

INFORME DEL EVENTO

SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA COLOMBIA 2017

INFORME DE SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA, AÑO 2017

Amparo Liliana Sabogal Apolinar
Equipo Funcional de Infecciones de transmisión sexual
Grupo de enfermedades transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

▼ La sífilis gestacional y congénita es un importante problema de salud pública en nuestro país ya que puede precipitar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves y un alto costo humano, social y económico para los pacientes. Además de las consecuencias en los casos de transmisión sexual, la sífilis congénita puede producir aborto espontáneo, muerte perinatal, bajo peso al nacer, infección neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas.

Desde el año 2010 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Unicef y otras organizaciones, plantearon impulsar la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe, planteando una meta de 0,5 casos o menos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos (incluidos mortinatos). 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 0,90 casos por 1000 nacidos vivos en 1998 a 1,10 en 2016.

Entre las estrategias fundamentales para lograr reducir los casos de sífilis gestacional y alcanzar la eliminación de la sífilis congénita, están la optimización de la cobertura, de la calidad de la atención de los servicios de salud y el fortalecimiento de la detección y tratamiento de los casos de sífilis, apoyadas por el Programa y la Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal de la sífilis congénita del Ministerio de Salud y Protección Social. Para lo anterior es fundamental el fortalecimiento de los procesos de atención y vigilancia de la sífilis en gestantes y de la sífilis congénita, en el marco del plan de beneficios en salud. Se hace necesario estimar la incidencia de sífilis congénita y la razón de prevalencia de sífilis gestacional, que permita conocer la tendencia de estos eventos a nivel nacional, además de caracterizar en las variables de persona, tiempo y lugar los casos ingresados a través del sistema de vigilancia.

El comportamiento de estos eventos en nuestro país para el año 2017 se informa en este documento.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

▼ Para el análisis de los eventos en mención se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, se tomaron los datos del sistema de notificación vigentes hasta la semana epidemiológica 52 del 2017 con el fin de detallar, según las variables persona y lugar, los eventos bajo vigilancia. La depuración de la Base de Datos se realizó conforme el instructivo INT-R02.4000-008 de 2013.

Con el fin de dar claridad a los datos presentados se anexan las definiciones de caso:

- **Sífilis Gestacional:** Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (como por ejemplo úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.
- **Sífilis Congénita:** Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:
 - o Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato. Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de Penicilina benzatínica de 2´400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.
 - o Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno.
 - o Todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de sífilis congénita
 - o Todo fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de autopsia.

Para este informe se toma en consideración el “*departamento de residencia*” en la mayoría de los análisis que involucran la variable lugar, especialmente, la magnitud de la morbilidad por los eventos y los indicadores, a excepción del N°2 que se analiza por “departamento de notificación”.

Los indicadores a tener en cuenta son:

1. Incidencia de sífilis congénita
2. Porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso

3. Proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional
4. Razón de prevalencia de sífilis gestacional

3. RESULTADOS

▼ HALLAZGOS SÍFILIS GESTACIONAL

Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de sífilis gestacional a semana 52 de 2017, el día 29 de marzo de 2017, una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

- a) Registros de la base de datos original: 6835 registros.
- b) Registros repetidos: 285 registros (4,2 %).
- c) Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso, que corresponde al ajuste 6: 174 registros (2,5 %).
- d) Registros descartados desde la UPGD por error de digitación, que corresponde al ajuste D: 143 registros (2,1 %).
- e) Registros descartados desde el INS por no cumplir definición de caso: 1030 registros (15,1 %).
- f) Registros finales en base de datos depurada que cumplen con las definiciones de caso: 5164 registros (75,6 %). Es importante mencionar que en esta clasificación ingresan 228 casos que aunque fueron descartados por la UPGD, sí cumplen definición de caso según la información ingresada en el Sivigila y la entidad territorial de residencia no envió al INS la justificación de dicho descarte. Además ingresan 221 casos de madres de casos de sífilis congénita que no fueron notificadas oportunamente. No se incluyen en el análisis 39 gestantes procedentes del extranjero, 1 de Rusia y 38 de Venezuela.

Comportamiento de la notificación

En los últimos años se muestra una disminución en la notificación de los casos de sífilis gestacional, pasando de una razón de prevalencia de 7,4 casos por 1000 NV en 2010 a 6,6 en 2016.

A semana 52 de 2017 los casos confirmados por laboratorio fueron **5164** con una razón de prevalencia nacional de **7,9** casos por 1000 nacidos vivos más mortinatos.

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

En el análisis realizado en la notificación individual, se encontró que el mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado con el 68,3 % (3529) de los casos. Por pertenencia étnica, 626 casos (el 12,1 %) se notificaron en afrocolombianos, 192 (el 3,7 %) en población indígena, 24 casos (el 0,5 %) en ROM (gitano), 18 casos (el 0,3 %) en raizales y seis (el 0,1 %) en palenqueros. El 0,2 % (10 casos) son menores de 14 años, el grupo de

edad que registró la mayor proporción de casos fue el de 20 a 24 años con el 27,1 % (1400 casos); y el 80,2 % de los casos de sífilis gestacional residen en la cabecera municipal (ver tabla 1).

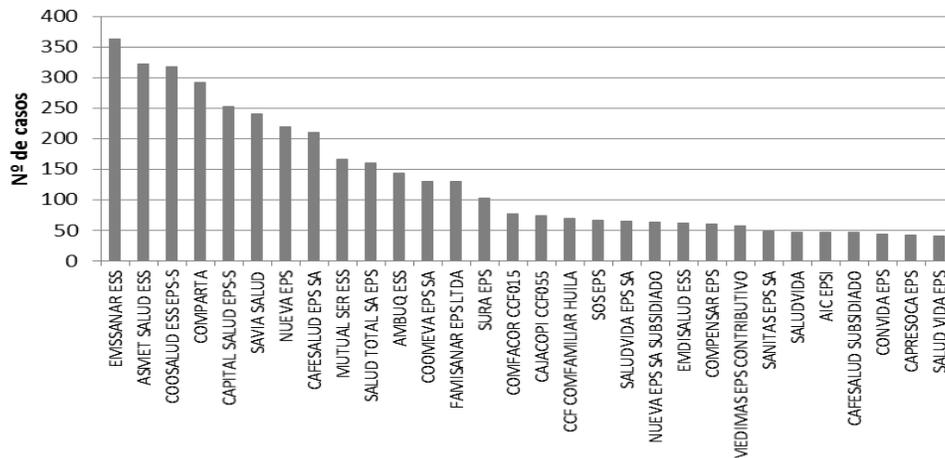
Tabla N° 1
Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis gestacional,
Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

| Variable | Categoría | Casos | % |
|--------------------|--------------------|-------|------|
| Tipo de régimen | Contributivo | 1168 | 22,6 |
| | Especial | 32 | 0,6 |
| | Indeterminado | 42 | 0,8 |
| | No asegurado | 369 | 7,1 |
| | Excepción | 24 | 0,5 |
| | Subsidiado | 3529 | 68,3 |
| Pertenencia étnica | Indígena | 192 | 3,7 |
| | ROM (gitano) | 24 | 0,5 |
| | Raizal | 18 | 0,3 |
| | Palenquero | 6 | 0,12 |
| | Afrocolombiano | 626 | 12,1 |
| | Otro | 4298 | 83,2 |
| Grupos de edad | Menores de 14 años | 10 | 0,2 |
| | 14 a 19 años | 1070 | 20,7 |
| | 20 a 24 años | 1400 | 27,1 |
| | 25 a 29 años | 1081 | 20,9 |
| | 30 a 34 años | 764 | 14,8 |
| | 35 a 39 años | 459 | 8,9 |
| | 40 a 44 años | 143 | 2,8 |
| | 45 y más | 16 | 0,3 |
| | Sin dato | 221 | 4,3 |
| Área de ocurrencia | Cabecera municipal | 4139 | 80,2 |
| | Centro poblado | 454 | 8,8 |
| | Rural disperso | 571 | 11,1 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Las siguientes 30 aseguradoras reúnen el 83,3 % de los casos de sífilis gestacional (ver gráfica 1).

