



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

INFORME DEFECTOS CONGÉNITOS ANTIOQUIA 2023



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	4
MATERIALES Y MÉTODOS.....	4
HALLAZGOS	11
DISCUSIÓN.....	20
RECOMENDACIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	23





INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define los defectos congénitos como trastornos estructurales o funcionales de los órganos, sistemas o partes del cuerpo que se producen durante la vida intrauterina, y son causados por factores genéticos, ambientales o ambos; pueden ser evidentes antes del nacimiento, en el nacimiento o más tarde en la vida. Los defectos congénitos se pueden clasificar según la severidad, dependiendo la repercusión anatómica y/o funcional en: anomalía mayor y anomalía menor. La anomalía mayor son defectos que si no son corregidos, comprometen significativamente el funcionamiento corporal o reducen la expectativa normal de vida. Requiere atención médica especializada; la anomalía menor es una alteración con significado inicialmente cosmético que no compromete la forma o funcionalidad corporal y que puede ser corregida o no requiere manejo médico.

Cada año 303.000 recién nacidos fallecen en las primeras cuatro semanas de vida por anomalías congénitas, la cuarta causa de mortalidad neonatal (2020, 2020); su prevalencia en el mundo oscila entre el 2% y el 3% y unos 3,3 millones de niños menores de 5 años fallecen por estas causas. Las malformaciones más frecuentes son las cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down. En años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), los defectos congénitos representan entre 25,3 y 38,8 millones de AVAD, lo que explica que estas anomalías estén en la posición 17 en el mundo de las causas de carga de la enfermedad.

Las anomalías congénitas son la segunda causa de muerte en los niños menores de 5 años en las Américas (1). Cada año en Estados Unidos de Norte América (EE.UU.) nacen aproximadamente 150.000 bebés con malformaciones congénitas. Según el American College of Obstetricians and Gynecologists, el 3 % de los bebés que nacen en EE.UU. tienen algún tipo de anomalía congénita importante (2).





OBJETIVOS

2.1. Objetivos General

Describir el Comportamiento Epidemiológico del Evento Defectos Congénitos en el Departamento de Antioquia durante el año 2023.

2.2. Objetivos específicos

- Realizar la caracterización sociodemográfica de los defectos congénitos, en el departamento de Antioquia durante el año 2023.
- Identificar las variables de persona, tiempo y lugar de los casos de defectos congénitos, notificadas en SIVIGILA, identificando los factores determinantes de los casos para el año 2023.
- Identificar las subregiones y los grupos poblacionales con los mayores riesgos para defectos congénitos, en el departamento de Antioquia durante el año 2023.
- Evaluar los indicadores del protocolo de Vigilancia Epidemiológica para el evento

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Definiciones operativas para defectos congénitos

- Caso probable: Todos los productos de la gestación, vivos y muertos, identificados en la etapa prenatal, al nacer o hasta los doce meses de edad con diagnóstico probable de defectos congénitos (funcionales metabólicos, funcionales sensoriales o malformaciones congénitas), cuando no es posible hacer la confirmación de su diagnóstico definitivo de manera inmediata.

No se incluyen las malformaciones menores cuando estas se presentan aisladas. Estas malformaciones menores se incluirán cuando acompañen una malformación mayor o cuando se evidencie la presencia de tres o más anomalías menores en un recién nacido.

- Caso confirmado por clínica o laboratorio: Todos los productos de la gestación, vivos y muertos, identificados en la etapa prenatal, al nacer o hasta los doce meses de edad con diagnóstico confirmado por clínica o laboratorio de un defecto congénito (funcionales metabólicos, funcionales sensoriales o malformaciones congénitas).





Ajustes

- Ajuste 3: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación por laboratorio.
- Ajuste 4: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación clínica.
- Ajuste 6: Casos de defectos congénitos descartados.
- Ajuste 7: Casos de defectos congénitos en los que se requiere modificar o complementar información de alguna variable del caso.
- Ajuste D: Casos de defectos congénitos con error en la digitación del documento de identidad en datos básicos.

3.2. Definiciones operativas de caso para hipotiroidismo congénito

- Caso probable

Recién nacido vivo con prueba de TSH para tamizaje neonatal en cordón umbilical mayor al punto de corte establecido de 15 mUI/L.

Recién nacido vivo con prueba de TSH para tamizaje neonatal en talón mayor al punto de corte establecido de 10 mUI/L. Condiciones especiales:

- Condiciones especiales

Recién nacido con prematurez, bajo peso al nacer y/o producto de embarazo múltiple debe retamizarse con TSH a los 15 días.

Recién nacido con Síndrome de Down debe retamizarse con TSH a los 30 días

- Caso confirmado por laboratorio

Recién nacido vivo con confirmación por laboratorio con TSH aumentada para el valor definido como rango normal para la técnica y L-T4 inferior al valor definido dentro de los valores de referencia para la técnica. En caso de no disponer de la técnica para LT4, se debe hacer T4 total.

