

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	Página 1 de 32

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

## **INFORME FINAL DE LOS EVENTOS SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA, Colombia, 2015.**

*Amparo Liliana Sabogal Apolinar*  
*Equipo funcional vigilancia ITS. Grupo 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.

Las cifras entregadas por OPS indican que en 2007 más de 164000 niños nacieron con Sífilis congénita en América Latina y el Caribe, siendo una cifra considerable teniendo en cuenta que la sífilis puede prevenirse y también tratarse a un muy bajo costo.

Por esta razón y teniendo en cuenta que dentro de los objetivos de desarrollo del Milenio se contempla 4: disminución de la mortalidad infantil, 5: mejorar la salud materna y 6: combatir el VIH, la malaria y otras enfermedades; la OPS, UNICEF y otras organizaciones han propuesto 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.

En Colombia se ha apoyado esta iniciativa con la construcción del *Plan de Eliminación de Sífilis Congénita* desde el año 2000, la *Estrategia para la Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita* y actualmente, el *Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita 2011-2015*, sin embargo, 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 1,69 en 2014.

En Diciembre del año 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) publicaron la nueva Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, en la cual se realizan cambios en las definiciones de caso.

En este documento se informa la situación actual de nuestro país en el año 2015.

#### **1.1 Comportamiento de los Eventos a Nivel Mundial.**

Aunque se logró disminuir considerablemente la incidencia de la sífilis desde 1946 con la penicilina, esta recrudesció en todo el mundo desde fines de los años sesenta, a consecuencia

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>		Versión: 02
				2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001		Página 2 de 32

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

de importantes cambios socioculturales. En las últimas décadas, descendió en la mayoría de los países desarrollados, pero permanece estable o registra incrementos en países no desarrollados y en ciertos grupos poblacionales más vulnerables de los países industrializados (1).

Según estimaciones de la OMS, en 1999 el número de casos nuevos de sífilis en el mundo fue de 12 millones. (2) La OMS calculó que más de 2 millones de casos anuales de sífilis gestacional se produjeron en todo el mundo con una prevalencia promedio mundial de 1,8%. (3)

En 2004 se revisaron los casos de sífilis en maternas y se confirmó la alta prevalencia en países como Etiopia (13%), Swazilandia (13%) y Mozambique (12%), sin embargo, es importante resaltar que estas cifras pueden variar teniendo en cuenta inconvenientes como la subnotificación de casos, así como el desconocimiento de la presencia de la enfermedad en áreas rurales y en poblaciones minoritarias que no tienen acceso a servicios de salud.

#### **1.2 Comportamiento de los Eventos en América.**

La sífilis sigue siendo un grave problema de salud pública, se calcula que cada año hay más de 12 millones de nuevas infecciones por *Treponema pallidum*, de las cuales más de 2 millones se producen en mujeres embarazadas. Debe mencionarse que ALC tiene una tasa de sífilis materna más alta que cualquier otra región, estimada por la OMS entre 1997 y 2003 en 3,9%. (4)

Con dicha tasa se calcula que puede haber aproximadamente 459108 casos de sífilis gestacional en la Región de las Américas (exceptuando EE.UU. y Canadá), originando cada año de 164.222 a 344.331 casos de sífilis congénita (SC). En la mayor parte de estos casos, la infección es transmitida al feto, en general entre las semanas 16 y 28 de embarazo y conlleva un pronóstico fatal en el 30-50% de casos. La prevalencia de sífilis materna varía bastante entre los países de la región. Por ejemplo, en el año 2003, la prevalencia de sífilis gestacional estimada en la región era de 3,1%, con un rango entre 0,4% en Panamá y 6,2% en El Salvador. La incidencia de sífilis congénita se presentaba en un rango entre 0 casos por 1000 nacidos vivos en Cuba y 2,5 casos por 1000 nacidos vivos en Honduras. (1) Durante 2005-2006, era del 1,4% en Argentina, del 5,75% en Haití y del 5% en Bolivia. (4) Para el año 2010 la media regional de sífilis gestacional fue 0,64% y de 0,39% en 2011. Haití y Paraguay continúan teniendo el más alto porcentaje para este indicador en la región (5) Además, cada año más de 100000 embarazos concluyen con la muerte fetal o un aborto espontáneo a causa de la sífilis gestacional o materna. (3)

