjuez, La Candelaria, Santa Cruz y el corregimiento de San Cristóbal.

Al analizar la mortalidad perinatal anteparto discriminando por el peso del recién nacido para el año 2018; el 71,6% presentaron pesos menores a 1500 gramos, porcentaje que puede relacionarse con los problemas derivados de la salud de las madres. El 28,4% restante de las muertes perinatales pueden relacionarse a cuidados prenatales. Este comportamiento ha sido constante en el tiempo.

Entre los años 2012 y 2018 en Medellín se presentaron 1.184 muertes perinatales anteparto donde los recién nacidos presentaron pesos inferiores a 1500 gramos; las comunas que aportaron mayor número muertes bajo esta condición en este periodo fueron: Aranjuez (115 casos; 9,7%), Manrique (109 casos; 9,2%), Robledo (94 casos; 7,9%), Popular (85; 7,17%), San Javier (85; 7,17%), Doce

de Octubre (79; 6,67%) y Santa Cruz (78; 6,58%). En el mismo periodo, se presentaron 482 muertes perinatales anteparto donde los recién nacidos presentaron pesos superiores o iguales a 1.500 gramos, las comunas que presentaron mayor número de casos fueron: Robledo (39; 8,09%), San Javier (38; 7,88%); Manrique (37; 7,68%), Villa Hermosa (36; 7,47%), Popular (34; 7,05%) y Buenos Aires (33; 6,85%).

Respecto a la tasa de mortalidad perinatal después del parto, para el año 2018, los corregimientos y comunas con tasa superior a la observada en el municipio (3,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) fueron: Palmitas (5,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), San Cristóbal (5,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), Popular (4,04 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), La América (4,23 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), Aranjuez (4,1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), Belén (3,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), Manrique (3,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) y Robledo (3,4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos). Desde el año 2012, las comunas y corregimientos que frecuentemente presentaron valores superiores en la tasa de mortalidad perinatal postparto a la presentada en el municipio fueron: Popular, Robledo, Castilla y Palmitas.

Para el año 2018, las comunas de Manrique, Robledo, Villa Hermosa, Buenos Aires, Laureles–Estadio, La América, San Javier y Belén, registraron una tasa de mortalidad perinatal intraparto superior a la presentada en Medellín (1,65 muertes por cada 1.000 nacidos vivos). Discriminando la mortalidad perinatal intraparto según el peso del recién nacido, el 28,8% presentaron pesos mayores a 1499 gramos lo que puede relacionarse con problemas derivados a los cuidados durante

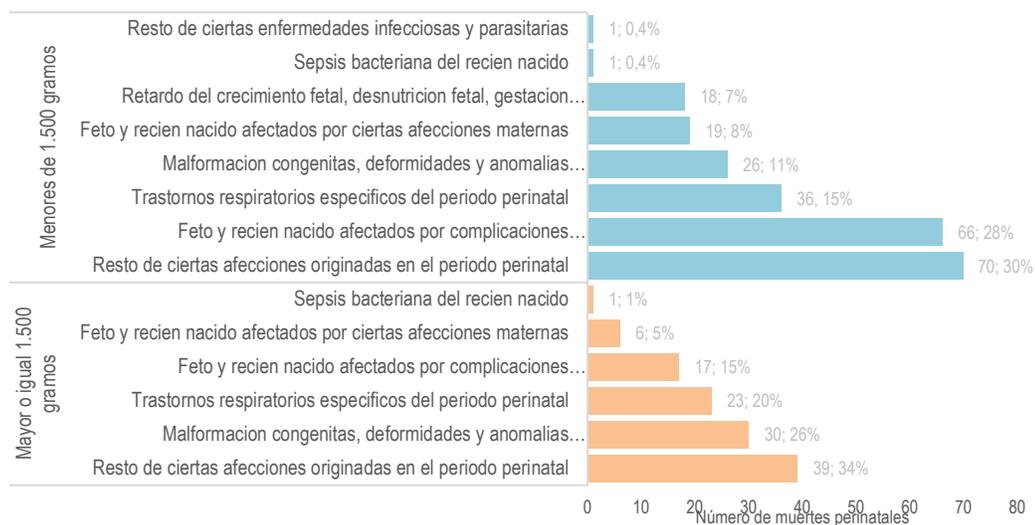
la atención del parto. El 71% presentaron pesos inferiores a 1500 gramos lo que se puede relacionar a problemas en la salud de la madre.

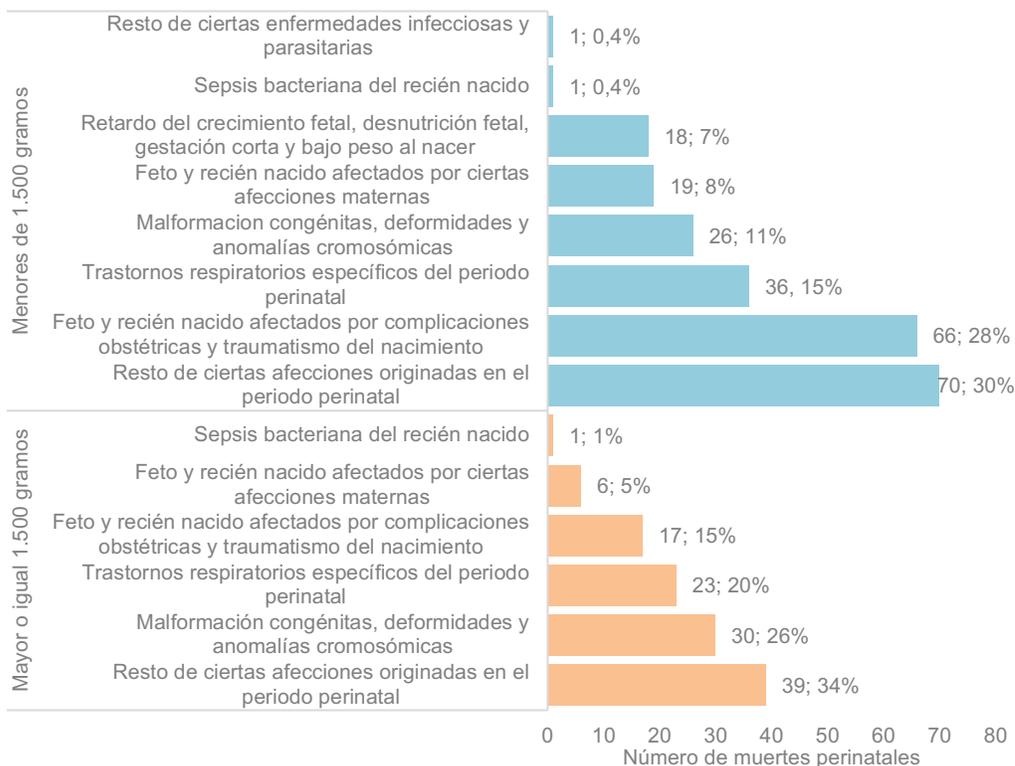
Entre los años 2012 y 2018 en Medellín se presentaron 233 muertes perinatales intraparto donde los recién nacidos presentaron pesos inferiores a 1500 gramos; las comunas que aportaron mayor número muertes bajo esta condición en este periodo fueron: Robledo (27 casos; 11,59%), Aranjuez (25 casos; 10,7%), Buenos Aires (20 casos; 8,6%), Belén (19; 8,15%), y Manrique (17; 7,3%). En el mismo periodo, se presentaron 61 muertes perinatales intraparto donde los recién nacidos presentaron pesos superiores o iguales a 1500 gramos, las comunas que presentaron mayor número de casos fueron: San Javier (8; 13,11%), Robledo (6; 9,8%); Villa Hermosa (6; 9,8%), San Cruz (5; 8,2%) y Doce de Octubre (5; 8,2%).

Para el año 2018, el grupo más importantes de las causas de mortalidad que dieron lugar a la mortalidad perinatal fue el de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (109 muertes, 31%), seguida por feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento (85 casos, 24%), trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (59; 17%) y el grupo de malformación congénita, deformidades y anomalías cromosómicas (56; 16%)

Al analizar las principales causas de muerte según el peso del recién nacido en aquellos con peso menor a 1500 gramos encontramos: resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas, traumatismo del nacimiento y trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. Para aquellas muertes perinatales donde

los recién nacidos presentaron pesos superiores o iguales a 1.500 gramos, las principales causas de muertes fueron: resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, malformación congénita, deformidades y anomalías cromosómicas y trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal.





Fuente: Estadísticas Vitales. Procesamiento Secretaría de Salud Medellín. 2018p.

Figura 5. Distribución porcentual de la mortalidad perinatal según causa y peso. Medellín, 2018p.

4. Enfermedades de Trasmisión Sexual de transmisión materno - infantil.

Enfermedades como la sífilis congénita, la hepatitis B (VHB) y el VIH si no son detectadas y tratadas a tiempo, pueden generar abortos, muerte fetal, malformaciones congénitas y neurológicas, problemas cardíacos, cirrosis, cáncer de hígado y en algunos casos hasta la muerte (11).