En el niño menor de un año que obtenga en las pruebas bioquímicas en suero niveles altos para la edad de TSH y valor bajo para L-T4. Se debe considerar también el valor de L-T4 en el límite inferior y se confirma hipotiroidismo congénito cuando no existen otras causas como la nutricional, o la secundaria a algún tratamiento o enfermedad distinta.





- Los casos captados en tamizaje neonatal con TSH elevado y T4 Libre normal pueden ser secundarios a hipotiroidismo transitorio o central por lo cual se recomienda nueva medición de TSH a las 2 semanas y cuando se justifique según la condición clínica del paciente.

Ajustes

Ajuste 3: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación por laboratorio.

Ajuste 6: Casos de defectos congénitos que son descartados.

3.3. Definiciones operativas de caso para déficit auditivo congénito

- Caso probable

Recién nacido sin factores de riesgo de pérdida auditiva que no pasa la prueba de Respuesta Auditiva de Tallo Encefálico Automatizada (RATEA).

Recién nacido con factores de riesgo de pérdida auditiva que no pasa la pruebas con los métodos de tamización definidos: Emisiones Otoacústicas (EOA) y Respuesta Auditiva de Tallo Encefálico Automatizada (RATEA).

- Factores de riesgo de pérdida auditiva

Antecedente familiar de sordera, bajo peso al nacer, prematurez, estigmas asociados a síndromes, meningitis o neuro infección, hiperbilirrubinemia, antecedente materno de exposición a ototóxicos, examen neurológico anormal, traumas prenatales que pueden afectar al feto, trastornos respiratorios, traumas perinatales, infecciones maternas (STORCH, VIH, Zika, Chikungunya), hipoxia perinatal, recién nacido que requiere maniobras de reanimación, hipotiroidismo congénito y errores innatos del metabolismo.

- Caso confirmado por clínica

Recién nacido en el cual se confirma por examen diagnóstico (RATEA) una alteración auditiva de origen congénito.

- Ajustes

Ajuste 4: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación clínica. Ajuste 6: Casos de defectos congénitos que son descartados.





3.4. Definiciones operativas de caso para déficit visual congénito

- Caso probable

Recién nacido con alteración visual/ocular identificada con los métodos de tamización (prueba del reflejo rojo, inspección externa, examen pupilar y reflejo luminoso corneal) a través de los hallazgos clínicos del examen físico.

- Caso confirmado por clínica

Recién nacido en el cual se confirma por oftalmología alteración visual/ocular de origen congénito.

- Ajustes

Ajuste 4: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación clínica. Ajuste 6: Casos de defectos congénitos que son descartados.

3.5. Definiciones operativas de caso para cardiopatía congénita compleja

- Caso probable

Recién nacido con pulsioximetría a las 24 horas del nacimiento por debajo del punto de corte o con una diferencia mayor a 4 % entre la pulsioximetría pre y post ductal, según el procedimiento de tamizaje.

- Puntos de corte

Menor a 1500 metros sobre el nivel del mar: SPO2 90-94 % Mayor a 1500 metros sobre el nivel del mar. SPO2 90-92 %

- Caso confirmado por clínica

Recién nacido en el cual se confirma una cardiopatía congénita compleja de origen congénito por Ecocardiograma Transtorácico.

- Ajustes

Ajuste 4: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación clínica. Ajuste 6: Casos de defectos congénitos que son descartados.





3.6. Definición de indicadores del protocolo

- Prevalencia de defectos congénitos en menores de un año: Corresponde al número de casos de defectos congénitos en menores de un año por cada 10 000 nacidos vivos en un periodo de tiempo a analizar.
- Letalidad por defectos congénitos: Corresponde a la proporción de defunciones registradas con defectos congénitos con respecto a la población de casos notificados para el evento.
- Prevalencia de defectos del tubo neural en menores de un año: Corresponde al número de casos de defectos del tubo neural en menores de un año por cada 10 000 nacidos vivos.
- Prevalencia de déficit auditivo en menores de un año: Corresponde al número de casos de déficit auditivo en menores de un año por cada 10.000 nacidos vivos.
- Prevalencia de defectos congénitos visuales en menores de un año: Corresponde al número de casos de defectos congénitos visuales en menores de un año por cada 10.000 nacidos vivos.
- Prevalencia de cardiopatía congénita compleja en menores de un año: Corresponde al número de casos de cardiopatía congénita compleja en menores de un año por cada 10.000 nacidos vivos.
- Prevalencia de defectos congénitos metabólicos en menores de un año (además se debe desagregar en hipotiroidismo congénito y otros errores innatos del metabolismo): Corresponde al número de casos de defectos metabólicos en menores de un año por cada 10000 nacidos vivos
- Proporción de casos de tamizaje neonatal con ajuste (se debe desagregar este indicador en tamizaje metabólico, visual, auditivo y de cardiopatía congénita compleja): Corresponde a la proporción de casos probables de tamizaje neonatal confirmados y descartados.