Gráfica N° 1
Distribución de casos de sífilis gestacional por Entidades administradoras de planes de beneficios, Colombia,
semana epidemiológica 52, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

A semana epidemiológica 52 del 2017 no se notificaron casos de mortalidad materna atribuible a la infección por sífilis gestacional.

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 84,9 % de los casos (4382) fueron diagnosticados durante el embarazo, el 8,5 % (441) en el parto, el 4,7 % (244) en el puerperio y el 1,9 % (97) en el post aborto.

De las 5164 mujeres gestantes incluidas en la base de sífilis, 4373 (84,7 %) tuvieron control prenatal, quedando 791 (15,3 %) sin dicha atención.

De las gestantes que tuvieron control prenatal, solamente el 50,1 % lo iniciaron en primer trimestre, al 35,6 % se les realizó la prueba treponémica y al 35,7 % la prueba no treponémica en este mismo trimestre. La siguiente es la distribución por semana gestacional al inicio del control y a la toma de pruebas de laboratorio (ver tabla 2).

Tabla N° 2
Edad gestacional al inicio del CPN y a la toma de pruebas de laboratorio en los casos de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

| Edad gestacional | Inicio de control prenatal | | Toma de prueba treponémica | | Toma de prueba no treponémica | |
|-------------------------------|----------------------------|------------|----------------------------|------------|-------------------------------|------------|
| | # de casos | % | # de casos | % | # de casos | % |
| Primer trimestre (Sem 1-13) | 2191 | 50,1 | 1556 | 35,6 | 1560 | 35,7 |
| Segundo trimestre (Sem 14-27) | 1615 | 36,9 | 1508 | 34,5 | 1503 | 34,4 |
| Tercer trimestre (Sem 28-42) | 567 | 13,0 | 1309 | 29,9 | 1310 | 30,0 |
| Total | 4373 | 100 | 4373 | 100 | 4373 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Se observa que de las 5164 gestantes, el 33,4 % (1725) de los casos fueron diagnosticados en tercer trimestre (ver tabla 3).

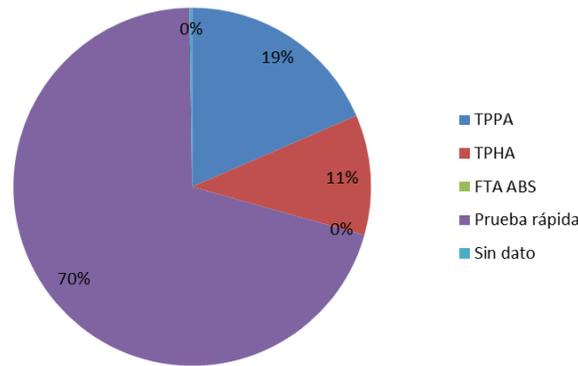
Tabla N° 3
Edad gestacional al diagnóstico en los casos de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

| Edad gestacional al diagnóstico | | |
|---------------------------------|-------------|------------|
| Edad gestacional | # de casos | % |
| Primer trimestre (Sem 1-13) | 1775 | 34,4 |
| Segundo trimestre (Sem 14-27) | 1664 | 32,2 |
| Tercer trimestre (Sem 28-42) | 1725 | 33,4 |
| Total | 5164 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Se realizaron pruebas treponémicas rápidas en un 70,4 % de los casos y hasta semana 52 no se reportó el uso de FTA-ABS como prueba treponémica (ver gráfica 2).

Gráfica N° 2
Tipo de prueba treponémica utilizada para el diagnóstico de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De las 4373 gestantes que tuvieron control prenatal, el 91,9 % (4017 casos) recibió tratamiento con penicilina benzatínica. La edad gestacional al inicio del tratamiento se muestra en la siguiente tabla (ver tabla 4).

Tabla N° 4
Edad gestacional al inicio del tratamiento en los casos de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

| Edad gestacional al inicio del tratamiento | | |
|--|-------------|------------|
| Edad gestacional | # de casos | % |
| Primer trimestre (Sem 1-13) | 1247 | 31,0 |
| Segundo trimestre (Sem 14-27) | 1448 | 36,0 |
| Tercer trimestre (Sem 28-42) | 1322 | 32,9 |
| Total | 4017 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

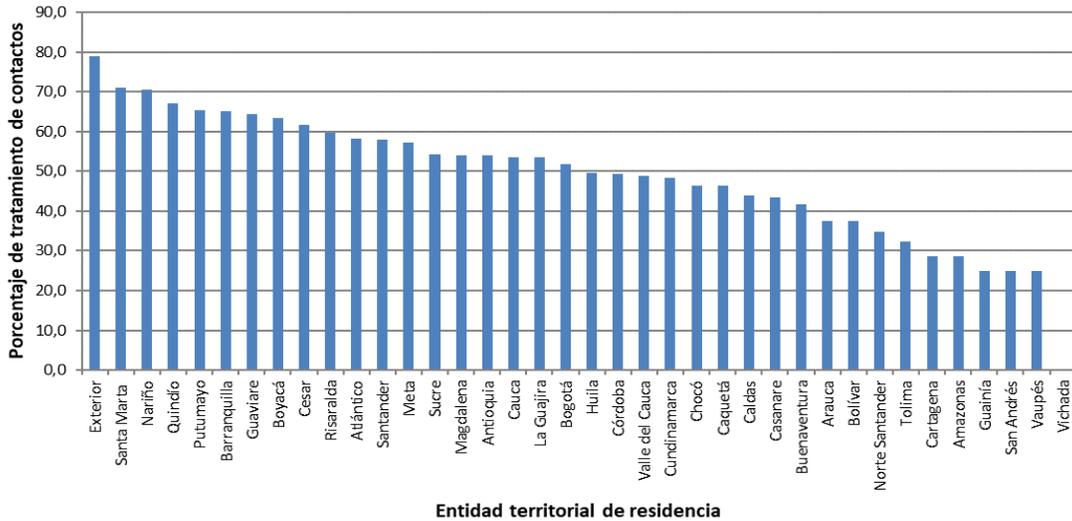
De las 4017 gestantes que recibieron tratamiento, el 82,6 % (3317) recibieron el número adecuado de dosis de penicilina benzatínica de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad, mientras que el 17,4 % (700) recibieron menos dosis de las que necesitaban, lo cual significa que recibieron un tratamiento incompleto.

Al 34,1 % (1368) de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 2,9 % (115) dos dosis y al 63,1 % (2534) tres dosis.

De las 4373 gestantes que tuvieron CPN, 356 (8,1 %) no recibieron tratamiento.

Solamente al 51,8 % (2676) de los contactos sexuales de las 5164 gestantes con sífilis, se les administró tratamiento para sífilis. La situación por entidad territorial es la siguiente (ver gráfica 3).