La prevención de la infección perinatal por el VHB y la de la transmisión materno infantil de la infección por el VIH y la sífilis exige la aplicación de una sucesión de intervenciones dirigidas a

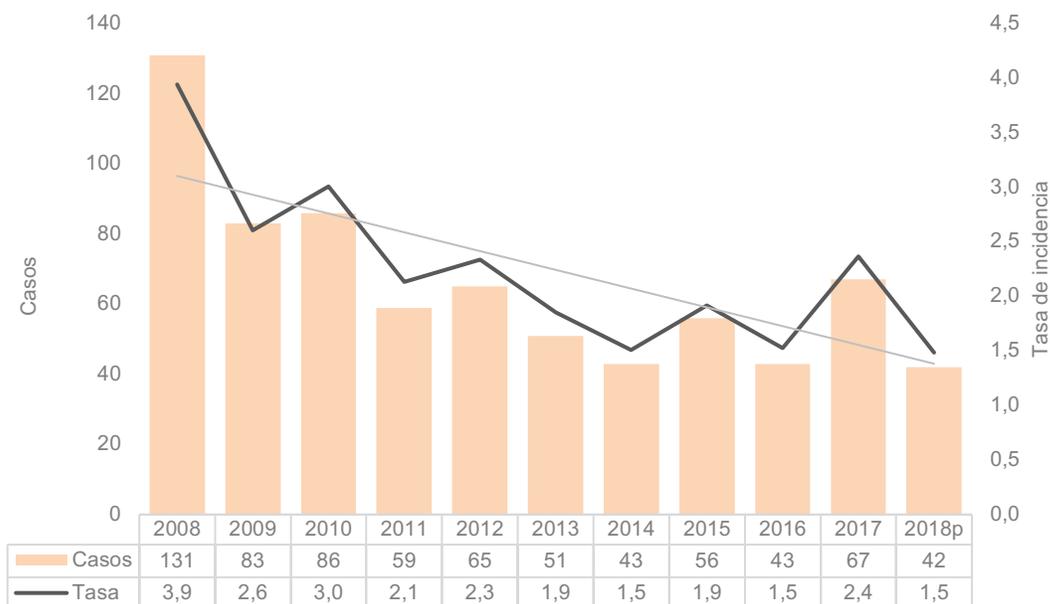
las mujeres antes del embarazo y durante el mismo, así como a las puérperas y a sus recién nacidos (8).

A continuación, se presenta el análisis de los resultados de la sífilis congénita y VIH materno.

5.1. Sífilis congénita.

En Colombia, a pesar de todos los esfuerzos de los diferentes sectores involucrados en el seguimiento y control de dichos eventos, la sífilis congénita no ha sido eliminada, la incidencia ha pasado de 0,94 casos por 1.000 nacidos vivos en 1998 a 1,39 en 2017. Durante el periodo 2008-2018 en Medellín, el número de casos de sífilis congénita pasó de 131 a 42 casos, con una tasa de 3,9 a 1,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos en 2008 y 2018 respectivamente; y una reducción de 2,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

Este indicador es similar al observado en el departamento de Antioquia que, según el reporte del INS presentó una tasa de 1,48; Medellín aportó más del 35% de los casos del departamento de Antioquia para el año 2018. A pesar del descenso de la tasa para la ciudad, esta sigue siendo mayor que la de Colombia, que para el 2015 fue de 1,35 casos por mil nacidos vivos.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2008-2018p.

Figura 6. Comportamiento de la tasa de incidencia y casos de sífilis congénita de Medellín, 2008 – 2018p.

Al agrupar los eventos de sífilis congénita presentados entre los años 2014 y 2018, se observa que, la mayor concentración de casos se presenta en la zona Nororiental del municipio y con mayor frecuencia en las comunas: Aranjuez C4, Manrique C3 y Popular C1. En el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (ODS) se ha definido que los altos niveles de pobreza y la falta de educación favorecen la presencia de este evento. Las comunas en mención presentaron los índices más bajos del Índice Multidimensional de Condiciones de Vida (IMCV) generado por el Departamento de Planeación Municipal (Tabla 4).

Tabla 4. Sífilis congénita, distribución del número de casos y tasa por mil nacidos vivos según zonas y comunas de Medellín, 2014-2018.

Zona/comuna	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	Tasa								
Zona 1- Nororiental	16	2,0	18	2,3	8	1,0	25	3,2	17	2,2
01 Popular	5	2,2	3	1,4	4	2,0	7	3,4	2	1,0
02 Santa Cruz	2	1,2	4	2,6	0	0,0	6	4,2	1	0,7
03 Manrique	5	2,2	4	1,8	3	1,3	8	3,6	4	1,8
04 Aranjuez	4	2,0	7	3,5	1	0,5	4	1,9	10	4,6
Zona 2- Noroccidental	6	1,0	9	1,5	14	2,5	6	1,1	4	0,7
05 Castilla	1	0,8	2	1,5	2	1,5	1	0,7	2	1,5
06 Doce De Octubre	3	1,5	3	1,4	5	2,6	2	1,1	0	0,0
07 Robledo	2	0,8	4	1,6	7	3,0	2	0,9	2	0,9
Zona 3 Centro-oriental	9	1,9	9	1,8	10	2,2	15	3,2	16	3,4
08 Villa Hermosa	5	2,4	3	1,5	6	3,0	5	2,5	3	1,5
09 Buenos Aires	1	0,5	1	0,5	2	1,1	5	2,8	9	5,0
10 La Candelaria	3	3,4	5	5,3	2	2,4	5	5,8	4	4,6
Zona 4 Centro-occidental	0	0,0	3	0,8	2	0,6	9	2,4	5	1,4

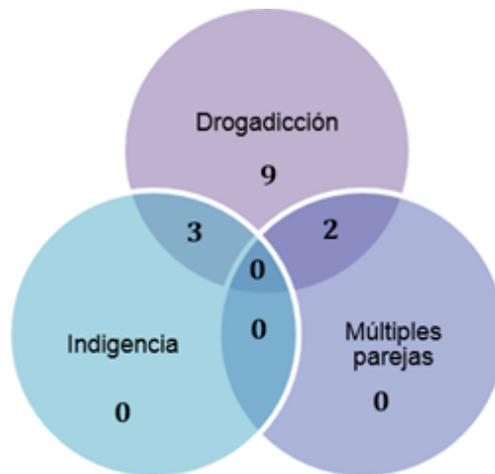
Zona/comuna	2014		2015		2016		2017		2018	
	N°	Tasa								
12 La América	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,5	2	2,5
13 San Javier	0	0,0	3	1,3	2	0,9	7	3,3	3	1,4
Zona 6 Suroccidental	2	0,8	0	0,0	1	0,4	2	0,8	1	0,4
16 Belén	2	1,0	0	0,0	1	0,5	2	1,0	1	0,5
Zona 7 -Distrito rural	1	0,6	0	0,0	1	0,4	1	0,4	0	0,0
Corregimiento de San Cristóbal	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Corregimiento de San Antonio	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0
Habitante en situación de calle	4	SD	8	SD	0	SD	5	SD	1	SD
Sin dato	4	SD	3	SD	9	SD	0	0,0	2	SD
Total general	42	1,5	50	1,7	45	1,6	63	2,2	46	1,6

Nota: las zonas y comunas que no presentaron casos de sífilis congénita en el periodo no se registran en la tabla.

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de sífilis gestacional y congénita 2014–2018 (corte a semana epidemiológica 52 del año 2018).

Entre los casos de sífilis congénita se encontraron cuatro (4) que corresponden a madres procedentes de Venezuela, que equivalen al 8,7% de los casos de la ciudad en 2018; la mayoría con falta de datos de control prenatal en su país de origen, dos (2) de ellas no realizaron control prenatal, siendo este el principal factor determinante para la ocurrencia del caso, seguido por la infección tardía de la gestante (en 1 caso) y la no solicitud de exámenes para el diagnóstico.

Como factores contribuyentes a la presentación de los casos de sífilis congénita en 2018 se identificaron en 14 de los 46 casos de sífilis congénita (30,4%), se encontró que las madres tenían al menos una de tres condiciones sociales de riesgo; en el 35,7% (n=5) de ellas coexisten dos condiciones que implican un mayor riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual y mayores dificultades para el tratamiento. El gráfico 21 muestra cómo se combinaron estas condiciones en los 14 casos.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2018.

Figura 7. Condiciones sociales de riesgo en las madres de los recién nacidos con sífilis congénita. Medellín, 2018.

La siguiente tabla describe estas condiciones sociales de riesgo en las madres de los recién nacidos con sífilis congénita cuyo factor determinante fue la no realización de control prenatal. Se evidencia que el 50% (10 de 20) presentó por lo menos una de estas condiciones.

Tabla 5. Condiciones sociales de riesgo concurrentes en las madres de los recién nacidos con sífilis congénita cuyo factor determinante fue la no realización de control prenatal. Medellín, 2013-2018.

Condición social de riesgo concurrente	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	N (%)					
Drogadicción	3(15,0)	5(25,0)	3(13,6)	5(41,7)	5(25,0)	7(38,9)
Indigencia y drogadicción	5(25,0)	9(45,0)	5(22,7)	0(0,0)	4(20,0)	2(11,1)
Conductas sexuales de riesgo y drogadicción	2(10,0)	1(5,0)	1(4,5)	0(0,0)	1(5,0)	1(5,6)
Indigencia, drogadicción y conductas sexuales de riesgo	3(15,0)	0(0,0)	2(9,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Indigencia	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Conductas sexuales de riesgo	0(0,0)	0(0,0)	2(9,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Ninguno de los anteriores	6(30,0)	5(25,0)	9(40,9)	7(58,3)	10(50,0)	8(44,4)
Total	20	20	22	12	20	18

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de sífilis gestacional y congénita 2013-2018 (corte a corte semana epidemiológica 52 del año 2018).