3.7. Fuentes de información

Para la vigilancia del evento de defectos congénitos 2023, se utilizaron las siguientes fuentes de información:

- Fuente primaria: Para la operación de estadística de vigilancia de eventos de salud pública, la fuente primaria obtiene los datos de las unidades estadísticas (UPGD o UI) empleando las fichas de notificación físicas o digitales como instrumentos propios, que permiten reportar los casos de personas que cumplan con la definición de caso del evento defectos congénitos (código: 215).
- Fuente secundaria: Corresponde al conjunto de datos, sobre hechos o fenómenos, que se obtienen a partir de la recolección realizada por otros. En el evento defectos congénitos estas fuentes corresponden a:
 - Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS.
 - Historias clínicas.
 - Registro de nacidos vivos – tomado del Registro Único de Afiliados - RUAF.
 - Registro de defunción – tomado del Registro Único de Afiliados - RUAF.
 - Registro de pruebas de laboratorio – tomado del Repositorio Nacional de Tamizaje Neonatal

3.8. Análisis de los datos

El proceso de recolección de datos producto de la notificación a SIVIGILA y el proceso de aseguramiento de la calidad de los datos se realiza según lo establecido en el Manual del Usuario Aplicativo SIVIGILA (31). Dadas las características multifactoriales de los defectos congénitos relacionadas con las condiciones del entorno de la mujer gestante, la información para el evento debe ser analizada por el departamento/distrito de residencia de los casos. En la depuración de la base del evento se realiza teniendo en cuenta

menor notificado (cara A) y número de identificación de la madre del menor (cara B). Se seleccionará el registro a conservar teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Si hay un caso con ajuste 6 o D, se conserva el otro registro.
- Si los casos no tienen ningún ajuste, se revisa la condición final.





Se conserva el caso que contenga la mortalidad en los siguientes casos:

- Si los casos tienen la misma condición final, se conserva el que este confirmado por ajustes 3 o 4 en la variable ajuste o tipo de caso.
- Si los casos se encuentran confirmados por tipo de caso o ajuste, se verifica la calidad de la información y se conserva el que tenga la mejor definición del diagnóstico y del código CIE 10 y finalmente, si los criterios anteriores no permiten definir el caso que se debe confirmar, se seleccionara el que tenga la fecha de notificación más reciente.

El siguiente paso es identificar las condiciones relacionadas con la prematuridad. Para esto se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

- Variable edad gestacional: casos con edad gestacional menor a 36 semanas.
- Variable peso al nacer: casos con peso inferior a 2 500 gramos.
- Variable unidad de medida de la edad del caso: casos con unidad de medida 3, 4 y 5 (días, minutos y horas).

En los casos resultantes, se realizará búsqueda de malformaciones congénitas que se relacionan con condiciones de prematuridad descritas en el anexo 3. Posteriormente se revisará la codificación de los defectos identificando a aquellos que correspondan a defectos congénitos menores que no cumplan con la definición de caso del evento para solicitar ajuste 6 (ver anexo 2). Finalmente, se identifican los casos probables captados por tamizaje neonatal (hipotiroidismo congénito, déficit auditivo, déficit visual y cardiopatía congénita compleja) a los que tienen ajuste 0 o 7. Esto permite la gestión de los ajustes correspondientes a tamizaje neonatal dentro de los tiempos establecidos para el evento. Para el análisis del evento se excluyen los casos con ajustes 6, D, defectos congénitos asociados a prematuridad, repetidos y notificados con defectos congénitos menores.

Los ajustes a la información de casos probables de defectos congénitos y la clasificación final de estos eventos se deben realizar a más tardar en dos (2) periodos epidemiológicos, exceptuando a los defectos objeto de tamizaje neonatal (metabólico, visual, auditivo y de cardiopatía compleja) que tienen como plazo máximo un (1) periodo epidemiológico. Los defectos que sean notificados durante la etapa prenatal como caso probable se ajustaran al momento del nacimiento.





HALLAZGOS

A continuación, se presentan de manera detallada los principales hallazgos en la Vigilancia Epidemiológica del Evento de Muerte Perinatal y Neonatal Tardía en el departamento de Antioquia durante el año 2023.

La vigilancia del evento defectos congénitos se analiza teniendo en cuenta diferentes causas, como se define en el protocolo de Defectos Congénitos, del Instituto Nacional de Salud (Código 215) A continuación, se presentan los principales hallazgos en la vigilancia epidemiológica del evento en el departamento de Antioquia durante el año 2023.