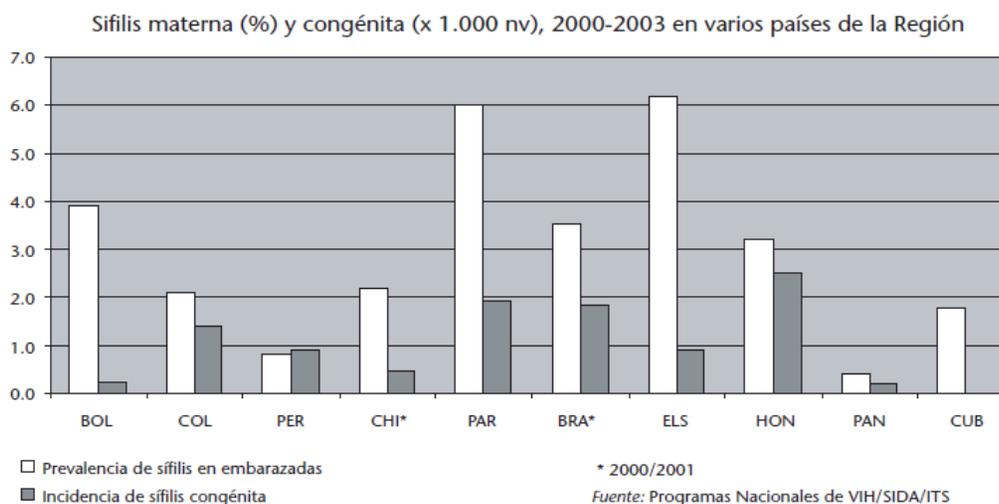
A pesar de la gran heterogeneidad de los servicios de salud que se observa en la Región, América Latina y el Caribe (ALC) ha experimentado una mejora en la mayoría de los indicadores de calidad de atención materna. Las intervenciones antenatales contribuyen no solo a disminuir el riesgo de transmisión materno infantil (TMI) de varias infecciones, sino también a reducir la mortalidad materna, contribuyendo a la mejora en el conjunto de marcadores,

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

umentando la esperanza de vida de la mujer y un avance en la salud del conjunto de la población. (4)

El porcentaje de mujeres que reciben al menos cuatro visitas antenatales ha aumentado en forma paulatina en la región, superando el 50% en varios países. El porcentaje de partos atendidos por personal cualificado ha aumentado en los últimos años llegando hasta un 88,5% en el 2008. La tasa de mortalidad materna descendió de 180 a 89,2 casos/100000 partos entre 1990 y 2007, aunque con grandes diferencias entre los países de la Región (en Haití la tasa fue de 630 defunciones por 100000 NV, mientras que Chile notificó una tasa del 18,1/100000). Estas diferencias son en general producto de la inequidad: el 20% más pobre concentra el 50% de las defunciones maternas, en comparación con un 5% de esas defunciones en el 20% más rico. Existe asimismo un desequilibrio en la distribución de los recursos humanos, con una falta de disponibilidad de médicos y personal calificado para atender partos de los más vulnerables desde el punto de vista socioeconómico. (4)

**Gráfico 1. Prevalencia de sífilis materna e incidencia de sífilis congénita, 2000–2003**



Respecto a las pruebas de detección, en América Latina y el Caribe la cobertura de las pruebas de detección de la sífilis en mujeres que recibieron atención prenatal en el 2010 fue del 61%; Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Uruguay y Venezuela han notificado tasas de cobertura superiores al 80%. (3)