5.2.VIH materno y Transmisión maternofantil (TMI)

La Transmisión Materno Infantil del VIH puede ocurrir durante la gestación, el parto o la lactancia materna, siendo el momento del parto el que más aporta casos, con un porcentaje de 60 a 70% del total de los casos, seguido de la lactancia con un 30 a 40% de los casos y la transmisión intrauterina con un 10% (3). Cualquier profesional de la salud que atienda a una mujer con intención reproductiva debe explicarle la trascendencia del conocimiento de su estado frente al VIH y ofrecerle la realización de la prueba antes de la concepción (17).

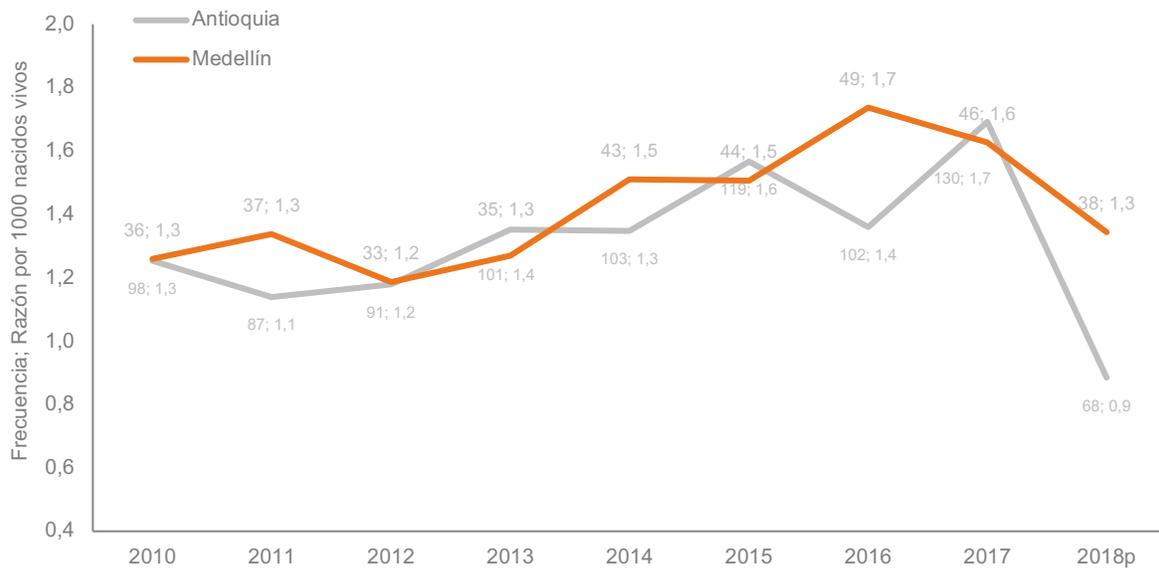
En el 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia lanzaron la “*Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil*” (TMI) del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de la sífilis congénita. En septiembre del 2010 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron la Resolución CD50.R2. En dicha resolución, se exhortó a los Estados Miembros a dar prioridad a la eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la sífilis congénita y a que elaboraran y ejecutaran planes nacionales para alcanzar esta meta (17).

En Colombia se implementó la “*Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH*” desde el año 2003, y actualmente es una de las acciones más eficaces de la respuesta nacional ante la epidemia de VIH/SIDA (18). La estrategia busca disminuir la captación tardía de las gestantes o la ausencia de antecedente de control prenatal, pues la captación temprana permite

la aplicación oportuna y completa del protocolo, lo que genera mejores resultados clínicos individuales y permite avanzar hacia la eliminación de la Transmisión Materno Infantil.

Para la interpretación de los resultados se deben tener en cuenta los datos de distribución porcentual de los casos de gestantes con VIH y la prevalencia de gestantes infectadas desde el año 2010 al 2018. Para los datos de mujeres gestantes diagnosticadas con VIH se presentan datos preliminares de 2018 debido a que algunas se encuentran en gestación y seguimiento, por lo cual puede que no apliquen ciertas variables. El seguimiento a los indicadores del protocolo de la estrategia para la reducción de la Transmisión Materno Infantil del VIH se presentan para las cohortes desde 2014 a 2016, esto debido que son las cohortes cerradas en el seguimiento y validadas por el Ministerio de Salud y Protección Social; para las cohortes de 2017 y 2018 se requiere de al menos dos (2) para completar el seguimiento de los niños expuestos y sus madres.

La prevalencia de la infección por VIH en gestantes en la ciudad de Medellín había venido presentando un incremento importante entre los años 2010 y 2016, pues pasó de 1,3 a 1,7 por cada 1.000 nacidos vivos, para 2017-2018 se presentó un descenso llegando a 1,3 por cada 1.000 nacidos vivos. Para Antioquia también se presenta un descenso importante para el último año.



Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de gestantes con diagnóstico de VIH y TMI del VIH. Medellín, 2010-2018 (corte a semana epidemiológica 52 del año 2018).

Figura 8. Gestantes con diagnóstico de VIH, prevalencia según residencia. Antioquia y Medellín, 2010-2018p*.

Durante los años 2010 a 2018, la estrategia para la reducción de la Transmisión Materna Infantil del VIH - EPTMI – identificó 361 gestaciones. La siguiente tabla muestra el total de mujeres gestantes diagnosticadas con VIH según la condición de ingreso a la EPTMI.

Tabla 6. Gestantes con diagnóstico de VIH, frecuencia de casos captados en la EPTMI e ingreso a la estrategia. Medellín, 2010-2018p.

	Año N (%) **									Total I N (%)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Ingreso										
Nueva	33 (91,7)	34 (91,9)	28 (84,8)	30 (85,7)	34 (79,1)	38 (86,4)	44 (89,8)	40 (87,0)	31 (81,6)	312 (86,4)
Reingreso*	3 (8,3)	3 (8,1)	5 (15,2)	5 (14,3)	9 (20,9)	6 (13,6)	5 (10,2)	6 (13,0)	7 (18,4)	49 (13,6)
Total	36 (100)	37 (100)	33 (100)	35 (100)	43 (100)	44 (100)	49 (100)	46 (100)	38 (100)	361 (100)

P: Cifras preliminares.

*Los reingresos corresponden a mujeres con diagnóstico de VIH que han ingresado a la estrategia con más de un embarazo en los últimos quince (15) años.

**Se toma como año de referencia el año de inicio de la gestación.

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de gestantes con diagnóstico de VIH y TMI del VIH. Medellín, 2010-2018 (corte a semana epidemiológica 52 del año 2018).

En las siguientes tablas se presentan algunas variables sociodemográficas y clínicas de las mujeres gestantes diagnosticadas con VIH que ingresaron a la estrategia para la prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH -EPTMI – en las cohortes 2014 a 2016.

El 76% de los casos de gestantes con VIH se concentraron entre los 15 y 29 años, en su mayoría con zona de residencia urbana y afiliación en salud al régimen subsidiado.

Tabla 7. Gestantes con diagnóstico de VIH, frecuencia de casos por según características sociodemográficas, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. Medellín, cohortes 2014-2016.

Características sociodemográficas de afiliación al SGSSS y del seguimiento realizado	Año N (%)			Total N (%)
	2014	2015	2016	
Edad				
15-19 años	8 (18,2)	8 (21,6)	4 (13,3)	20 (18,0)
20-24 años	12 (27,3)	12 (32,4)	14 (46,7)	38 (34,2)

Características sociodemográficas de afiliación al SGSSS y del seguimiento realizado	Año N (%)			Total N (%)
	2014	2015	2016	
25-29 años	11 (25,0)	10 (27,0)	5 (16,7)	26 (23,4)
30-34 años	4 (9,1)	3 (8,1)	4 (13,3)	11 (9,9)
35-39 años	7 (15,9)	2 (5,4)	3 (10,0)	12 (10,8)
40 y más	2 (4,5)	2 (5,4)	0 (0,0)	4 (3,6)
Total		37 (100)	30 (100)	111 (100)
<i>Zona de residencia</i>				
Urbano	44 (100,0)	35 (94,6)	29 (96,7)	108 (97,3)
Rural	0 (0,0)	2 (5,4)	1 (3,3)	3 (2,7)

Características sociodemográficas de afiliación al SGSSS y del seguimiento realizado	Año N (%)			Total N (%)
	2014	2015	2016	
Total	44	37	30	111
	(100)	(100)	(100)	(100)
<i>Afiliación al SGSSS</i>				
Subsidiado	26	23	12	61
	(59,1)	(62,2)	(40,0)	(55,0)
Contributivo	16	11	15	42
	(36,4)	(29,7)	(50,0)	(37,8)
No afiliado	2	3(8,1)	3	8
	(4,5)		(10,0)	(7,2)
Total	44	37	30	111
	(100)	(100)	(100)	(100)
<i>Pertenencia étnica</i>				
Otro	43	34	27	104
	(97,7)	(91,9)	(90,0)	(93,7)
Afrodescendiente*	0	3	3	6

Características sociodemográficas de afiliación al SGSSS y del seguimiento realizado	Año N (%)			Total N (%)
	2014	2015	2016	
	(0,0)	(8,1)	(10,0)	(5,4)
Indígena	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)
Total	44 (100)	37 (100)	30 (100)	111 (100)
<i>Grupo poblacional</i>				
Otros	42 (95,5)	34 (91,9)	29 (96,7)	105 (94,6)
Habitante de calle	2 (4,5)	3 (8,1)	1 (3,3)	6 (5,4)
Total	44 (100)	37 (100)	30 (100)	111 (100)

* Contempla las opciones: negro, mulato, afrocolombiano.

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de gestantes con diagnóstico de VIH y TMI del VIH.

Medellín, 2014-2018 (corte a semana epidemiológica 52 del año 2018).