4.1 Variables de interés

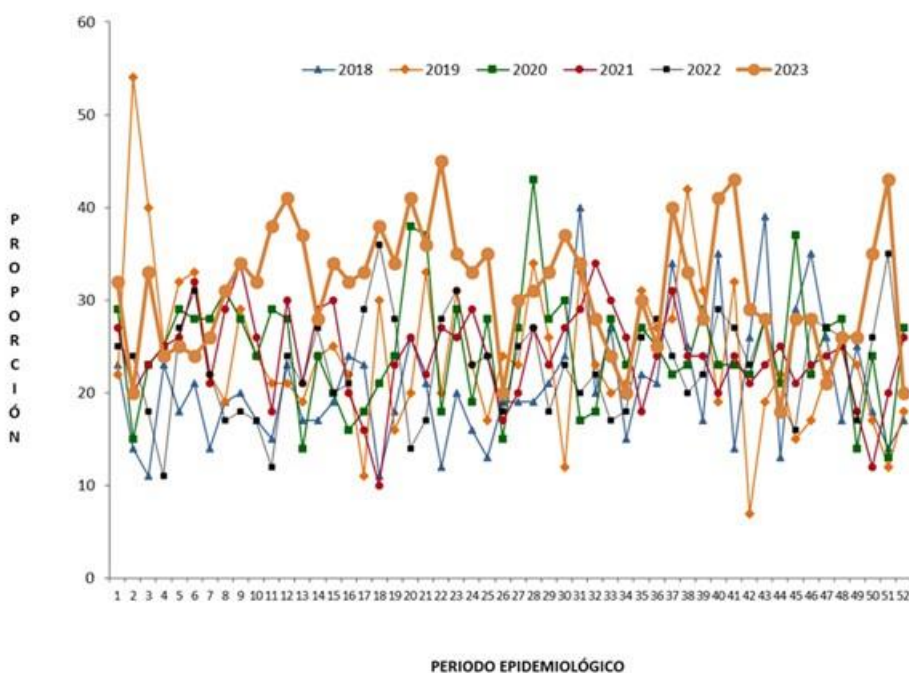
La distribución porcentual de los casos de defectos congénitos, por semana epidemiológica en Antioquia entre los años 2018 - 2023 (Gráfico 1), se observa que la mayor proporción de eventos notificados durante el periodo de estudio, se presentaron en la semana epidemiológica 2 del año 2019. En contraste, durante el último año del periodo analizado, se observa la mayor proporción en la semana 22 con un total de 45 notificaciones del evento.

El comportamiento de la notificación tuvo aumento entre los años 2017 a 2023, excepto durante el año 2022 donde se presentó una disminución de los casos reportados respecto del año inmediatamente anterior.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



Gráfica 1. Distribución de los casos de defectos congénitos, por semana epidemiológica Antioquia 2018-2023

Fuente: SIVIGILA 2023.

Las malformaciones congénitas del sistema circulatorio (746 casos), tiene el mayor número de casos con tipo de defecto definido, seguido se encuentran las malformaciones congénitas del sistema osteomuscular (245 casos) y las malformaciones congénitas del sistema nervioso (131 casos). Se evidencia que 137 casos están clasificados dentro de la categoría sin datos, esto expone los problemas de la calidad de la captación de los datos y el sesgo que este puede presentar para los análisis.



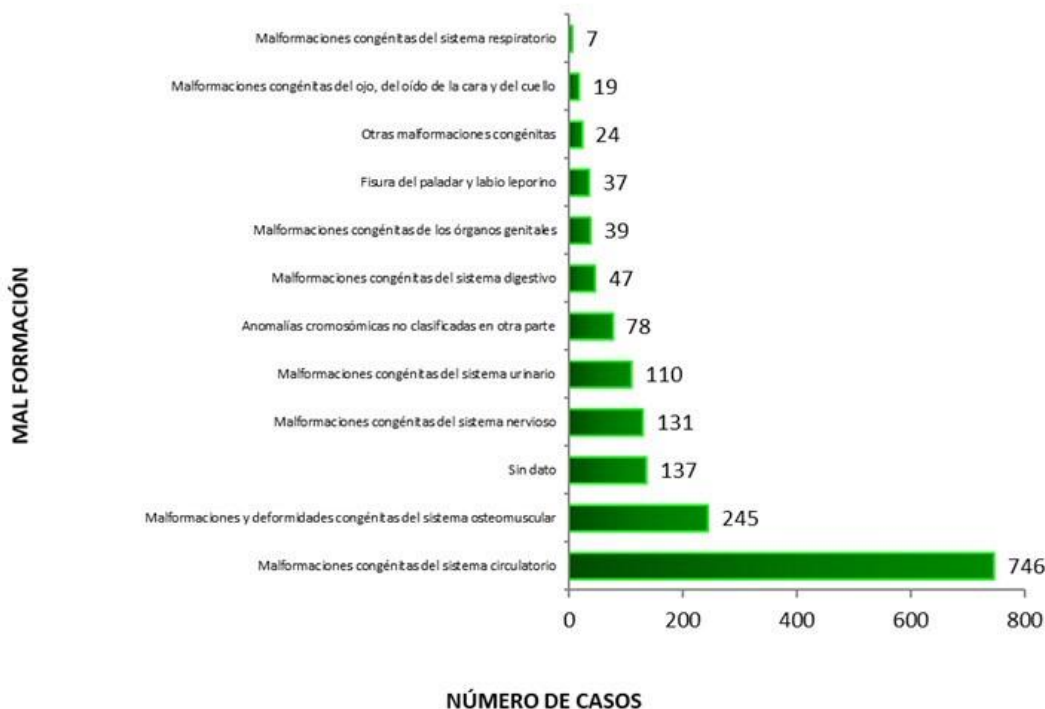
Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



Gráfica 2. Distribución de los casos de defectos congénitos, según tipo de defecto, Antioquia 2023.