### 1.3 Comportamiento de los Eventos en Colombia.

Colombia, en el tema de sífilis gestacional y congénita, dio inicio al cumplimiento de la propuesta de disminuir la tasa de incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos antes del 2000, con la construcción del *Plan de Eliminación de Sífilis Congénita*, en el que planteó estrategias encaminadas a realizar el diagnóstico temprano y a proporcionar el

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

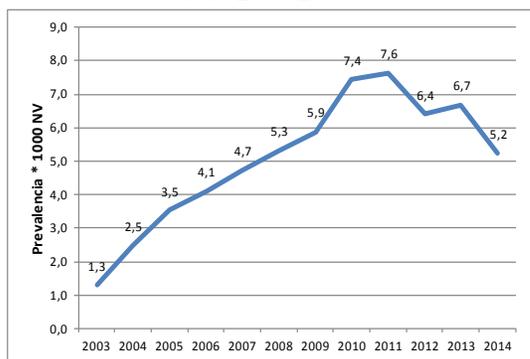
tratamiento adecuado a las gestantes que presentaran la infección; paralelamente, se definió la sífilis gestacional y congénita como evento de interés en salud pública de reporte obligatorio; se implementó la guía de atención de la sífilis. (6)

En la actualidad, el país cuenta con directrices para el tamizaje sistemático prenatal de la sífilis, acceso a los servicios de atención prenatal, pruebas para el diagnóstico de bajo costo y técnicamente aplicables incluso en el primer nivel de atención, así como el tratamiento con penicilina incluido en el Plan Obligatorio de Salud. (6)

Sin embargo, se evidencia que la sífilis es un problema grave, teniendo en cuenta el no cumplimiento de la meta de eliminación de la sífilis congénita. Lo preocupante de la situación es que es una enfermedad que puede prevenirse y también tratarse a un muy bajo costo, y esto indica que cada caso que se presenta de sífilis congénita es una falla del sistema por error u omisión.

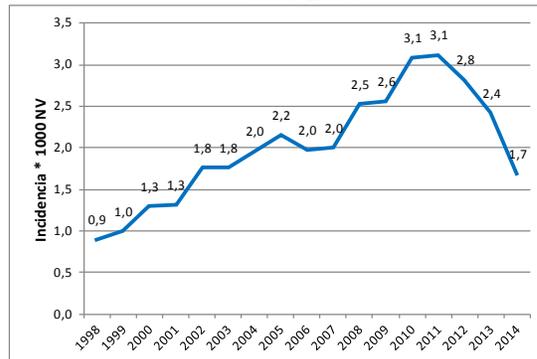
Los datos muestran que la incidencia de sífilis congénita ha pasado de 0,90 casos por 1000 nacidos vivos en 1998 a 1,69 casos en 2014. Durante el año 2014 se presentó una disminución importante en el número de casos notificados debido a la unificación de las fichas de sífilis gestacional y sífilis congénita, lo que implica que los datos de la madre deben estar completos y cumplir con la definición de caso de sífilis gestacional, para cumplir con la definición de caso de sífilis congénita. Sin embargo se siguen detectando múltiples factores que inciden en la no eliminación del evento, entre los que se pueden contar la ausencia y mala calidad del control prenatal. Lo que se observa es que existen todavía muchas barreras administrativas, técnicas, geográficas y culturales que impiden un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos aun siendo este tan sencillo y costo efectivo.