Gráfica N° 3
Tratamiento de contactos sexuales de mujeres gestantes diagnosticadas con sífilis, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

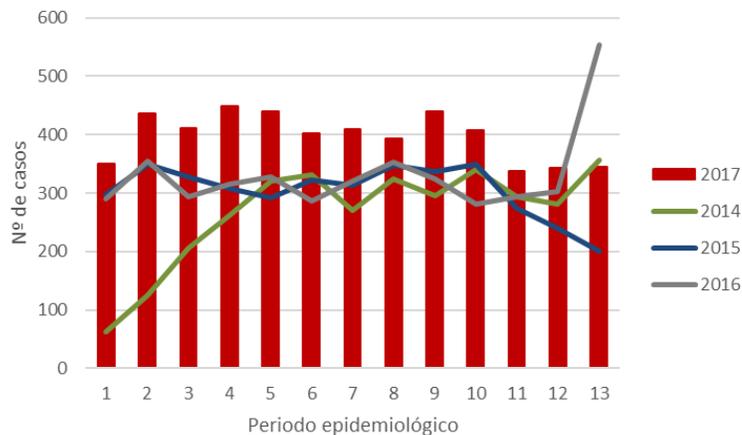


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Comportamiento del evento

En la tendencia del evento se observa una disminución marcada de la notificación al comienzo del año 2014 que puede estar relacionado con el cambio de las fichas de notificación. En el comportamiento de la notificación de sífilis gestacional durante el año 2017 se observa un incremento del 20,3 % respecto al año inmediatamente anterior (ver gráfica 4).

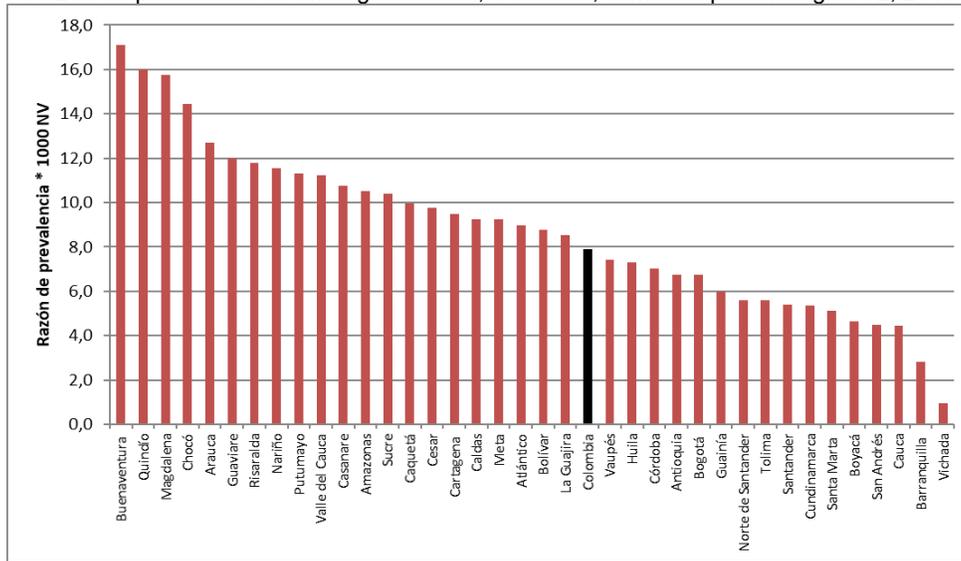
Gráfica N° 4
Comportamiento de la notificación de sífilis gestacional por periodo epidemiológico, Colombia, periodo XIII, 2014-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2017

En la siguiente gráfica podemos observar que las entidades territoriales con mayor razón de prevalencia de sífilis gestacional son: Buenaventura, Quindío, Magdalena, Chocó y Arauca; sin embargo a semana 52 se notificaron 19 casos de residentes en el exterior, para una razón de prevalencia de 53,8 casos por 1000 nacidos vivos de gestantes residentes fuera del país (ver gráfica 5).

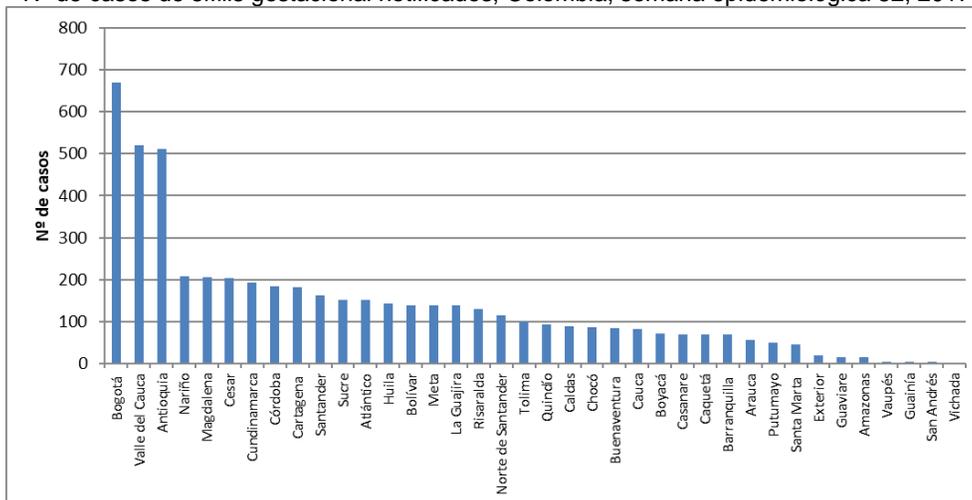
Gráfica N° 5
Razón de prevalencia de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En la siguiente gráfica podemos observar que las entidades territoriales que más casos notifican son: Bogotá D.C, Valle del Cauca, Antioquia, Nariño y Magdalena (ver gráfica 6).

Gráfica N° 6
N° de casos de sífilis gestacional notificados, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Tabla N° 5
Razón de prevalencia de sífilis gestacional / nacidos vivos+mortinatos, Colombia, semana epidemiológica 52,
2017

| Entidad territorial de residencia | No. de casos | No. de nacidos vivos 2016 | Mortinatos 2016 | Denominador total | Razón de prevalencia * (1000 NV+mortinatos) |
|-----------------------------------|--------------|---------------------------|-----------------|-------------------|---|
| Amazonas | 14 | 1322 | 11 | 1333 | 10,5 |
| Antioquia | 512 | 75024 | 702 | 75726 | 6,8 |
| Arauca | 56 | 4378 | 36 | 4414 | 12,7 |
| Atlántico | 151 | 16466 | 341 | 16807 | 9,0 |
| Barranquilla | 69 | 24414 | | 24414 | 2,8 |
| Bogotá | 670 | 98653 | 822 | 99475 | 6,7 |
| Bolívar | 139 | 15507 | 345 | 15852 | 8,8 |
| Boyacá | 71 | 15157 | 125 | 15282 | 4,6 |
| Buenaventura | 84 | 4911 | | 4911 | 17,1 |
| Caldas | 89 | 9563 | 55 | 9618 | 9,3 |
| Caquetá | 69 | 6883 | 57 | 6940 | 9,9 |
| Cartagena | 181 | 19051 | | 19051 | 9,5 |
| Casanare | 69 | 6394 | 29 | 6423 | 10,7 |
| Cauca | 82 | 18190 | 219 | 18409 | 4,5 |
| Cesar | 204 | 20701 | 168 | 20869 | 9,8 |
| Chocó | 86 | 5855 | 102 | 5957 | 14,4 |
| Córdoba | 184 | 25919 | 219 | 26138 | 7,0 |
| Cundinamarca | 192 | 35594 | 281 | 35875 | 5,4 |
| Exterior | 19 | 347 | 6 | 353 | 53,8 |
| Guainía | 4 | 661 | 7 | 668 | 6,0 |
| La Guajira | 138 | 16031 | 158 | 16189 | 8,5 |
| Guaviare | 14 | 1160 | 9 | 1169 | 12,0 |
| Huila | 143 | 19435 | 135 | 19570 | 7,3 |
| Magdalena | 205 | 12837 | 188 | 13025 | 15,7 |
| Meta | 138 | 14806 | 134 | 14940 | 9,2 |
| Nariño | 208 | 17804 | 206 | 18010 | 11,5 |
| Norte de Santander | 115 | 20468 | 160 | 20628 | 5,6 |
| Putumayo | 49 | 4290 | 45 | 4335 | 11,3 |
| Quindío | 94 | 5843 | 40 | 5883 | 16,0 |
| Risaralda | 129 | 10853 | 90 | 10943 | 11,8 |
| San Andrés | 4 | 880 | 11 | 891 | 4,5 |
| Santander | 162 | 29823 | 235 | 30058 | 5,4 |
| Santa Marta | 45 | 8795 | | 8795 | 5,1 |
| Sucre | 151 | 14398 | 113 | 14511 | 10,4 |
| Tolima | 99 | 17607 | 156 | 17763 | 5,6 |
| Valle del Cauca | 520 | 45844 | 480 | 46324 | 11,2 |
| Vaupés | 4 | 528 | 12 | 540 | 7,4 |
| Vichada | 1 | 1028 | 14 | 1042 | 1,0 |
| Sin dato | 0 | 101 | 17 | 118 | 0 |
| Colombia | 5164 | 647521 | 5728 | 653249 | 7,9 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017. DANE