Fuente: Sivigila 2023

En cuanto a la Incidencia de defectos congénitos por subregión. Antioquia, 2023(Grafico 4) se identifica que el Departamento presenta Tasa de incidencia 27,5 por cada 1000 NV; 3 de las 9 subregiones tienen incidencia por encima del referente departamental. La subregión del valle de aburra tiene la incidencia más alta en el departamento con 35,6 casos por cada mil nacidos vivos, seguida por Suroeste y oriente con 34,1 y 29,9 casos por cada 1000 nacidos vivos respectivamente.

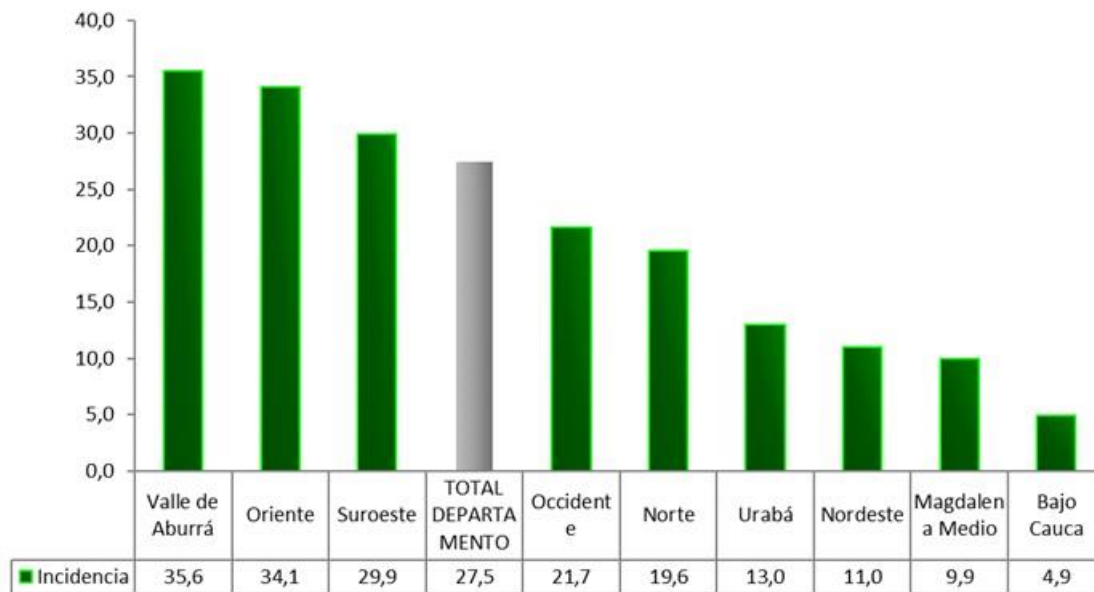
Las tasas de incidencia más baja la presentan el Bajo Cauca con 4,9 casos por cada 1000 nacidos vivos en esta subregión. Se puede inferir que estos casos de Defectos congénitos, entre muchas causas, pueden deberse a una alta actividad de fumigación o aspersión de sustancias para el control de insecticidas, plaguicidas en la agricultura, lo cual es muy frecuente en algunas zonas del departamento; pero también se le puede atribuir a otros factores de tipo genético u otras situaciones.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



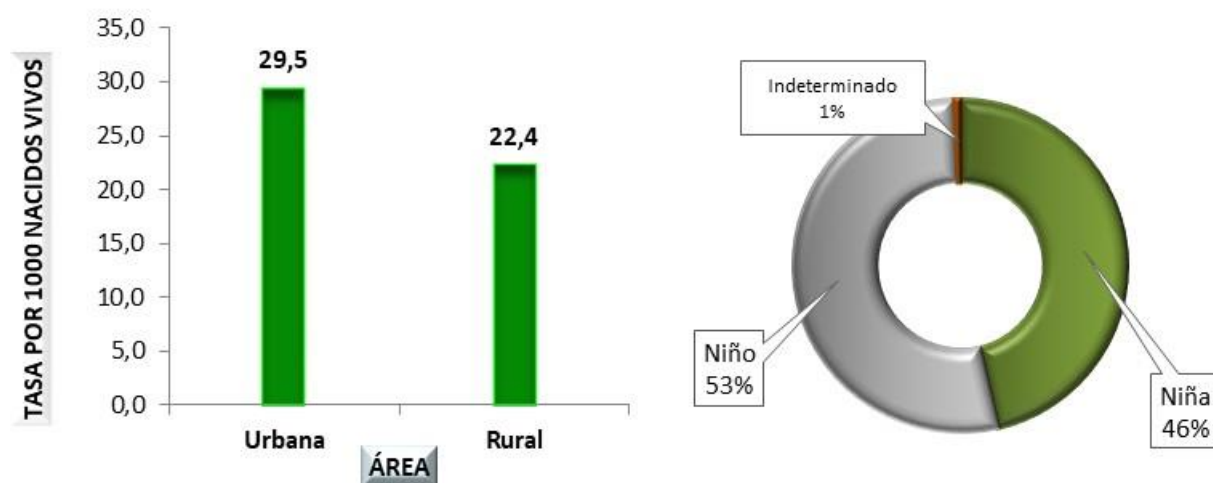
Gráfica 3. Incidencia de defectos congénitos, según subregión. Antioquia, 2023
Fuente: Sivigila 2023