Durante el control prenatal las mujeres embarazadas deben recibir asesoría y consejería en VIH y en el caso de aceptar mediante consentimiento informado, también debe realizarse una prueba diagnóstica para VIH. Por esta razón, la demanda inducida del control prenatal es una prioridad en la acción de salud pública. Entre las razones que justifican realizar el tamizaje de VIH en gestantes se tiene que, permite una evaluación de riesgo, brinda refuerzo para la reducción de comportamientos de riesgo relacionados con VIH, permite la remisión a los servicios de salud, realización de un diagnóstico y tratamiento oportuno, suministro de información sobre decisiones en salud sexual y reproductiva, prevención de la transmisión a otros, soporte psicosocial y reducción de la transmisión madre-hijo de VIH (12).

A continuación se presentan algunas variables de diagnóstico y seguimiento de las mujeres gestantes que ingresaron a la estrategia para la prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH -EPTMI – en las cohortes 2014 a 2016. De las 107 mujeres gestantes diagnosticadas en el periodo, 99 realizaron control prenatal (89,2%).

Al analizar el ingreso al control prenatal de las gestantes entre los años 2014 y 2016, se observa que en mayor proporción realizan el ingreso en el primer semestre. Es preocupante que para el 2016 se presentó un porcentaje más alto de no realización de control prenatal con un 16,7%.

Tabla 8. Gestantes con diagnóstico de VIH, frecuencia de casos según variables de seguimiento y diagnóstico. Medellín, cohortes 2014-2016.

Variables de diagnóstico y seguimiento	Año N (%)			Total N (%)
	2014	2015	2016	
<i>Ingreso al control prenatal</i>				
Primer trimestre	30(68,2)	22(59,5)	13(43,3)	65(58,6)
Segundo trimestre	9(20,5)	8(21,6)	11(36,7)	28(25,2)
Tercer trimestre	1(2,3)	4(10,8)	1(3,3)	6(5,4)
No asistió a controles	4(9,1)	3(8,1)	5(16,7)	12(10,8)
Total	44(100)	37(100)	30(100)	111(100)
<i>Momento del diagnóstico</i>				
Previo a la gestación	18(40,9)	12(32,4)	11(36,7)	41(36,9)
Durante la gestación	24(54,5)	21(56,8)	18(60,0)	63(56,8)
Posterior al parto	2(4,5)	4(10,8)	1(3,3)	7(6,3)
Total	44(100)	37(100)	30(100)	111(100)
<i>Tipo de parto</i>				
Vaginal	3(6,8)	12(32,4)	9(30,0)	24(21,6)
Cesárea	41(93,2)	25(67,6)	21(70,0)	87(78,4)
Total	44(100)	37(100)	30(100)	111(100)

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de gestantes con diagnóstico de VIH y TMI del VIH. Medellín, 2014-2018 (corte a semana epidemiológica 52 del año 2018).

La siguiente tabla presenta el suministro de Terapia Antirretroviral (TAR) en el anteparto y el trimestre de gestación, así como la administración de TAR intraparto para el periodo de 2014 a 2016. Para estos datos se tomó como referencia las 99 mujeres gestantes diagnosticadas con VIH que ingresaron a control prenatal, de estas se excluyeron cuatro (4) en las cuales el diagnóstico de VIH fue posterior al parto.

De las 38 gestantes que ingresaron a la cohorte del año 2014, solo una paciente no recibió Terapia Antirretroviral anteparto (2.6%) lo cual obedece a que tuvo ingreso tardío al control prenatal y el resultado del Western Blot llegó a la IPS de atención un mes antes del parto y como era paciente no afiliada no alcanzó a tener un ingreso a la IPS especializada asignada a esta población. Para las cohortes del año 2015 (32) y 2016 (25) el 100% de las gestantes que hicieron control prenatal recibieron la terapia anteparto.

Las gestantes que tenían diagnóstico de VIH antes de la gestación actual (41), 3 de ellas no realizaron control prenatal; 1 de ellas habitante en situación de calle con dos partos en el año 2015 y 1 en el año 2016; 1 trabajadora sexual y otra que egresa por aborto provocado. 36 de estas pacientes realizan control prenatal y solo el 18,1% (17) de ellas se encontraban en Tratamiento Antirretroviral al momento de la gestación.

El 7,4% (7) de las gestantes ingresadas a las cohortes 2014-2015-2016 no recibieron TAR intraparto, las causas de ello son ruptura prematura de membranas y trabajo de parto avanzado,

mujeres con problemas de adicción a sustancias psicoactivas y alcohol que llegan en expulsivo a atención del parto, falta de conciencia de enfermedad de algunas pacientes cuyos hijos están en custodia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la no confirmación del diagnóstico en 1 paciente. El 96% (24) de las gestantes de la cohorte del año 2016 recibieron TAR intraparto. El 93,7 % (104) de las gestantes de las cohortes 2014-2015 y 2016 tuvieron una vía adecuada de atención del parto.

Tabla 9. Gestantes con diagnóstico de VIH. Número de casos y distribución porcentual según administración de TAR anteparto e intraparto. Medellín, cohortes 2014-2016.

TAR anteparto e intraparto	Año N (%)			Total N (%)
	2014	2015	2016	
<i>Administración de TAR anteparto</i>				
Sí	37(97,4)	32(100,0)	25(100,0)	94(98,9)
No	1(2,6)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,1)
Total	38(100)	32(100)	25(100)	95(100)
<i>Trimestre de gestación al inicio de TAR anteparto*</i>				
Primer trimestre	17(45,9)	8(25,0)	6(24,0)	31(33,0)
Segundo trimestre	12(32,4)	14(43,8)	8(32,0)	34(36,2)
Tercer trimestre	3(8,1)	6(18,8)	3(12,0)	12(12,8)

Antes de la gestación	5(13,5)	4(12,5)	8(32,0)	17(18,1)
Total	37(100)	32(100)	25(100)	94(100)
<i>Administración de TAR intraparto*</i>				
Sí	35(92,1)	29(90,6)	24(96,0)	88(92,6)
No	3(7,9)	3(9,4)	1(4,0)	7(7,4)
Total	38(100)	32(100)	25(100)	95(100)
<i>Vía del parto adecuada**</i>				
Sí	43(97,7)	34(91,9)	27(90,0)	104(93,7)
No	1(2,3)	3(8,1)	3(10,0)	7(6,3)
Total	44(100)	37(100)	30(100)	111(100)

*Se calcula con las 95 mujeres gestantes que fueron diagnosticadas antes o durante la gestación y que tuvieron administración de TAR anteparto.

** Se calcula con el total de casos de la cohorte (111).

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de gestantes con diagnóstico de VIH y TMI del VIH. Medellín, 2014-2018 (corte a semana epidemiológica 52 del año 2018).

La profilaxis antirretroviral y el suministro de fórmula láctea en las niñas y niños expuestos se ha mantenido dentro de las metas propuestas por la estrategia en cada una de las cohortes presentadas.

En los casos en que no aplica el suministro de profilaxis antirretroviral al niño obedece a que un niño nació vivo y falleció y en dos casos las madres se diagnosticaron meses después del parto.

Tabla 10. Número de casos y distribución porcentual de los recién nacidos expuestos al VIH según administración de profilaxis antirretroviral al nacer y fórmula láctea por doce meses. Medellín, cohortes 2014-2016.

Intervenciones al recién nacido	Año N (%)			Total N (%)
	2014	2015	2016	
<i>Administración de profilaxis antirretroviral*</i>				
Sí	43(97,7)	35(94,6)	29(96,7)	107(96,4)
No	1(2,3)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,9)
No aplica	0(0,0)	2(5,4)	1(3,3)	3(2,7)
Total	44(100)	37(100)	30(100)	111(100)
<i>Formula láctea hasta los doce meses de vida**</i>				
Sí	44(100,0)	36(97,3)	29(100,0)	109(99,1)
No aplica	0(0,0)	1(2,7)	0(0,0)	1(0,9)
Total	44(100)	37(100)	29(100)	110(100)

* Se tuvieron en cuenta todos los nacidos vivos. Si el menor nace vivo y fallece antes del mes este no se incluye.

** Si el menor nace vivo y fallece antes de los 6 meses, este no se incluye. Para el 2016 se excluyó un caso que falleció antes de los 6 meses.

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de gestantes con diagnóstico de VIH y TMI del VIH. Medellín, 2014-2018 (corte a semana epidemiológica 52 del año 2018).

Tabla 11. Resultados de los indicadores de las metas operacionales del plan estratégico para disminuir la TMI del VIH. Medellín, cohortes 2014-2016.

Indicadores	Línea base país 2009	2014	2015	2016	*Meta a partir de 2016
Cobertura tamizaje VIH gestantes que van a CPN	45,0	99	100	99	>95%
Cobertura TAR profiláctico anteparto	67,0	97,4	100,0	100,0	> 95%
Cobertura TAR profiláctico anteparto. Inicio semana 14 de gestación	58,0	59,5	37,5	56,0	>95%

Cobertura TAR profiláctico intraparto	61,0	92,1	90,6	96,0	>95%
Cobertura de profilaxis ARV del RN*	94,0	98	100,0	100,0	>95%
Cobertura FL exclusiva hasta los 6 meses de edad**	91,0	100,0	100,0	100,0	>95%

* 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.

*Se excluyen 3 casos en que no aplica el suministro.

**Se excluye 1 caso de un niño nacido vivo que fallece.

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de gestantes con diagnóstico de VIH y TMI del VIH. Medellín, 2014-2018 (corte a semana epidemiológica 52 del año 2018).