Los datos del denominador son del año 2016 con corte 07/12/2017 para nacidos vivos y para mortinatos, publicadas el 22/12/2017. Los datos de mortinatos no incluyen muertes fetales con tiempo de gestación ignorado o sin información.

▼ HALLAZGOS SÍFILIS CONGÉNITA

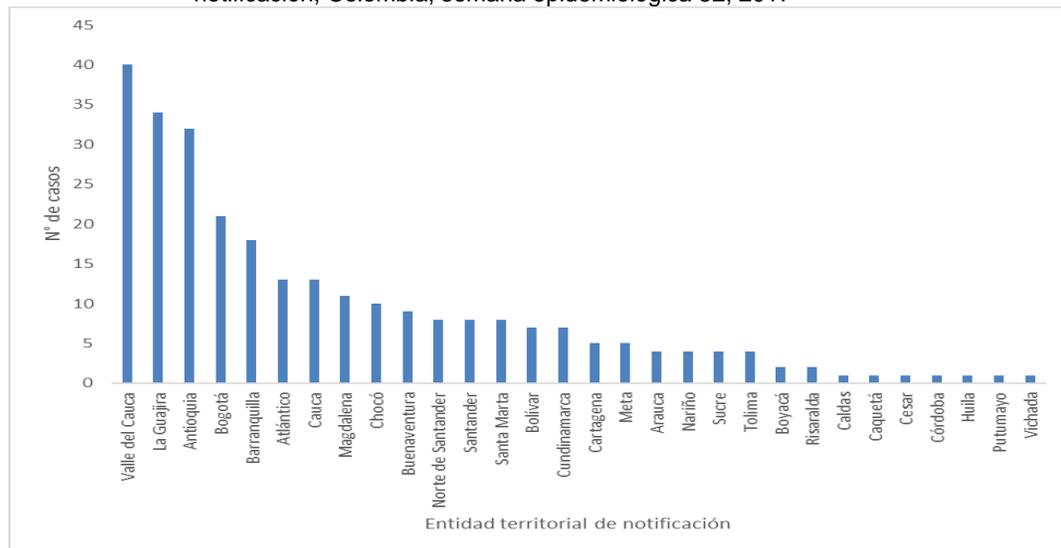
Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de sífilis congénita a semana 52 de 2017, una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

- Registros de la base de datos original: 1551 registros.
- Registros repetidos: 14 registros (0,9 %).
- Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso, que corresponde al ajuste 6: 227 registros (14,6 %).
- Registros descartados desde la UPGD por error de digitación, que corresponde al ajuste D: 93 registros (6,0 %).
- Registros descartados desde el INS por no cumplir definición de caso: 276 registros (17,8 %)
- Registros finales en base de datos depurada que cumplen con las definiciones de caso: 922 registros (59,4 %). Es importante mencionar que en esta clasificación ingresan 103 casos que aunque fueron descartados por la UPGD, sí cumplen definición de caso según la información ingresada en el Sivigila y la entidad territorial de residencia no envió al INS la justificación de dicho descarte. No se incluyen en el análisis 19 casos procedentes de Venezuela

Al realizar la depuración de la base de datos se identificaron 276 casos de niñas y niños que no cumplieron con las definiciones de caso, lo cual puede deberse a deficiencias en la calidad del dato, al desconocimiento de las definiciones de caso de sífilis gestacional y sífilis congénita o a la no aplicación de los algoritmos diagnósticos. En el siguiente cuadro se observa la distribución por entidad territorial de notificación (ver tabla 7).

Gráfica N° 7

Casos notificados como sífilis congénita que no cumplen definición de caso, por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Comportamiento de la notificación

La incidencia Nacional en el 2010 fue de 3,09 casos por 1000 NV y ha venido disminuyendo hasta llegar a 1,11 casos por 1000 NV en el 2016; lo que muestra que no obstante la disminución de la notificación de casos, no se cumplieron las metas planteadas en el Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita 2011-2015. Además vale la pena mencionar que pudieron haber tenido un gran impacto tanto el cambio de ficha de notificación en el año 2014 en la cual se unificaron las fichas de sífilis congénita y sífilis gestacional, como el cambio en las definiciones de caso en el año 2015.

A semana 52 de 2017, los casos notificados fueron **922** con una incidencia para Colombia de **1,41** casos por 1000 nacidos vivos (incluidos los mortinatos).

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

En el análisis realizado de la notificación Individual, se encontró que el 52,6 % (485) de los casos se presentaron en mujeres y el 47,4 % (437) en hombres. El régimen subsidiado tiene el mayor porcentaje de casos con el 65,2 % (601 casos), la proporción de casos en afrocolombianos es del 8,8 % y en indígenas es del 4,4 % y el 77,4 % (714) de los casos notificados residen en la cabecera municipal (ver tabla 6).

Tabla N° 6
Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis congénita,
Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