4.2 Variables Sociodemográficas

Al examinar la tasa de incidencia de los defectos congénitos en función del área de residencia, se evidencia una diferencia significativa: en áreas urbanas, la tasa es notablemente mayor, registrando 29,5 casos por cada 1000 nacimientos vivos (NV), en comparación con los 22,4 casos por cada 1000 NV en áreas rurales. Además, se observa que el sexo masculino constituye el 53% de los casos reportados, mientras que el sexo femenino representa el 46%.



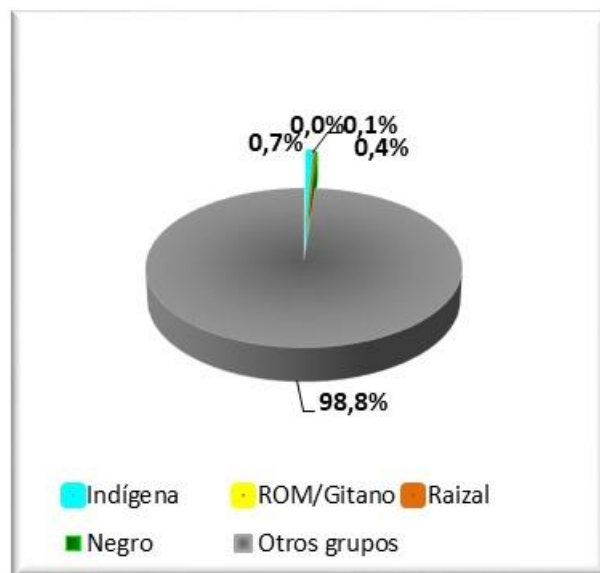
Gráfica 4. Incidencia de defectos congénitos, según área de residencia y proporción según el sexo. Antioquia, 2023

Fuente: Sivigila 2023

La distribución de los casos de defectos congénitos según la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud se presenta en la siguiente gráfica, donde se destaca que la mayoría de los casos se concentran en el Régimen Contributivo, alcanzando el 60% del total. En contraste, los no afiliados representan una proporción mínima, apenas el 1,3%.

Con respecto al grupo étnico, se observa que la mayor proporción de casos se encuentra dentro de la clasificación 'otro', lo que dificulta una clasificación precisa según la pertenencia étnica de la población. Esta falta de precisión impide conocer con exactitud los porcentajes poblacionales necesarios para ofrecer una atención diferenciada, tal como se establece en los protocolos de atención en salud para los distintos grupos étnicos en el territorio colombiano.





Gráfica 5. Distribución porcentual de los casos de defectos congénitos según afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Según la Etnia. Antioquia 2023.

Fuente: Sivigila 2023

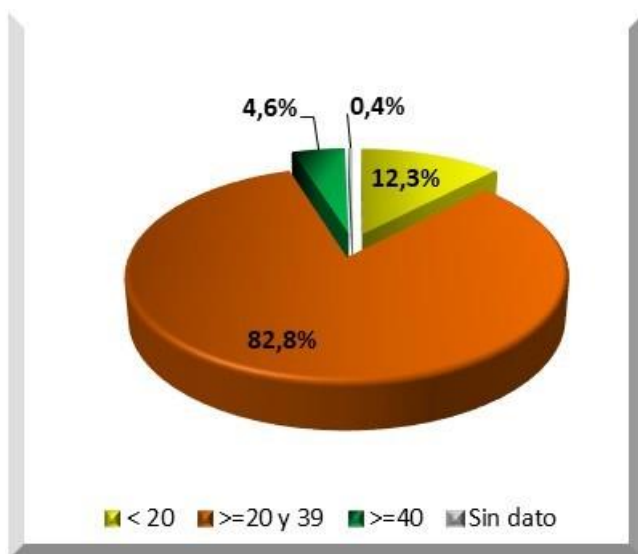
En la distribución porcentual de los casos de defectos congénitos según la clasificación del caso y el grupo de edad de la madre, se destaca que un 82,9% de las madres cuyos embarazos presentaron defectos congénitos se sitúan en el rango de edad de 20 a 39 años. Por otro lado, un 12,3% de las madres son menores de 20 años, mientras que las mujeres mayores de 40 años representan el 4,6% de los casos.

Es importante señalar que, si bien la mayoría de las madres gestantes se encuentran en la franja de edad productiva, no podemos pasar por alto la persistencia del embarazo en adolescentes, un tema de preocupación tanto a nivel departamental como nacional. Esta realidad nos insta a abordar de manera integral y urgente las implicaciones y desafíos que enfrentan las madres jóvenes en el contexto del embarazo y la salud reproductiva.