5. VIH/SIDA.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana adquirida (VIH) es un retrovirus del género lentivirus el cual ataca el sistema inmunológico debilitando las defensas del organismo generando de esta

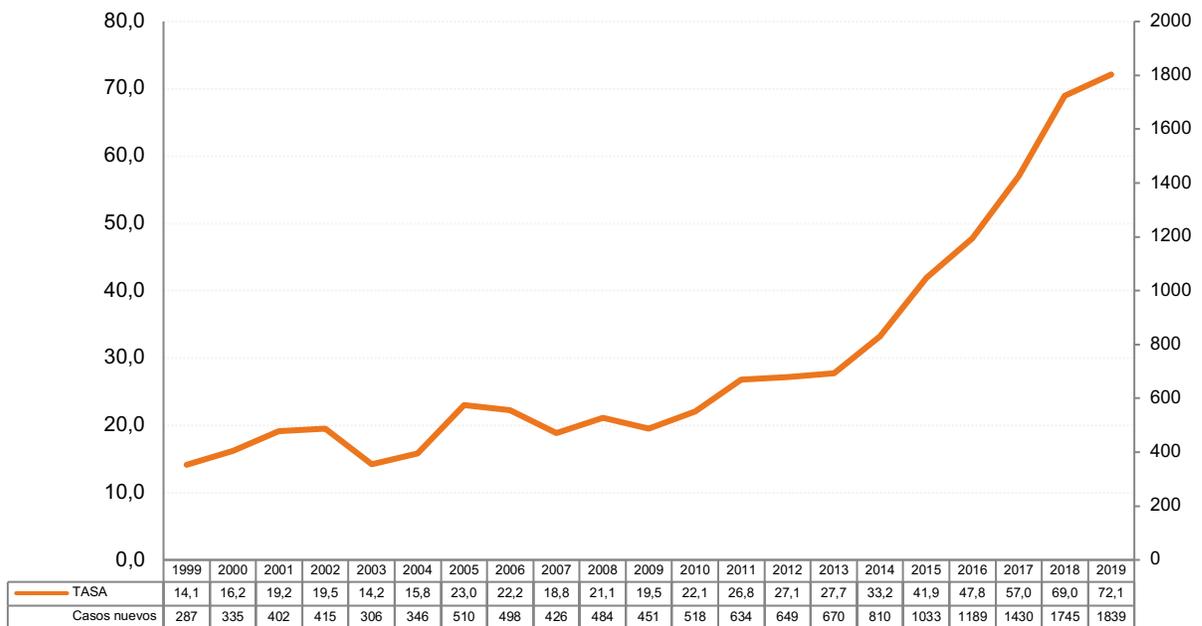
manera la presencia de otras infecciones y algunos tipos de cáncer. En la etapa inicial la persona puede estar asintomática y sin el Tratamiento Antirretroviral (TAR) la persona que vive con el virus puede desarrollar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el cual hay compromiso del estado general de salud de la persona. El comportamiento del evento a nivel mundial según ONUSIDA en el año 2018 en el mundo ha sido: 1,7 millones de personas contrajeron el VIH, 37,9 millones estaban viviendo con el VIH y 770 mil personas murieron por causas relacionadas con el SIDA.

En Colombia el comportamiento según el Instituto Nacional de Salud (INS) y la incidencia de VIH/Sida viene en aumento pasando en el año 2008 de una tasa de 13,7 casos por 100.000 habitantes a una tasa para el año 2018, a semana 46 de 28,1 casos por 100.000 habitantes.

En Medellín es importante tener presente que ONUSIDA habla de una epidemia de VIH concentrada en ciertos grupos poblacionales considerados población clave, entre los cuales se encuentran las hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las mujeres trans. En el año 2019 según estudio realizado en la ciudad de Medellín, la seroprevalencia en HSH fue del 11,4% y en mujeres trans del 22,3%; lo que sugiere que las campañas de prevención de ITS/VIH se deben enfocar en dicha población. A continuación se analizarán diferentes variables relacionadas con el VIH en la ciudad.

Incidencia

En la ciudad de Medellín, la incidencia de VIH viene en aumento, pasando de una tasa de 14,1 por cien mil habitantes en el año 1999, a una tasa de 72,1 por cien mil habitantes en el año 2019 (Figura 12).

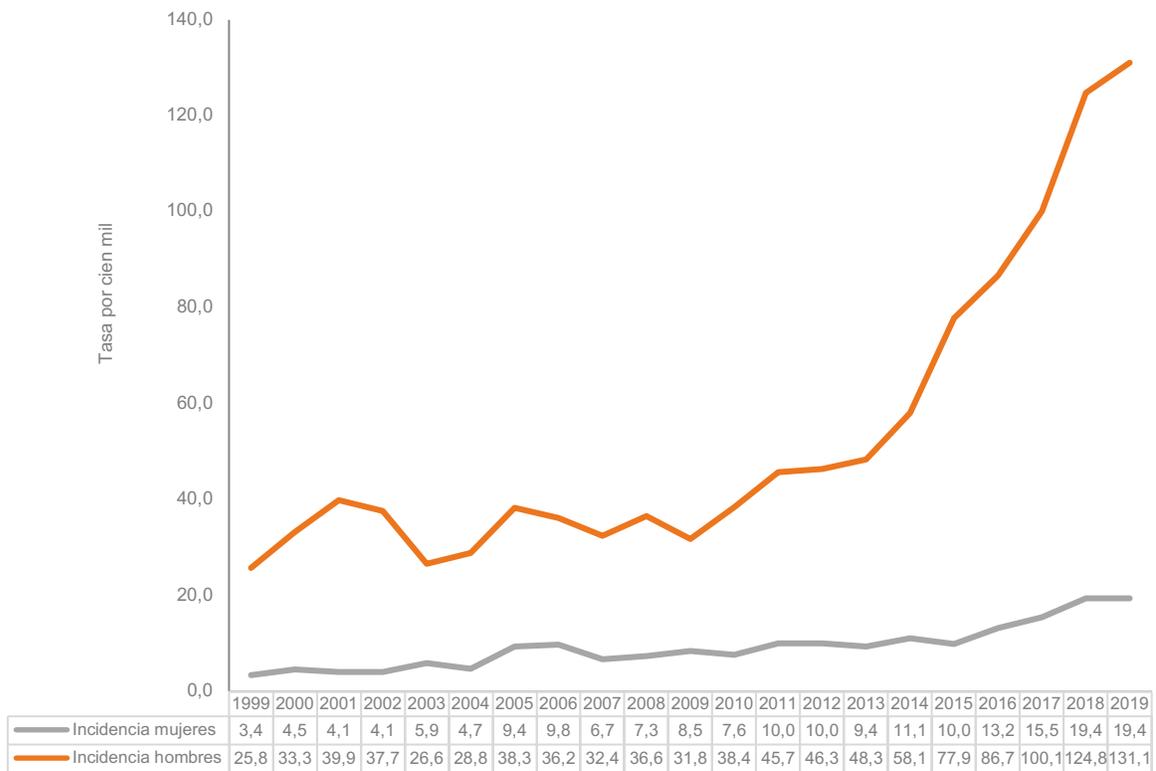


2019** Datos preliminares, sujetos a ajustes.

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín- SIVIGLA.

Figura 12. Incidencia de VIH. Medellín 1999-2019**.

Según el sexo, la mayor incidencia la tienen los hombres, con una tasa de 131.1 por cien mil hombres, versus las mujeres con una tasa de 19.4 por cien mil mujeres (Figura 13).



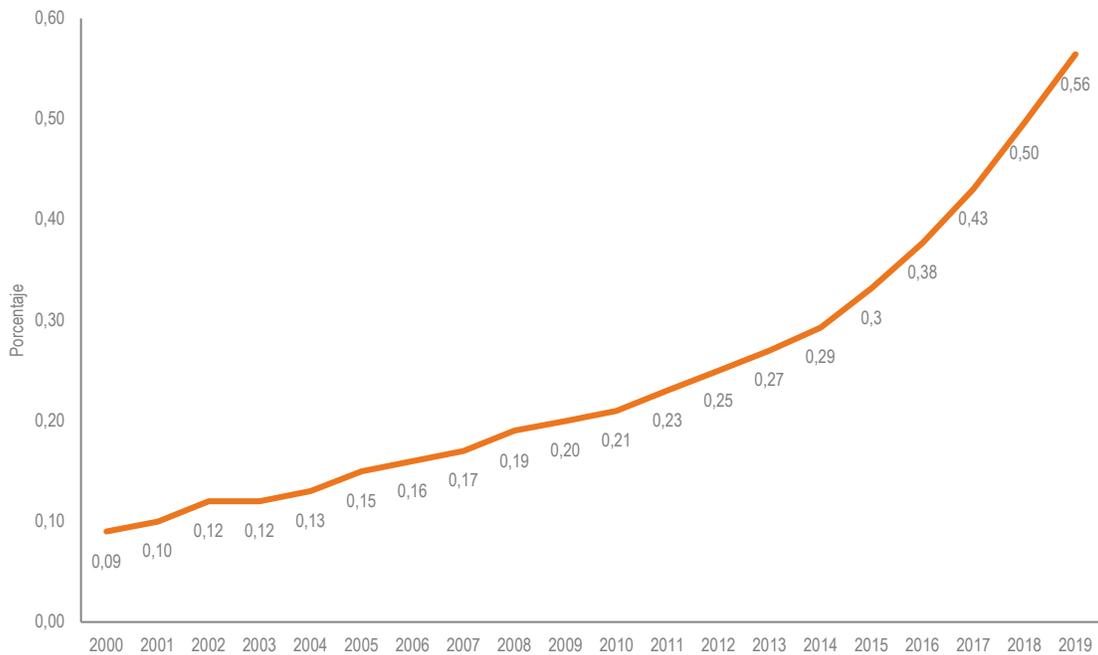
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín- SIVIGLA.