Gráfica N° 2  
Razón de sífilis gestacional / Nacidos Vivos, Colombia, años 2003-2014



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2003-2014

Gráfica N° 3  
Incidencia de sífilis congénita, Colombia, años 1998-2014



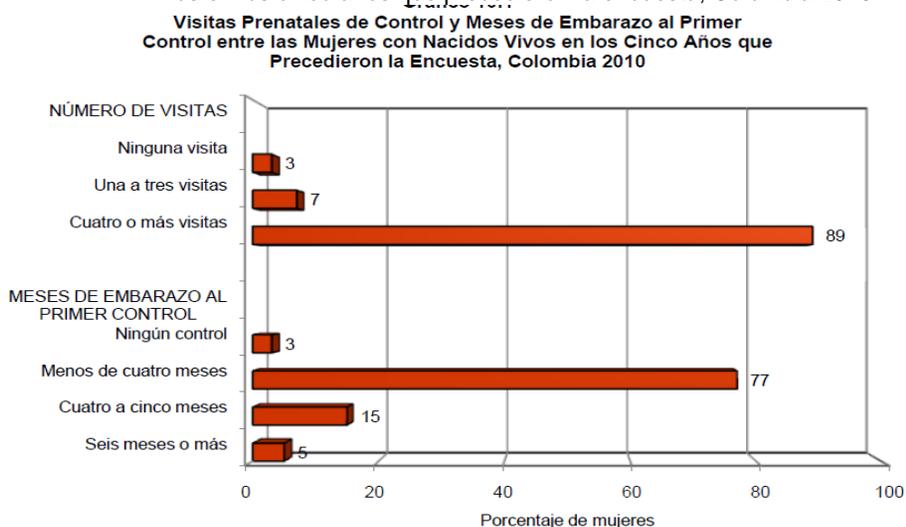
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 1998-2014

Según la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010* en Colombia el 97% de las gestantes reciben control prenatal, el 91,7% por médico y el 5,3% por enfermera lo cual indica que el problema no es la falta de CPN sino la calidad de este. Sin embargo también se evidencia que existe diferencia por regiones; la Orinoquía-Amazonía y la región Pacífica tienen

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

la menor proporción de atención prenatal por médico, aunque la última región tuvo un aumento importante, al pasar del 80% en el 2005 al 89% en el 2010. También señala que quienes no han tenido atención prenatal son, básicamente, mujeres con menos de 20 y más de 34 años al nacimiento, con más de 3 hijos, de la zona rural, sin educación (24%) y con el índice de riqueza más bajo (8%). La atención prenatal es escasa en Chocó, Vaupés, Vichada y Guainía. (7)

Gráfica N° 4. Visitas prenatales de control y meses de embarazo al primer control entre las mujeres con Nacidos vivos en los cinco años que precedieron la encuesta, Colombia 2010.



Fuente: ENDS 2010

## 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.1 Estimar la incidencia de sífilis gestacional y congénita, que permita conocer la tendencia del evento a nivel nacional.

2.2 Caracterizar en las variables de persona, tiempo y lugar los casos de sífilis gestacional y congénita ingresados a través del sistema de vigilancia.

2.3 Contribuir a la identificación de casos de sífilis gestacional y congénita para el desarrollo de acciones dirigidas a evitar la aparición de nuevos casos.

## 3. 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 2015 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.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 6 de 32

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Desde el mes de marzo de 2015 ya se tiene disponible en la página oficial del INS, para uso en todas las entidades territoriales, la versión actualizada del protocolo de vigilancia y el nuevo modelo de ficha de notificación.

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:

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 todos los análisis que involucran la variable lugar, la magnitud de la morbilidad por los eventos, así como los indicadores relacionados con la letalidad.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	Página 7 de 32

#### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

### 4. HALLAZGOS SÍFILIS GESTACIONAL

Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de sífilis gestacional a semana 52 de 2015 definitiva, el día 03 de marzo de 2016, una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

- a) Registros de la base de datos original: 5218 registros.
- b) Registros repetidos: 256 registros (4,9 %).
- c) Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso, que corresponde al ajuste 6: 212 registros (4,1 %)
- d) Registros descartados desde la UPGD por error de digitación, que corresponde al ajuste D: 167 registro (3,2 %).
- e) Registros descartados desde el INS por no cumplir definición de caso: 624 registros (12,0 %).
- f) Registros finales en base de datos depurada que cumplen con las definiciones de caso: 3959 registros (75,9 %).