Por otra parte, en el departamento, se está apuntando al fortalecimiento de la atención primaria en salud, relacionada con la Salud Sexual y Reproductiva con estrategias de alto impacto social.



Gráfica 6. Distribución porcentual de los casos de Defectos Congénitos según grupo de edad de la Madre. Antioquia, 2023

Fuente: Sivigila 2023

4.3 Indicadores del protocolo

Prevalencia de defectos congénitos en menores de un año: En Antioquia, la prevalencia de defectos congénitos es de 275 casos por cada 10,000 nacidos vivos. De las nueve subregiones, tres superan esta cifra, siendo el Valle de Aburrá la que presenta la prevalencia más alta en el departamento, con 355.6 casos por cada 1,000 nacidos vivos, seguida por Oriente y Suroeste, con 340.9 y 299.4 casos por cada 1,000 nacidos vivos, respectivamente. En contraste, la prevalencia más baja se registra en el Bajo Cauca, con 49.1 casos por cada 10,000 nacidos vivos.



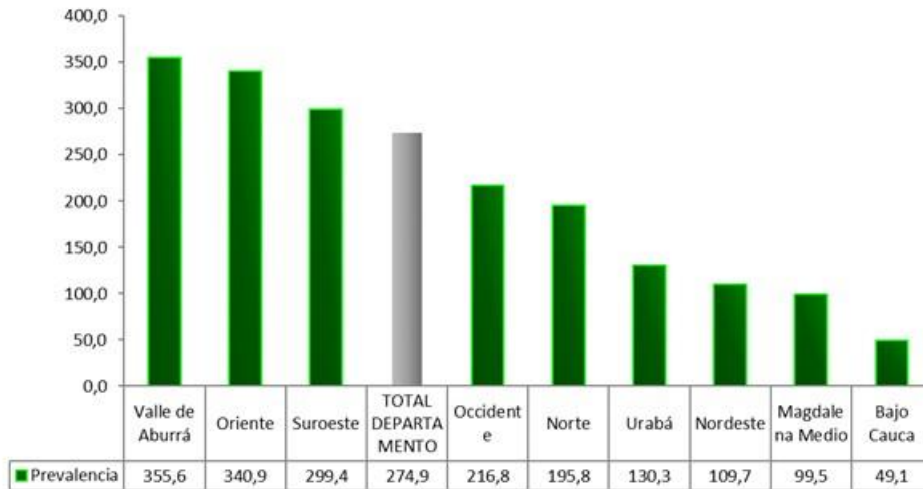


Gráfico 7. Prevalencia de defectos congénitos en menores de un año por cada 10.000 NV. Antioquia, 2023

Fuente: Sivigila 2023

La letalidad por defectos congénitos se sitúa en 7.2 casos por cada 100 casos notificados. Esto indica que, de cada 100 casos de defectos congénitos reportados, aproximadamente 7.2 resultan en fallecimiento. Este dato subraya la importancia de abordar los defectos congénitos no solo desde una perspectiva de detección y tratamiento, sino también desde la prevención y el manejo adecuado para reducir el impacto negativo en la salud y la mortalidad infantil.



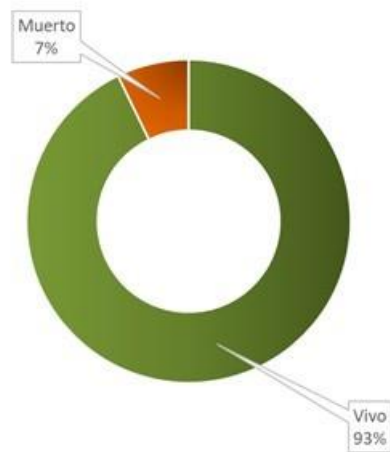


Gráfico 8. Letalidad por defectos congénitos. Antioquia, 2022

Fuente: Sivigila 2022





DISCUSIÓN

La red institucional prestadora de servicio de salud, de las empresas administradoras de los planes de beneficio y de las secretarías de salud de los diferentes entes territoriales no conoce el protocolo de defectos y defectos del sistema nervioso central (código 215) del Instituto nacional de salud, por lo anterior, hay dificultades en la vigilancia activa del evento, lo cual se traduce en una baja notificación del evento y claramente una no adherencia al protocolo.

En el 100% de los casos de defectos congénitos de sistema nervioso central, no se cumplió con el protocolo, por desconocimiento de este y por no claridad de los mecanismos de referencia para las ayudas diagnósticas de alta complejidad.

En los casos analizados, no se encuentra ningún evento de defecto del sistema nervioso central asociado a Zika, ni por sospecha clínica ni por laboratorio resultados de laboratorio.

En general, el incumplimiento de protocolos con los estándares mínimos de calidad, guías de práctica clínica y la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, lo que dificulta lograr un nivel mínimo de calidad de atención en salud. Adicionalmente, se identifica un bajo nivel de entrenamiento en los programas de AIEPI clínico y comunitario, reanimación neonatal, lactancia materna.