2019** Datos preliminares, sujetos a ajustes.

Figura 13. Incidencia de VIH según sexo. Medellín 1999-2019**.

Prevalencia

La prevalencia del evento viene en aumento, pasando en el año 2000 de 0.09% a 0.56% en el 2019 (Figura 14).



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín- SIVIGLA.

2019** Datos preliminares, sujetos a ajustes.

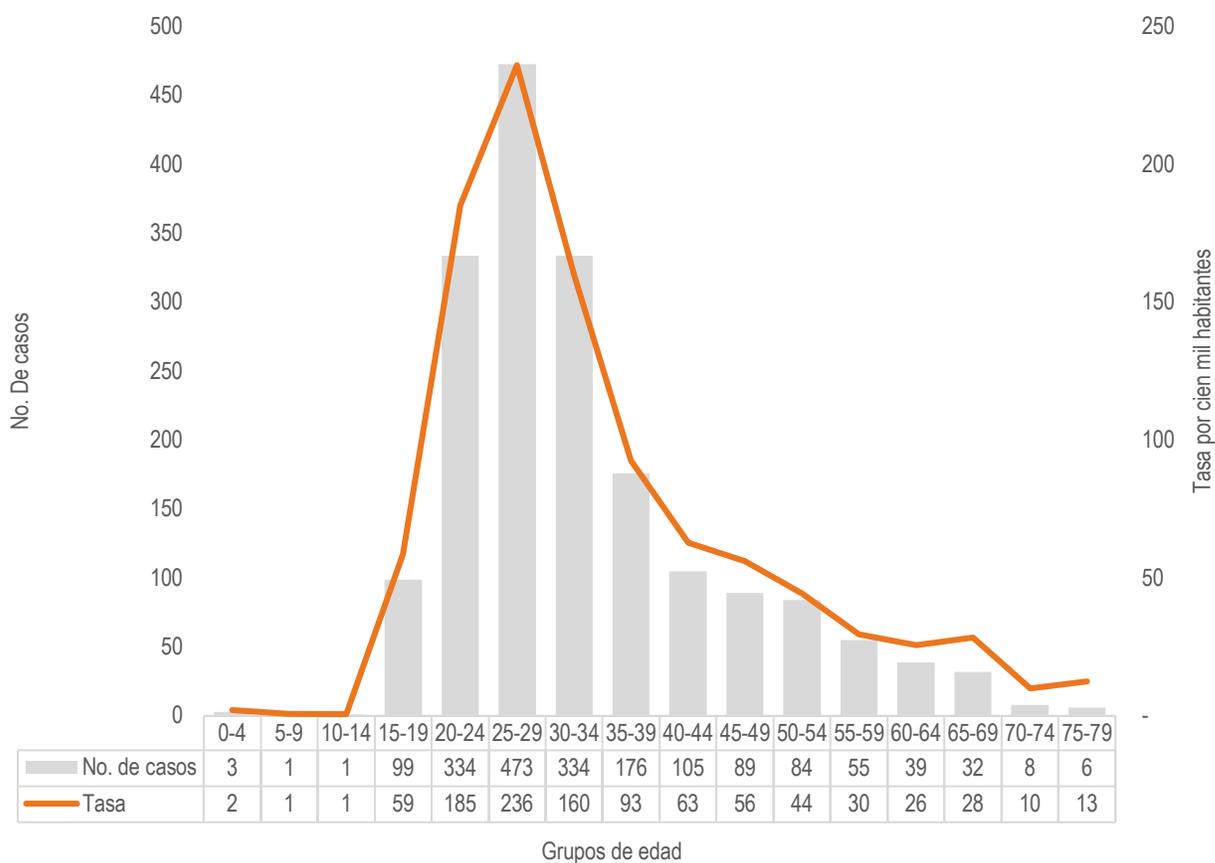
Figura 14. Prevalencia de VIH. Medellín 2000-2019**.

Según género

El total de casos nuevos de VIH en el 2019 fue de 1.839, de los cuales 1.570 fueron hombres (85%) y 269 mujeres (15%); por cada mujer con diagnóstico nuevo de VIH se diagnosticaron 5 hombres.

Distribución por grupos de edad.

En el año 2019, se presentaron casos nuevos de VIH en todos los grupos de edad, el mayor número de casos se presentó el rango de edad de 20-34 años. La mayor tasa la presentaron personas de 25-29 años (Figura 15).



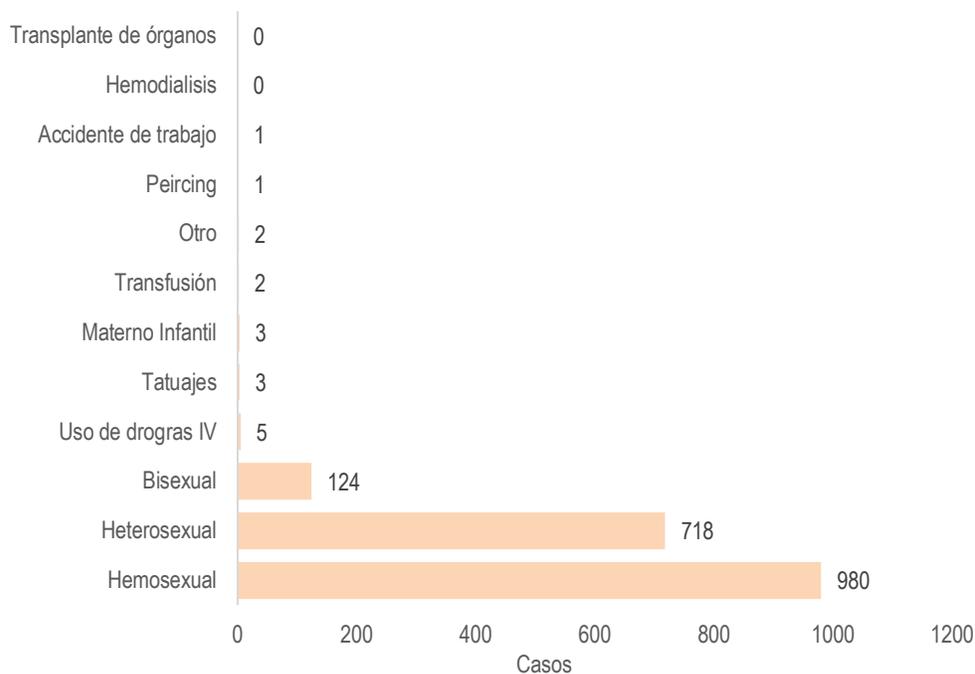
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín- SIVIGLA.

2019** Datos preliminares, sujetos a ajustes.

Figura 15. No de casos y tasa por grupo de edad. Medellín 2019**.

Según mecanismo de transmisión

La infección por VIH tiene dos mecanismos de transmisión, sexual y parenteral, siendo el sexual el que más se presenta, de este las relaciones sexuales homosexuales son la primera causa seguido por las relaciones sexuales heterosexuales, también se incluyen casos como mecanismo probable de transmisión uso de drogas intravenosas, transmisión vertical de madre a hijo, entre otras (Figura 16).



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín- SIVIGLA.

2019** Datos preliminares, sujetos a ajustes.

Figura 16. No de casos nuevos de VIH según mecanismo probable de trasmisión, Medellín 2019**.

Otras consideraciones importantes

Como se manifestó al inicio de esta temática, al verse afectado el sistema inmunológico ante la presencia del virus, la persona es propensa a sufrir diferentes infecciones mediadas por otros microorganismos, esto ocurre no solo en el mundo sino en la ciudad tal como se evidencia en la Tabla 13.

Tabla 12. Enfermedades oportunistas de los casos diagnosticados con VIH/SIDA

Enfermedades asociadas	No. de casos
Candidiasis esofágica	36
Candidiasis vías áreas	8
TBC pulmonar	39
Cáncer cervical invasivo	4
TBC extrapulmonar	10
Coccidioidomicosis	0
Citomegalovirus	4
Retinitis por citomegalovirus	0
Encefalopatía por VIH	5

Enfermedades asociadas	No. de casos
Otras micobacterias	21
Histoplasmosis extrapulmonar	2
Isosporidiasis crónica	1
Herpes zoster en múltiples dermatomas	7
Histoplasmosis diseminada	5
Linfoma de Burkitt	2
Neumonía por pneumocystis	13
Neumonía recurrente (màs de 2 episodios en un año)	3
Linfoma immunoblàstico	2
Criptosporidiasis crónica	8
Criptococosis extrapulmonar	3
Sarcoma de Kaposi	3
Síndrome de emaciación	14
Leucoencefalopatía multifocal	0
Septicemia recurrente por	4
Toxoplasmosis cerebral	8

Enfermedades asociadas	No. de casos
Hepatitis B	8
Hepatitis C	1
Meningitis	9

2019** Datos preliminares, sujetos a ajustes.

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín- SIVIGLA.

Conclusiones

- Tanto la Tasa de Fecundidad como el número de nacidos vivos presenta una tendencia al descenso. Al analizar este indicador por grupos de edad se evidencia mayor Tasa de Fecundidad en las mujeres entre los 15 y 29 años. La tasa en el grupo de edad entre 10 y 14 años tuvo la menor diferencia de 0,1 por 1.000 mujeres en edad fértil.
- Las Tasas Generales de Fecundidad como las específicas en mujeres de 10 a 19 años, son más altas en aquellos territorios con bajo índice de calidad de vida: Popular, San Javier, Villa Hermosa, Robledo, Manrique, Buenos Aires, Santa Cruz y Aranjuez.
- El estudio de violencias sexuales e interrupciones voluntarias del embarazo, requiere un análisis sistemático en relación con los embarazos en adolescentes y fecundidad.