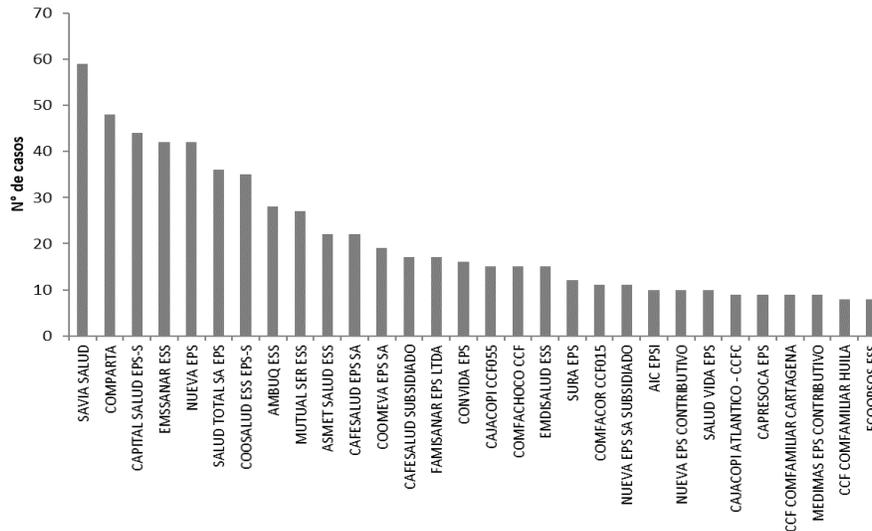
| Variable | Categoría | Casos | % |
|--------------------|--------------------|-------|------|
| Sexo | Femenino | 485 | 52,6 |
| | Masculino | 437 | 47,4 |
| Tipo de régimen | Contributivo | 169 | 18,3 |
| | Especial | 10 | 1,1 |
| | Indeterminado | 36 | 3,9 |
| | No asegurado | 102 | 11,1 |
| | Excepción | 4 | 0,4 |
| | Subsidiado | 601 | 65,2 |
| Pertenencia étnica | Indígena | 41 | 4,4 |
| | ROM (gitano) | 4 | 0,4 |
| | Raizal | 2 | 0,2 |
| | Palenquero | | 0,00 |
| | Afrocolombiano | 81 | 8,8 |
| | Otro | 794 | 86,1 |
| Área de ocurrencia | Cabecera municipal | 714 | 77,4 |
| | Centro poblado | 105 | 11,4 |
| | Rural disperso | 103 | 11,2 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 68,9% de los casos de sífilis congénita fueron notificados en las siguientes 30 aseguradoras (ver gráfica 8).

Gráfica N° 8

Distribución de casos de sífilis congénita por Entidades administradoras de planes de beneficios, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

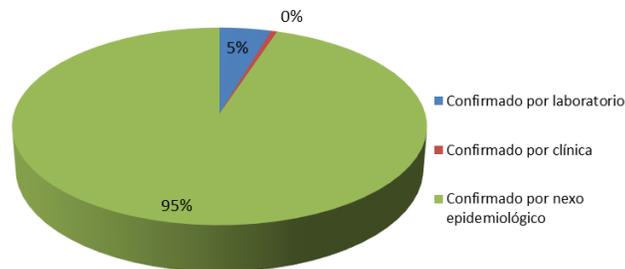


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 94,9 % (875) de los casos de sífilis congénita se confirmaron por nexos epidemiológicos (ver gráfica 9).

Gráfica N° 9

Clasificación final de los casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017



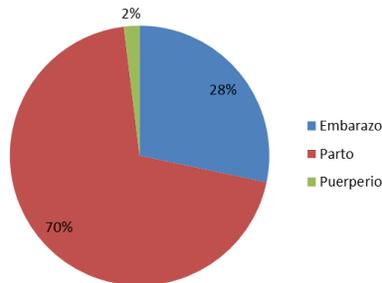
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De los 922 casos notificados como sífilis congénita, 53 son reportados con condición final muerto hasta la semana epidemiológica 52 de 2017.

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 28,3 % (261) de las madres de los casos fueron diagnosticados durante el embarazo, el 69,7 % (643) en el parto y el 2,0 % (18) en el puerperio (ver gráfica 10).

Gráfica N° 10
Condición de la madre al momento del diagnóstico de sífilis, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De las madres de los 922 casos notificados como sífilis congénita, 651 (70,6 %) tuvieron control prenatal, quedando 271 (29,4 %) sin dicha atención.

De las madres de casos de sífilis congénita que tuvieron control prenatal, solamente el 36,7 % lo iniciaron en primer trimestre, al 5,1 % se les realizó la prueba treponémica y al 4,5 % la prueba no treponémica en este mismo trimestre. La siguiente es la distribución por semana gestacional al inicio del control y a la toma de pruebas de laboratorio (ver tabla 7).

Tabla N° 7
Edad gestacional al inicio del CPN y a la toma de pruebas de laboratorio de las madres de casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

| Edad gestacional | Inicio de control prenatal | | Toma de prueba treponémica | | Toma de prueba no treponémica | |
|-------------------------------|----------------------------|------------|----------------------------|------------|-------------------------------|------------|
| | # de casos | % | # de casos | % | # de casos | % |
| Primer trimestre (Sem 1-13) | 239 | 36,7 | 33 | 5,1 | 29 | 4,5 |
| Segundo trimestre (Sem 14-27) | 194 | 29,8 | 71 | 10,9 | 68 | 10,4 |
| Tercer trimestre (Sem 28-42) | 218 | 33,5 | 547 | 84,0 | 554 | 85,1 |
| Total | 651 | 100 | 651 | 100 | 651 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Se observa que las madres de los 922 casos de sífilis congénita fueron diagnosticadas en un 87,4 % (806) de los casos en tercer trimestre (ver tabla 8).

Tabla N° 8
Edad gestacional al diagnóstico de las madres de los casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

| Edad gestacional al diagnóstico | | |
|---------------------------------|------------|------------|
| Edad gestacional | # de casos | % |
| Primer trimestre (Sem 1-13) | 33 | 3,6 |
| Segundo trimestre (Sem 14-27) | 83 | 9,0 |
| Tercer trimestre (Sem 28-42) | 806 | 87,4 |
| Total | 922 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De las 651 madres que tuvieron control prenatal, el 84,2 % (548 casos) recibió tratamiento con penicilina benzatínica. La edad gestacional al inicio del tratamiento se muestra en la siguiente tabla (ver tabla 9).

Tabla N° 9

Edad gestacional al inicio del tratamiento de las madres de los casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

| Edad gestacional al inicio del tratamiento | | |
|---|-------------------|------------|
| Edad gestacional | # de casos | % |
| Primer trimestre (Sem 1-13) | 21 | 3,8 |
| Segundo trimestre (Sem 14-27) | 42 | 7,7 |
| Tercer trimestre (Sem 28-42) | 485 | 88,5 |
| Total | 548 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

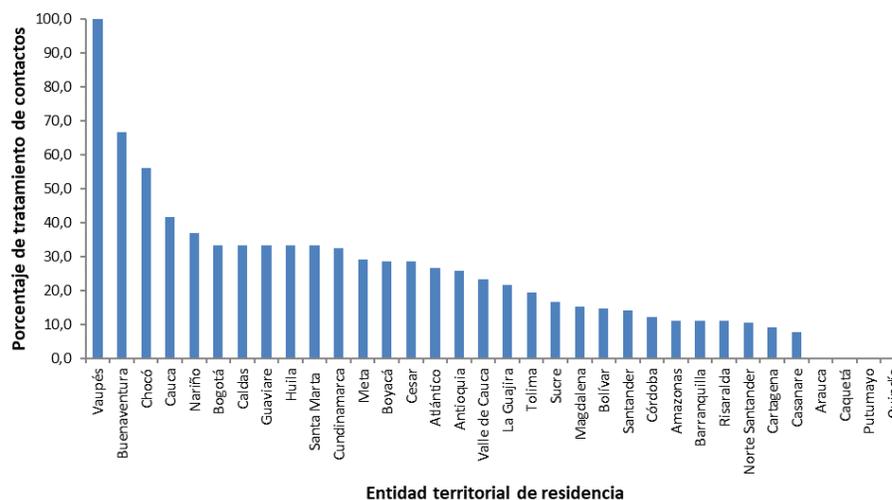
Al 61,5 % (337) de las madres de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 4,4 % (24) dos y al 34,1 % (187) tres dosis.

De las 651 madres que tuvieron CPN, 103 (15,8 %) no recibieron tratamiento.

Solamente al 24,9 % (230 casos) de los contactos sexuales de las 922 madres de casos notificados como sífilis congénita, se les administró tratamiento para sífilis. La situación por entidad territorial es la siguiente (ver gráfica 11).