RECOMENDACIONES

- Es crucial difundir ampliamente el protocolo del evento de defectos congénitos (COD 215-INS) en el departamento de Antioquia, asegurando que todos los actores del sector salud estén familiarizados con él.
- Es imperativo que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UPGD) cumplan con los lineamientos técnicos y operativos nacionales para el grupo de riesgo Materno Perinatal, según lo establecido en la resolución 3280 de 2019, así como con los estándares mínimos de habilitación (Res. 3100 de 2019) para asegurar una atención óptima y oportuna en todos los puntos de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP), especialmente en las atenciones individuales.
- Se requiere mejorar la calidad de los datos registrados por el personal asistencial y administrativo en los registros de atención en salud, certificados de defunción y fichas de notificación de eventos de interés en salud pública.
- Es necesario fomentar una cultura sólida de notificación de eventos en salud pública





- En los procesos de contratación de personal de salud, se debe asegurar que cumplan con los requisitos mínimos establecidos en los estándares de Habilitación (Resolución 3100 de 2019), como la certificación en reanimación básica y avanzada, y reanimación neonatal.
- Se deben implementar procesos de auditoría institucional enfocados en evaluar la adherencia a los protocolos de vigilancia epidemiológica y la gestión de acciones para la detección de condiciones subyacentes, lo que permitirá fortalecer la vigilancia epidemiológica de manera efectiva.
- Es fundamental fortalecer los comités de vigilancia epidemiológica a nivel institucional y municipal para obtener análisis confiables que identifiquen las causas reales de los defectos congénitos y su etiología.
- Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) desempeñan un papel crucial en la atención integral de familias gestantes o niños con diagnósticos de defectos congénitos, por lo que deben tener claro el protocolo COD215-INS, gestionar los reportes del SIVIGILA y definir responsabilidades acordes a la patología y la ruta de riesgo.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud y las EAPB deben tener procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica definidos para los diferentes momentos de la RIAMP, garantizando que el personal esté familiarizado y cumpla con estos documentos.
- Es esencial que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios cumplan con las acciones correspondientes al grupo de riesgo materno perinatal según la RIAMP (Resolución 3280 de 2018), incluyendo acciones individuales, red primaria y complementaria para la prestación de servicios, y coordinación con el territorio para atenciones colectivas.
- Se debe fortalecer el componente de consulta preconcepcional en instituciones de salud y EAPB, incluyendo su implementación, protocolos y derivación de pacientes.
- Los entes territoriales deben implementar el Modelo de Acción Territorial (MAITE) y promover la intersectorialidad para garantizar la salud de sus poblaciones, enfocándose en acciones colectivas y poblacionales para el grupo de riesgo Materno Perinatal.
- Es necesario coordinar acciones entre los actores del sistema de salud para eliminar barreras en la atención del grupo de riesgo Materno Perinatal.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- Se debe promover la derivación al componente preconcepcional de familias con intención reproductiva a corto plazo durante las acciones de atención individual, colectiva y poblacional, según los lineamientos de la RIAMP (Resolución 3280 de 2018).
- Se debe implementar una descentralización adecuada del sistema de atención primaria en salud, considerando las diferencias territoriales, especialmente en municipios con alta ruralidad.
- Es crucial adaptar metodologías para la atención de grupos poblacionales con enfoque diferencial, como la atención a comunidades indígenas.
- Se deben optimizar los sistemas de retroalimentación de información obtenida en análisis de eventos de salud para mejorar la calidad en todos los escenarios de atención en salud.
- La gestión de riesgos, planes de mejora y programas de capacitación continua deben ser fundamentales en el accionar de todos los entes del sector salud, incluyendo departamentos, municipios, RIPSS y EAPB.

Elaboró:

- Lilian Carolina Cifuentes Salinas
Enfermera epidemióloga SSSA
- Juan Camilo Betancur Arboleda
Gerente De Sistemas De Información En Salud SSSA.

Revisó y Aprobó

Amparo Liliana Sabogal
Funcionaria Referente Vigilancia epidemiológica.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. 63. asamblea mundial de la salud A63/10 Punto 11.7 del orden del día provisional 1 de abril de 2010. [Internet]. Ginebra, 2010 [citado 2014 febrero 12]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_10-sp.pdf.
2. Vos T, Lim S, Abbafati C, Abbas K, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Global Health Metrics*. 2020; 396: 1204-22. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext).
3. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber R, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Articles*. 2016; 388: 1459- 1544. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31012-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31012-1/fulltext).
4. Christianson A, Howson CP, Modell B. *Global Report on Birth Defects: The Hidden Toll of Dying and Disabled Children*. White Plains, New York. 2006. Disponible en: <https://www.marchofdimes.org/materials/globalreport-on-birth-defects-the-hidden-toll-of-dying-and-disabled-children-executive-summary.pdf>.
5. Instituto Nacional de Salud. Subdirección Red Nacional de Laboratorios. Tamizaje neonatal de hipotiroidismo congénito. Disponible en: Microsoft Word - Tamizaje (04- 09- 2014) PUBLICAR (ins.gov.co)
6. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Defectos congénitos Bogotá D.C.: INS; fecha última revisión.