- En los últimos tres años la ciudad presenta un aumento en el número de casos de muertes maternas con relación a los años 2014 y 2015. En el 2018 se presentó un caso por cada una de las tres principales causas de muerte directa: hemorragia, trastorno hipertensivo y sepsis.
- Cuando se analiza la Reducción de la Mortalidad Materna (RMM) por grupo de edad por quinquenios, los grupos que han reducido el riesgo de mortalidad son las adolescentes y las mujeres de 20 a 34 años. Por el contrario las mujeres mayores de 35 años han aumentado el riesgo.
- La reducción en la razón de mortalidad materna que ha tenido el municipio ha sido principalmente en las mujeres sin educación y con educación primaria.
- El índice de mortalidad materna para Medellín fue de 1,1%, lo que significó haber salvado la vida de 738 mujeres que sufrieron complicaciones graves.
- Los principales avances en la reducción de la mortalidad están representados en las causas directas de hemorragia y aborto.
- Aunque el índice de mortalidad por THAE y hemorragia fueron muy bajos, el análisis de la morbilidad y la presentación de un caso de muerte por esta causa, indican que hay debilidades en el cuidado de estas pacientes y que se deben mantener como actividades

permanentes los procesos de reentrenamiento del personal y la vigilancia a la adherencia a las guías.

- El mayor reto para la ciudad lo constituye la reducción de la mortalidad por las causas indirectas y por sepsis obstétrica.
- Aunque la mortalidad por aborto se ha reducido en la ciudad, se debe mantener la vigilancia del aborto inseguro.
- Aunque ha habido avances, persisten falencias en la garantía de anticoncepción segura y oportuna.
- La implementación de la Ruta de Atención Integral (RIA) materno perinatal es un reto de ciudad para lograr el continuo cuidado; desde la preconcepción hasta el posparto, así como el seguimiento de las pacientes que presentan complicaciones que afectan su riesgo de morbilidades ulterior.
- La mayor potencialidad de prevención de muertes perinatales está en las producidas por infecciones, dado que estas representan una proporción importante del total. Fue allí donde más se detectaron deficiencias por corregir en la atención. Estas infecciones se presentan

principalmente en el periodo neonatal tardío, relacionadas la mayoría de ellas con el cuidado de la salud en el paciente hospitalizado.

- Los eventos agudos intraparto y sus consecuencias, a diferencia de lo que sucede en el resto del departamento y mucha parte del mundo, no están representando una causa mayor de muerte perinatal en la ciudad.
- Las alteraciones del crecimiento fetal explican muertes en los tres momentos evaluados (cuatro si se divide el periodo neonatal), varias de ellas con cuidados subestandar solucionables.
- Se identificaron deficiencias en la evaluación y cumplimiento de los protocolos, herramientas diseñadas precisamente para disminuir la variabilidad en la atención y para contribuir a que siempre se suministre el cuidado óptimo respaldado en la mejor evidencia científica.
- En diferentes condiciones clínicas se encuentra la aplicación de tratamientos inadecuados e inoportunos, factor directamente ligado con la falta de adherencia a los protocolos.

- A pesar de la cobertura en control prenatal, se detectaron deficiencias en su realización, especialmente en la búsqueda de las alteraciones de crecimiento y en la causa reconocida de muerte, directa o asociada.
- No es posible identificar el posible origen de las deficiencias encontradas, las cuales podrían ser explicadas por causas diferentes a la falta de conocimiento o entrenamiento (ejemplo: actitud del personal, interacción entre el equipo tratante, recursos institucionales, aspectos administrativos y logísticos, entre otros).
- La sífilis gestacional en el municipio de Medellín va en ascenso, la razón de prevalencia pasó de 9,7 por 1.000 nacidos en 2017 a 10,6 en 2018.
- El contraste entre el aumento de sífilis gestacional y la disminución de sífilis congénita indica que, las intervenciones en las instituciones que atienden gestantes están evitando un número importante de casos de transmisión vertical.
- Medellín aporta el 36% de los casos de sífilis congénita del departamento, para 2018 las zonas Centrorienta y Nororienta de la ciudad aportaron el mayor número de casos (n: 33 – 71,7% del total), siguiendo la misma tendencia que en años anteriores.

- Maternas procedentes de Venezuela aportaron el 8,7 de los 46 casos de sífilis congénita analizados, aunque estos casos (n4) no se incluyen para el cálculo de la incidencia del evento, ni de la letalidad.
- Factores de riesgo social como la drogadicción continúan observándose frecuentemente entre las gestantes que tienen recién nacidos con sífilis congénita (38,9%). Las dificultades inherentes a estos factores constituyen una mayor dificultad para la captación y tratamiento oportuno por las IPS a las cuales están adscritas.
- Para el año 2018 se presentó un aumento en los casos de sífilis con muerte perinatal asociada, con la letalidad por sífilis más alta en los últimos seis años.
- El principal factor contribuyente para la presentación de los casos identificado fue la no realización de control prenatal, lo que puede indicar insuficiente inducción a la demanda al control prenatal.
- Aún se evidencian fallas en la adherencia a todas las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección y el tratamiento de la sífilis gestacional y congénita, especialmente en la de tamizar con prueba treponémica rápida en el control prenatal.

- En las IPS de la ciudad se garantiza la tamización para VIH al 100% de las gestantes que acceden al control prenatal. Con respecto a la tamización con prueba rápida para VIH en el peripato en el año el año 2016 solo se le realizó al 61% (75) de las 122 gestantes en quienes estaba indicado.
- Es una fortaleza en la estrategia para la eliminación de la TMI del VIH, el hecho que durante los años 2015-2016 el 100% de los recién nacidos expuestos al virus han recibido la profilaxis antirretroviral y la formula láctea por un año.
- El 100%, 97,3% y el 97% de los niños y niñas que nacieron de las gestantes reportadas con VIH y que ingresaron a las cohortes del 2014, 2015 y 2016 respectivamente, fueron clasificados como sanos, porque se excluye del seguimiento 1 niño del año 2016 que falleció sin clasificar. Este es un gran logro en términos de salud pública para Medellín y especialmente una enorme ganancia en calidad de vida para los niños que nacieron hijos de madre con VIH.
- Entre los resultados de impacto favorables para destacar está el hecho que la ciudad presentó entre 2008 y 2016 una disminución del 100% de casos de TMI de VIH al pasar del 8% (2) a 0 casos en los niños expuestos reportados a la estrategia.
- Un resultado favorable en salud pública para la Ciudad, es que en la cohorte del año 2016 se cumplieron las metas definidas por la OPS/OMS en la ETMI-PLUS, para la eliminación

de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas, excepto el inicio en la semana 14 de la Terapia Antirretroviral (TAR) y el suministro de esta intraparto.

- En las 17 gestantes que tenían diagnóstico de VIH antes de la gestación actual y no recibían TAR se identifican las siguientes razones: estar desvinculadas de un programa de atención en VIH, falta de aseguramiento, trámites de una aseguradora a otra, no aceptación del diagnóstico, experiencias negativas en los servicios de salud, frecuentes cambios de las EAPB en la contratación de IPS, bajo nivel educativo, situaciones familiares que interfieren con la oportuna atención médica, falta de tiempo de la madre para consultar y cuidar de sí y la pobreza, entre otras.

Recomendaciones

- Garantizar la cobertura en anticoncepción a las pacientes en edad reproductiva con enfermedades de base y la asesoría en la interrupción voluntaria del embarazo para la toma de una decisión informada; estrategias indispensables para impactar la mortalidad por causas indirectas.
- Continuar la implementación de la anticoncepción posevento obstétrico en las IPS de la ciudad.

- Seguir avanzando en la definición de la red materno- perinatal en la ciudad y hacerla operativa.
- Fortalecer e implementar estrategias de información y educación para que las mujeres conozcan sus derechos en salud sexual y salud reproductiva.
- Continuar la implementación de la Guía de práctica Clínica para el tratamiento de las complicaciones hipertensivas del embarazo; realizar evaluaciones periódicas de adherencia, así como la revisión de los casos de Morbilidad Materna Extrema por esta causa y plantear planes de acción.
- Mantener la revisión de la aplicación de la Guía de Práctica Clínica (GAI) de las mujeres con hemorragia obstétrica e incluir nuevas tecnologías con evidencias como el uso temprano del ácido tranexámico en el manejo de todas las pacientes con hemorragia posparto independiente de la causa.
- Mantener, ampliar y fortalecer la estrategia de clínicas especializadas para el cuidado integral de las pacientes con enfermedades complejas.

- Continuar la sensibilización y el entrenamiento del personal de la salud para que sospechen, diagnostiquen y traten la sepsis en la paciente obstétrica de manera oportuna.
- Implementar proyectos de mejoría de la calidad enfocados en estrategias para la disminución de la infección asociada al cuidado de la salud en las diferentes unidades neonatales de la ciudad.
- Es indispensable generar estrategias para lograr el reconocimiento temprano de los signos sutiles de la infección en progresión. Se debe reforzar el entrenamiento en la detección temprana y el tratamiento de las infecciones, incluyendo el tratamiento del choque séptico.
- Garantizar que todos los recién nacidos sean atendidos por personal idóneo con un entrenamiento adecuado en reanimación neonatal y en la identificación del riesgo según las condiciones maternas y perinatales.
- Cada institución deberá realizar análisis por cada muerte que se presente. En este ejercicio se debe involucrar al personal que atiende los partos. No debe ser un ejercicio de cumplimiento de protocolos de vigilancia epidemiológica por un equipo lejano a la atención clínica. Se debe reflexionar, aprender y proponer correctivos específicos para las instituciones cuando se detecten situaciones anómalas prevenibles.