Gráfica N° 11

Tratamiento de contactos sexuales de madres de casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De los 922 casos notificados como sífilis congénita el 94,8 % (874) nacieron vivos y se presentaron 48 mortinatos (5,2 %)

De los 874 nacidos vivos el 17,6 % (154 casos) fueron recién nacidos pretérmino (ver tabla 10).

Tabla N° 10
Edad gestacional al nacimiento de los casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

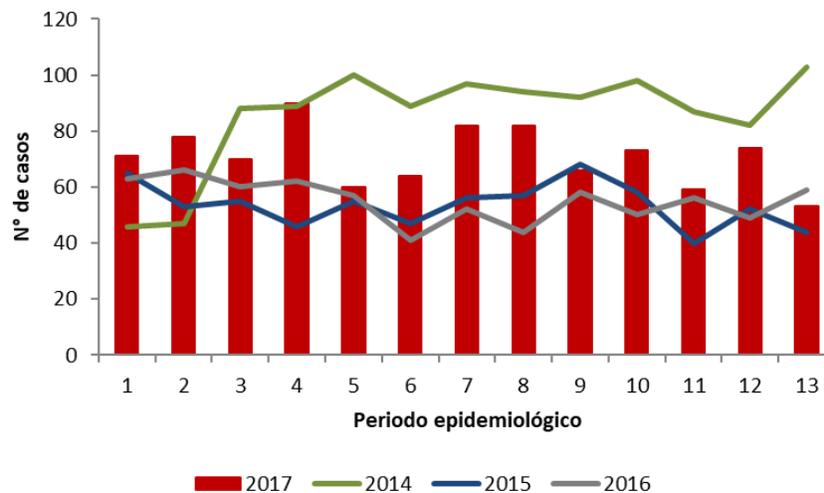
| Edad gestacional al nacimiento | | |
|--------------------------------|------------|------------|
| Edad gestacional | # de casos | % |
| 22-27 semanas (inmaduro) | 7 | 0,8 |
| 28-36 semanas (prematuro) | 147 | 16,8 |
| 37-42 semanas (a término) | 720 | 82,4 |
| Total | 874 | 100 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017. (10)

Comportamiento del evento

En la gráfica de tendencia del evento se muestra una marcada disminución de los casos de sífilis congénita a partir del año 2015, probablemente relacionada con el cambio en la definición de caso. El comportamiento de la notificación en el año 2017 muestra un incremento del 28,6 % respecto a la del año inmediatamente anterior (ver gráfica 12).

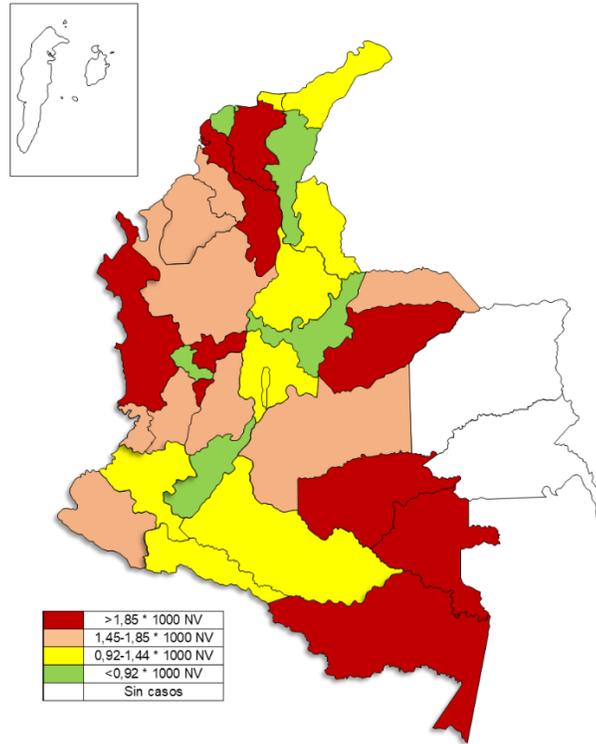
Gráfica N° 12
Comportamiento de la notificación de sífilis congénita por periodo epidemiológico, Colombia, periodo XIII, 2014 – 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2017

En la siguiente gráfica podemos observar que las entidades territoriales con mayor incidencia de sífilis congénita son: Amazonas, Chocó, Guaviare, Caldas y Cartagena (ver gráfica 13).

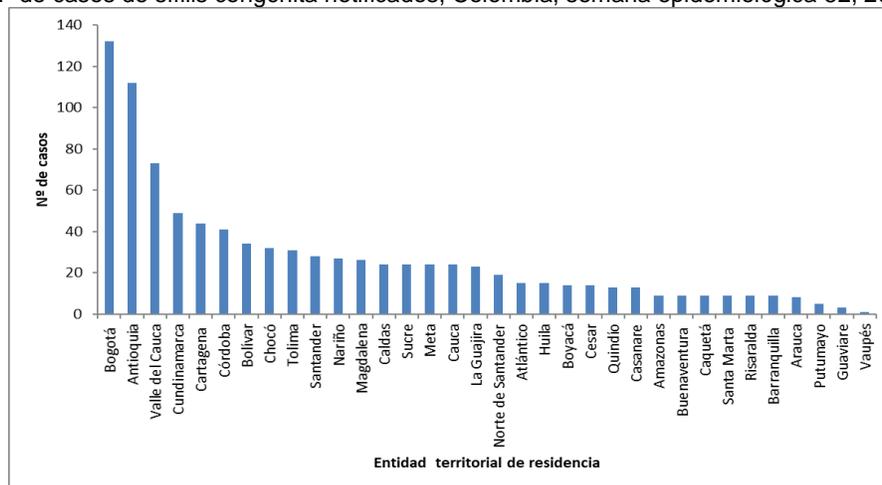
Gráfica N° 13
Incidencia de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En la siguiente gráfica podemos observar que las entidades territoriales que más casos notifican son: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca y Cartagena (ver gráfica 14).

Gráfica N° 14
N° de casos de sífilis congénita notificados, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Tabla N° 11
Incidencia de sífilis congénita / nacidos vivos + mortinatos, Colombia, semana epidemiológica 52,
2017