#### 4.1 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 5,1 en 2014.

A semana 52 de 2015 los casos confirmados por laboratorio fueron **3959** con una razón de prevalencia nacional de **5,9** casos por 1000 nacidos vivos más mortinatos. Es necesario aclarar que la depuración de las bases de datos de sífilis gestacional y de sífilis congénita, se realizó de acuerdo a la directriz del Ministerio de Salud y Protección Social dada el 24 de Noviembre de 2015, según la cual “se acuerda dar un plazo del 01 de enero al 30 de septiembre de 2015 como periodo de transición para la implementación de la actualización de la guía 2014.

Teniendo en cuenta dicho periodo de transición, se define incluir en el análisis 2015 todos los casos notificados en el Sivigila que cumplan con la definición de caso de sífilis gestacional y congénita teniendo como marco las definiciones de caso de la Guía de atención de la sífilis congénita del Ministerio de la Protección Social que hace parte de la Resolución 412 de 2000 y de la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita Ministerio de Salud y Protección social 2014.

Una vez cumplido el periodo de transición, en Octubre de 2015, el INS solamente incluirá en el análisis, los casos notificados que cumplan con la nueva definición de caso de la GPC 2014.”

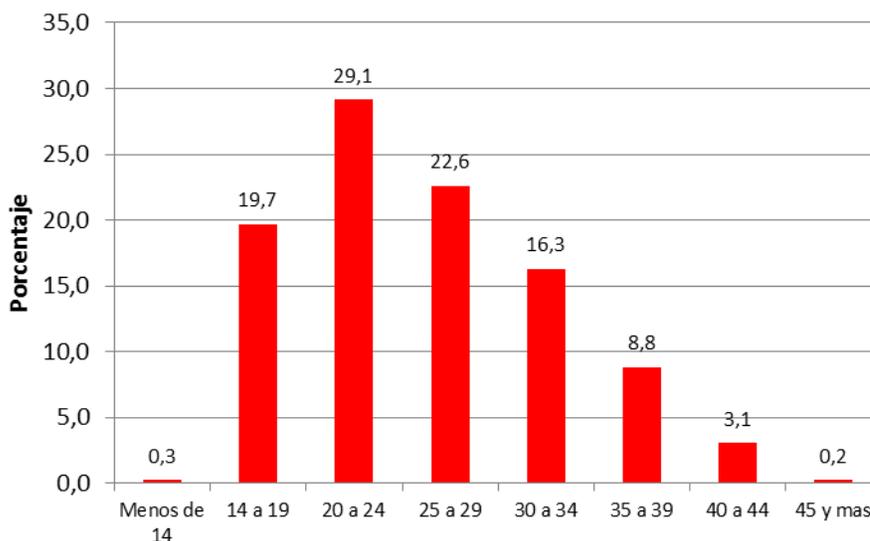
Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

#### 4.2 Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

En el análisis realizado en la notificación individual, se encontró:

El 0,3 % (10 casos) son menores de 14 años y el grupo de edad que registro la mayor proporción de casos fue el de 20 a 24 años con el 29,1 % (ver gráfica 5).

Gráfica N° 5  
Distribución de casos de sífilis gestacional por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

El 83,4 % de los casos de sífilis gestacional notificados en el año 2015 residían en la cabecera municipal (ver tabla 1).