- Es necesario implementar un programa de actualización regular y frecuente de atención del recién nacido, que incluya medidas básicas de atención reanimación cardiopulmonar.
- Generar procesos de auditoría institucionales enfocados a la detección de las condiciones específicas subyacentes a los cuidados subestándar identificados con el fin de modificar los verdaderos desencadenantes de los problemas identificados. Esta recomendación requiere del fortalecimiento de los comités de vigilancia epidemiológica institucionales.
- El análisis de los casos en cada institución debe darse en profundidad con el fin de identificar todos los factores subyacentes a las muertes.
- Como directriz general para la mayoría de los factores modificables con influencia mayor identificados en el análisis, se debe asumir el mejoramiento continuo como una herramienta constante y aplicable a todos los procesos institucionales, garantizando que las condiciones del traslado no profundicen la gravedad de los cuadros clínicos.
- Fortalecer en las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el componente de Información Educación y Comunicación (IEC), con énfasis en la población más vulnerable, de manera que se facilite el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y de acceso a servicios que contribuya al empoderamiento de las mujeres para la toma de decisiones para el cuidado de sí.

- Implementar de nuevo la línea de asesoría técnica de sífilis dado que es una excelente herramienta de asesoría y apoyo a los equipos de salud para el adecuado manejo de las gestantes y el recién nacido. Para el asesoramiento se debe hacer uso de las bases de datos de vigilancia epidemiológica desde 2005, y los registros del SIVIGILA desde el 2008.
- Creación de un banco de información centralizado en la Secretaría de Salud de Medellín con información relacionada con pruebas de laboratorio y tratamientos aplicados. Herramienta que podría ser consultada y administrada por el equipo de vigilancia de la Secretaría de Salud, permitiendo asesorar a los equipos de salud, facilitar la toma de decisiones y el reporte adecuado de casos.
- Realizar programas de educación continua y capacitación en las Guías de Práctica Clínica en todos los niveles de atención; en el primer nivel con el objetivo de mejorar el diagnóstico y manejo de la sífilis gestacional, y en el segundo y tercer nivel, donde se atienden partos y recién nacidos, para que su accionar sea una continuidad del esfuerzo y trabajo del primer nivel.
- Continuar con las asistencias técnicas a las IPS para el seguimiento de la sífilis gestacional ya que, a pesar de haber un aumento significativo en el evento de SG se pudieron evitar muchos casos de SC en la ciudad de Medellín en 2018, a su vez realizar acompañamiento en la implementación de la prueba treponémica rápida en las instituciones que están empezando a utilizarla o están próximas a hacerlo.

- Mejorar la difusión del derecho a los servicios de salud a la población migrante, la ruta de atención entre los proveedores de los servicios de salud, y la orientación pertinente a las gestantes hacia el trámite oportuno del SISBEN para facilitar el manejo de sífilis en las gestantes migrantes y sus hijos, asegurando los tratamientos completos a ellas, sus recién nacidos y los contactos sexuales y evitar así la cadena de transmisión del evento en el territorio nacional. Todas las IPS y EAPB deben unirse en este sentido para contribuir a contener la epidemia que podría ocurrir y no perder lo logrado en los últimos años.
- Fortalecer las acciones de asistencia técnica, monitoreo, evaluación e inspección, vigilancia y control; indispensables para el fortalecimiento de las guías y protocolos en las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) de la Transmisión Materno Infantil (TMI) que a su vez permiten difundir a todos los actores del sistema de salud las metas de ETMI-PLUS, para la eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la sífilis, y la hepatitis.
- Mejorar y adecuar la oportunidad diagnóstica de las ITS en la gestante, eliminando las barreras administrativas con el fin de garantizar el tratamiento oportuno de los casos y el seguimiento adecuado de estos.
- Conformar el Comité Intersectorial de Salud Sexual y Reproductiva, como lo recomienda la Resolución 3280 de 2018 en la Ruta Integral de Atención en ITS VIH, VHB, VHC con

el fin de coordinar las acciones colaborativas entre instituciones que permitan garantizar un diagnóstico oportuno de la infección a las poblaciones claves.

- Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) deberían promover y contratar con sus IPS la utilización de pruebas rápidas para VIH y sífilis para el fortalecimiento del tamizaje de las gestantes, aún más, bajo las directrices dadas por la Ruta Materno Perinatal, Resolución 3280 de 2018.
- Capacitar al personal de salud, no bacteriólogo en la toma y lectura de pruebas rápidas para las ITS VIH y sífilis como lo propone la Resolución 2338 de 2013, lo cual permitiría realizar diagnósticos e intervenciones oportunas a las gestantes que llegan en trabajo de parto sin control prenatal, pues la evidencia demuestra que los diagnósticos de VIH en el posparto son la causa principal de TMI de VIH.
- Analizar a las gestantes al programa de planificación familiar para que desde el embarazo reciban asesoría sobre el control de su fecundidad y entrega de condones durante la gestación y la lactancia materna; los condones de látex masculinos, se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, Resolución 5269 de 2017.

- Las EAPB deben mejorar el seguimiento nominal a cada binomio madre - hija o hijo, con el fin de verificar el cumplimiento de las intervenciones establecidas en la estrategia por parte de las IPS.
- Una vez terminen su periodo de gestación, las EAPB y las IPS deben garantizar la oportunidad y continuidad en el Tratamiento Antirretroviral (TAR) en las mujeres,
- Se debe dar continuidad a las actividades realizadas en años anteriores de asesoría, monitoreo y evaluación a los programas de VIH de la ciudad para garantizar que se cumpla con la Guía de Práctica Clínica, para la atención a las gestantes con diagnóstico de VIH y a sus recién nacidos expuestos.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021. [internet]. Bogotá, 2013 marzo 15: 7. [Consultado: 2017 octubre 12]. www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf.
2. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. [internet]. Bogotá, 2010. [Consultado: 2017 octubre 16]. www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf.

3. Secretaría de Salud de Medellín. Informe Epidemiológico de Violencias de Género, 2016. Medellín, 2016.
4. Organización Panamericana de la Salud. Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU. [internet]. Uruguay. [Consultado: 2017 octubre 9]. www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=839:once-paisesde-america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-maternasegun-nuevo-informe-de-la-onu&Itemid=0.
5. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [internet]. Bogotá, 2013 marzo 15: 7. [Consultado: 2017 octubre 12]. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/
6. Organización Mundial de la Salud. Informe Día Mundial de la Salud 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán! 2005. [internet]. Panorama general. Ginebra, Suiza; 2005. [Consultado: 2017 octubre 19]. www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf.
7. Secretaría de Salud de Medellín. Informe final del evento morbilidad y mortalidad materna extrema, Medellín, 2018.
8. Tunçalp, Ö., Hindin, M. J., Souza, J. P., Chou, D., & Say, L. (2012). The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 119(6), 653-661.
9. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Protocolo de vigilancia en salud pública mortalidad perinatal y neonatal tardía, 2016. [internet]. Bogotá, 2016:3-6. [Consultado: 2017 octubre 19]. www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-

- Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal.pdf.
10. Instituto Nacional de Salud. Informe mortalidad perinatal y neonatal 2018. [internet]. [Consultado: 2019 diciembre 20]. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20PERINATAL%20Y%20NEONATAL%20TARD%C3%8DA_2018.pdf/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf
 11. Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. EMTI –PLUS: Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. [internet]. OPS, 2017:18. [Consultado: 2017 octubre 20]. www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=41278&Itemid=270&lang=en
 12. Centers for Disease Control and Prevention. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. MMWR Recomm Rep 2001;50:1-57.
 13. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación actual del VIH en Colombia 2015. [internet]. Bogotá, 2015. [Consultado: 2017 octubre 9]. www.cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacio%CC%81n%20del%20VIH%20en%20Colombia%202015.pdf.
 14. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Colombia renueva el compromiso frente al VIH/Sida. 2011. [Internet]. [Consultado: 2017 octubre 6]. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/Colombia-renueva-el-compromisofrente-al-VIHSIDA.aspx>. Consultado 12 de febrero 2012.

15. Jaiberth A. Cardona-Arias, Claudia M. Álvarez-Flórez y Gildardo Gil-Ruiz: Prevalencia de VIH/SIDA en Medellín y evaluación del desempeño de la prueba presuntiva, 2006-2012. [Internet]. Rev. Salud Pública. Vol15; 6; 2013:929-942. [Consultado: 2017 octubre 6]. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33259/46282>.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015. [Internet]. Bogotá, 2015. [Consultado: 2017 octubre 6]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>.
17. Colombia Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública VIH - SIDA [Internet]. Bogotá: INS; 2014. 43 p. Disponible en: <http://www.clinicamedihelp.com/documentos/protocolos/PRO%20VIH%20-%20SIDA.pdf>
18. Ministerio de Salud y Protección Social. ETMI PLUS: Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la sífilis congénita, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas: comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Medición de las Cohortes 2014-2015 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/medicion-tmi-del-vih-cohortes-2014-2015.pdf>.

Medellín **FUTURO**

Secretaría de Salud de Medellín

www.medellin.gov.co/salud

Línea de Atención al Ciudadano 44 44 144



Alcaldía de Medellín