| Departamento de residencia | No. de casos | No. de nacidos vivos 2016 | Mortinatos 2016 | Denominador total | Incidencia * (1000 NV+mortinatos) |
|----------------------------|--------------|---------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------------------|
| Amazonas | 9 | 1322 | 11 | 1333 | 6,75 |
| Antioquia | 112 | 75024 | 702 | 75726 | 1,48 |
| Arauca | 8 | 4378 | 36 | 4414 | 1,81 |
| Atlántico | 15 | 16466 | 341 | 16807 | 0,89 |
| Barranquilla | 9 | 24414 | | 24414 | 0,37 |
| Bogotá | 132 | 98653 | 822 | 99475 | 1,33 |
| Bolívar | 34 | 15507 | 345 | 15852 | 2,14 |
| Boyacá | 14 | 15157 | 125 | 15282 | 0,92 |
| Buenaventura | 9 | 4911 | | 4911 | 1,83 |
| Caldas | 24 | 9563 | 55 | 9618 | 2,50 |
| Caquetá | 9 | 6883 | 57 | 6940 | 1,30 |
| Cartagena | 44 | 19051 | | 19051 | 2,31 |
| Casanare | 13 | 6394 | 29 | 6423 | 2,02 |
| Cauca | 24 | 18190 | 219 | 18409 | 1,30 |
| Cesar | 14 | 20701 | 168 | 20869 | 0,67 |
| Chocó | 32 | 5855 | 102 | 5957 | 5,37 |
| Córdoba | 41 | 25919 | 219 | 26138 | 1,57 |
| Cundinamarca | 49 | 35594 | 281 | 35875 | 1,37 |
| Guainía | 0 | 661 | 7 | 668 | 0,00 |
| La Guajira | 23 | 16031 | 158 | 16189 | 1,42 |
| Guaviare | 3 | 1160 | 9 | 1169 | 2,57 |
| Huila | 15 | 19435 | 135 | 19570 | 0,77 |
| Magdalena | 26 | 12837 | 188 | 13025 | 2,00 |
| Meta | 24 | 14806 | 134 | 14940 | 1,61 |
| Nariño | 27 | 17804 | 206 | 18010 | 1,50 |
| Norte de Santander | 19 | 20468 | 160 | 20628 | 0,92 |
| Putumayo | 5 | 4290 | 45 | 4335 | 1,15 |
| Quindío | 13 | 5843 | 40 | 5883 | 2,21 |
| Risaralda | 9 | 10853 | 90 | 10943 | 0,82 |
| San Andrés | 0 | 880 | 11 | 891 | 0,00 |
| Santander | 28 | 29823 | 235 | 30058 | 0,93 |
| Santa Marta | 9 | 8795 | | 8795 | 1,02 |
| Sucre | 24 | 14398 | 113 | 14511 | 1,65 |
| Tolima | 31 | 17607 | 156 | 17763 | 1,75 |
| Valle del Cauca | 73 | 45844 | 480 | 46324 | 1,58 |
| Vaupés | 1 | 528 | 12 | 540 | 1,85 |
| Vichada | 0 | 1028 | 14 | 1042 | 0,00 |
| Sin dato | 0 | 101 | 17 | 118 | 0,00 |
| Colombia | 922 | 647521 | 5728 | 653249 | 1,41 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017. DANE

Tabla N° 12
Porcentaje de casos que cumplen definición de caso, por ET de notificación y Proporción de casos de SC cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional por ET de residencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2017

| Entidad territorial | Indicador N° 2 | | | Indicador N° 3 | | |
|---------------------|--|----------------------------|-------------|---|----------------|-------------|
| | Porcentaje de casos que cumplen definición de caso, por ET de notificación | | | Proporción de casos de SC cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional por ET de residencia | | |
| | Casos de SC que cumplen definición de caso | Total de casos notificados | Porcentaje | Casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional | Nº de casos SC | Porcentaje |
| Amazonas | 9 | 9 | 100,0 | 3 | 9 | 33,3 |
| Antioquia | 116 | 183 | 63,4 | 84 | 116 | 72,4 |
| Arauca | 8 | 16 | 50,0 | 7 | 8 | 87,5 |
| Atlántico | 5 | 22 | 22,7 | 5 | 5 | 100,0 |
| Barranquilla | 19 | 47 | 40,4 | 8 | 19 | 42,1 |
| Bogotá | 151 | 232 | 65,1 | 133 | 151 | 88,1 |
| Bolívar | 9 | 18 | 50,0 | 4 | 9 | 44,4 |
| Boyacá | 15 | 21 | 71,4 | 15 | 15 | 100,0 |
| Buenaventura | 6 | 16 | 37,5 | 5 | 6 | 83,3 |
| Caldas | 22 | 34 | 64,7 | 11 | 22 | 50,0 |
| Caquetá | 8 | 13 | 61,5 | 4 | 8 | 50,0 |
| Cartagena | 65 | 76 | 85,5 | 59 | 65 | 90,8 |
| Casanare | 14 | 18 | 77,8 | 9 | 14 | 64,3 |
| Cauca | 18 | 32 | 56,3 | 14 | 18 | 77,8 |
| Cesar | 14 | 19 | 73,7 | 8 | 14 | 57,1 |
| Chocó | 23 | 58 | 39,7 | 11 | 23 | 47,8 |
| Córdoba | 39 | 41 | 95,1 | 34 | 39 | 87,2 |
| Cundinamarca | 33 | 44 | 75,0 | 30 | 33 | 90,9 |
| Guainía | 0 | 1 | 0,0 | NA | NA | NA |
| La Guajira | 23 | 64 | 35,9 | 11 | 23 | 47,8 |
| Guaviare | 2 | 2 | 100,0 | 2 | 2 | 100,0 |
| Huila | 17 | 30 | 56,7 | 10 | 17 | 58,8 |
| Magdalena | 24 | 38 | 63,2 | 20 | 24 | 83,3 |
| Meta | 26 | 43 | 60,5 | 21 | 26 | 80,8 |
| Nariño | 28 | 37 | 75,7 | 23 | 28 | 82,1 |
| Norte de Santander | 19 | 35 | 54,3 | 16 | 19 | 84,2 |
| Putumayo | 4 | 7 | 57,1 | 4 | 4 | 100,0 |
| Quindío | 14 | 31 | 45,2 | 12 | 14 | 85,7 |
| Risaralda | 11 | 37 | 29,7 | 7 | 11 | 63,6 |
| Santander | 30 | 44 | 68,2 | 22 | 30 | 73,3 |
| Santa Marta | 12 | 28 | 42,9 | 6 | 12 | 50,0 |
| Sucre | 29 | 39 | 74,4 | 20 | 29 | 69,0 |
| Tolima | 30 | 44 | 68,2 | 23 | 30 | 76,7 |
| Valle del Cauca | 79 | 151 | 52,3 | 58 | 79 | 73,4 |
| Vaupés | 0 | 1 | 0,0 | NA | NA | NA |
| Vichada | 0 | 1 | 0,0 | NA | NA | NA |
| Colombia | 922 | 1532 | 60,2 | 699 | 922 | 75,8 |

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017.

Para los indicadores se toma en consideración el “departamento de residencia” en los indicadores N° 1 y N° 3, para el indicador N° 2 el “Departamento de notificación”. El denominador de los indicadores N° 1 y N° 3 es “Nacidos vivos más mortinatos” DANE del año 2016 con corte 07/12/2017, publicadas el 22/12/2017. El dato de mortinatos no incluye muertes fetales con tiempo de gestación ignorado o sin información. El denominador del indicador N° 2 es el número de casos de sífilis congénita notificados a la fecha.

4. DISCUSIÓN

La incidencia de sífilis congénita para el año 2017 fue de 1,41 casos por 1000 nacidos vivos mostrando un incremento del 28,6 % respecto al año 2016 lo cual puede deberse a la mejora en la calidad de la notificación y en el diagnóstico de los casos, que se evidencia en la disminución del porcentaje de casos que no cumplen la definición de caso. Para sífilis gestacional fue necesario descartar el 15,1 % (1030) de los casos y para sífilis congénita el 17,8 % (276), mientras que para el año 2016 se descartaron el 17,3 % de los casos de sífilis gestacional y el 25,2 % de los de sífilis congénita. Sin embargo todavía se observan fallas importantes que indican deficiencias en el programa de atención prenatal que incluyen problemas en la captación, diagnóstico y tratamiento de las gestantes con sífilis, ya sea por desconocimiento de las definiciones de caso, no aplicación de algoritmos diagnósticos, no adquisición de los insumos necesarios para el diagnóstico, resistencia a la implementación de las pruebas rápidas, no adherencia a guías de práctica clínica, fallas en el diligenciamiento de las fichas o fallas en la digitación y manejo del software. Dichas fallas deben corregirse para el logro de la meta de eliminación de la sífilis congénita de 0,5 casos o menos por 1000 nacidos vivos incluidos mortinatos.

En el plan de eliminación de la sífilis congénita, se plantea dentro de los objetivos programáticos la necesidad de aumentar la cobertura de atención prenatal a más del 95 %, sin embargo el análisis de los datos muestra ausencia de control prenatal en un 15,3 % (791) de los casos de sífilis gestacional y en un 29,4 % (271) de las madres de casos de sífilis congénita, lo que indica deficiencias en la inducción a la demanda en todo el territorio Nacional. Además de la no realización del control prenatal, se observa que solo el 50,1 % del total de casos de sífilis gestacional inició control prenatal en el primer trimestre y el 36,7 % de las madres de casos de sífilis congénita, lo cual nos muestra un inicio tardío en los casos en los que sí se realiza dicho control. Asimismo un 8,1 % (356) de las gestantes con sífilis y un 15,8 % (103) de las madres de casos de sífilis congénita, que asistieron a CPN, no recibieron tratamiento, por lo tanto se evidencia la necesidad de reforzar la calidad del programa de atención prenatal.

La mayoría de los casos ocurren en las cabeceras municipales, tanto para sífilis gestacional como para sífilis congénita con el 80,2 % y el 77,4 % respectivamente, lo que nos indica graves fallas en la adherencia a las GPC aún en zonas urbanas.

El régimen subsidiado aporta la mayor cantidad de casos para ambos eventos con el 68,3 % (3529) de los casos de sífilis gestacional y el 65,2 % (601) de los casos de sífilis congénita, lo que indica un mayor problema de acceso a los servicios de salud por parte de las gestantes que pertenecen a este régimen.

Respecto a la pertenencia étnica se observa una cantidad importante de casos en afrocolombianos con el 12,1 % (626) de los casos de sífilis gestacional y el 8,8 % (81) de los casos de sífilis congénita; en indígenas se observa un 3,7 % (192) de los casos de sífilis gestacional y un 4,4 % (41) de los de sífilis congénita; lo que nos muestra las dificultades en la accesibilidad de dichas poblaciones a la atención prenatal y por lo tanto la necesidad

de incrementar las actividades de promoción y prevención para el logro de la meta de eliminación.

De las gestantes notificadas con sífilis, al 35,6 % se les realizó prueba treponémica en el primer trimestre y prueba no treponémica al 35,7 %; mientras que a las madres de casos de sífilis congénita se les realizó prueba treponémica en primer trimestre solamente al 5,1 % y no treponémica al 4,5 %. Debido al cambio en las definiciones de caso, actualmente es indispensable la realización de las dos pruebas para confirmar el diagnóstico de la gestante; estos resultados nos indican que el diagnóstico está siendo tardío y además nos muestran el incumplimiento del algoritmo diagnóstico. La variable de condición al momento del diagnóstico muestra que aún tenemos un 8,5 % de las gestantes diagnosticadas en el parto, un 4,7 % en el puerperio y un 1,9 % en postaborto; mientras que en las madres de niños con sífilis congénita encontramos un 69,7 % diagnosticadas en el parto y un 2,0 % en el puerperio, lo que evidencia las grandes fallas en la atención prenatal de nuestras gestantes a nivel nacional.

Debido a este diagnóstico tardío el tratamiento es inoportuno, iniciando tratamiento en primer trimestre solamente el 31,0 % (1247) de las gestantes y el 3,8 % (21) de las madres de niños con sífilis congénita. Si bien la infección es transmisible al feto a partir de las nueve semanas, la transmisión suele tener lugar entre las semanas 16 y 28 de gestación, por esta razón es necesario trabajar para lograr el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y más aun teniendo en cuenta que la sífilis no tratada durante el embarazo, especialmente la sífilis precoz, conlleva riesgo de muerte fetal intrauterina, nacimiento de un mortinato, muerte neonatal y secuelas importantes en los sobrevivientes como ceguera, deformidades óseas y dentarias y déficit neurológico, además, que tanto el diagnóstico como el tratamiento son económicos y sencillos.

Para el diagnóstico de las gestantes se está utilizando como prueba treponémica la prueba rápida en un 70,4 % (3636) de los casos y por lo tanto muestra una mejoría en la adherencia a guías de práctica clínica; sin embargo es necesario recordar la importancia de aumentar este porcentaje teniendo en cuenta los beneficios de la utilización de este tipo de prueba para el logro de la eliminación.

Solamente al 51,8 % (2676 casos) de los contactos sexuales de las 5164 gestantes notificadas con sífilis se les administró tratamiento para sífilis. Respecto a los contactos sexuales de las 922 madres de casos notificados como sífilis congénita, solamente al 24,9 % (230 casos) se les administró tratamiento, a pesar de las consecuencias para el producto de la gestación por la no administración del medicamento, ya que puede terminar siendo caso de sífilis congénita por reinfección de la madre.

En cuanto a la notificación de los casos de sífilis congénita se observa que el 94,9 % (875) de estos se confirman por nexo epidemiológico, lo cual hace necesario un análisis adecuado de dichos casos, que nos permita certificar el nexo epidemiológico o la clínica y además la calidad del dato en la notificación para garantizar el cumplimiento de las definiciones de caso.

Se observó que las entidades territoriales con mayor incidencia de sífilis congénita son: Amazonas, Chocó, Guaviare, Caldas y Cartagena; y las entidades territoriales con mayor razón de prevalencia de sífilis gestacional son: Buenaventura, Quindío, Magdalena, Chocó y Arauca.

Teniendo en cuenta que la Sífilis Congénita es una patología prevenible y el compromiso de Colombia a nivel internacional desde 1994, es alcanzar una incidencia menor a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos, incluyendo mortinatos, se recomienda:

- Fortalecer la aplicación en todos los lugares del país, del protocolo de vigilancia en salud pública para Sífilis Gestacional y Congénita del Instituto Nacional de Salud enfatizando en la definición de caso, con el fin de mejorar la notificación en todos los niveles que reportan.
- Capacitar a los profesionales de la salud de todos los niveles, en la Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, publicada en Diciembre de 2014, en la cual se ajustaron las definiciones de caso.
- Garantizar la disponibilidad de las pruebas treponémicas rápidas en todo el territorio Nacional.
- Mejorar la calidad del dato notificado especialmente en cuanto a los laboratorios con los que son reportados los casos de Sífilis gestacional para poder garantizar que cumplan con la definición de caso.
- Mejorar el análisis de los casos de sífilis congénita para poder garantizar que realmente cumplan con la definición de caso.
- Reforzar las campañas de IEC (información, educación, comunicación) frente a la mitigación del efecto de ambos eventos de interés en salud pública.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

▼ (1) Vanegas N, et al. Tratamiento de la sífilis gestacional y prevención de la sífilis congénita en un Hospital público en Bogotá, 2010. Rev Fac Med. 2011 Vol. 59 No. 3

(2) Organización Panamericana de la Salud. (2005). Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Marco de referencia para su implementación.

(3) Organización Panamericana de la Salud. (2012) Análisis de la situación al año 2010. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas.

(4) Organización Panamericana de la Salud. (2010). Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe.

(5) Organización Panamericana de la Salud. (2013). 2012 Progress Report: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas.

(6) Ministerio de la Protección Social. (2009). Manual de procedimientos. Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita.

(7) Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. (2011) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

(8) Organización Panamericana de la Salud. (2009). Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Documento conceptual.

(9) Sánchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. Clin Perinatol 1997;24:71-90.

(10) Gómez-Gómez M., Danglot-Banck C., Aceves-Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. Revista Mexicana de Pediatría 2012; 79 (1): 32-39. Documento disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>

6. ANEXOS

▼ No aplica