Tabla N° 1  
Distribución de casos de sífilis gestacional por área de ocurrencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Área de ocurrencia	# de casos	%
Cabecera municipal	3300	83,4
Centro poblado	293	7,4
Rural disperso	366	9,2
<b>Total</b>	<b>3959</b>	<b>100</b>

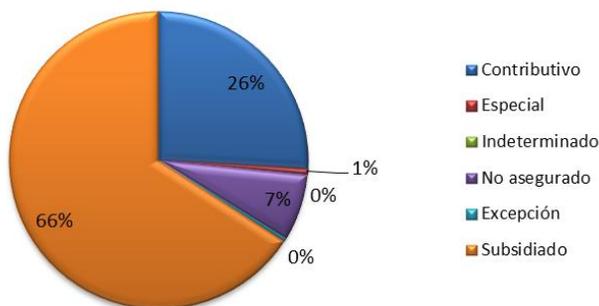
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

El mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado con el 65,9 % (2608) de los casos. La distribución por régimen de seguridad social se muestra en la siguiente gráfica (ver gráfica 6).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Gráfica N° 6

Distribución de casos de sífilis gestacional por tipo de régimen en salud, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

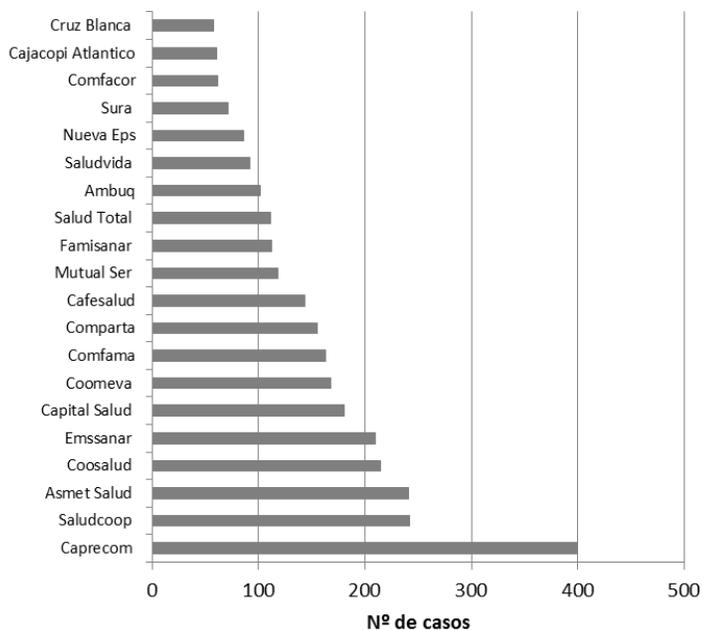


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Las siguientes 20 aseguradoras reúnen el 75,6 % de los casos de sífilis gestacional notificados (ver gráfica 7).

Gráfica N° 7

Distribución de casos de sífilis gestacional por Entidades administradoras de planes de beneficios, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

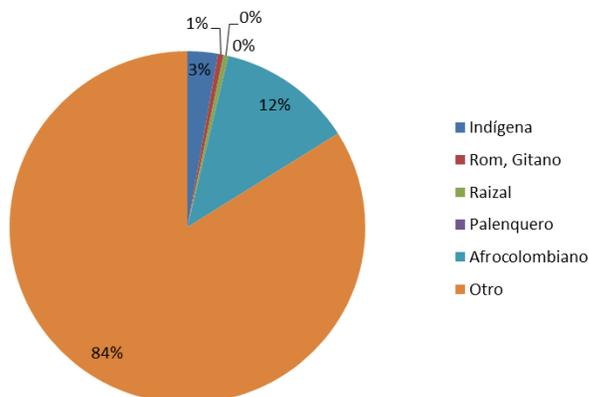


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Por pertenencia étnica, 489 casos (el 12,4 %) se notificaron en afrocolombianos, 109 (el 2,8 %) en población indígena, 20 casos (el 0,5 %) en gitanos y 18 casos (el 0,5 %) en raizales (ver gráfica 8).

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Gráfica N° 8  
Distribución de casos de sífilis gestacional por pertenencia étnica, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

A semana epidemiológica 52 del 2015 no se notificaron casos de mortalidad materna atribuible a la infección por sífilis gestacional.

#### 4.3 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 88,5 % de los casos (3504) fueron diagnosticados durante el embarazo, el 0,8 % (32) en el parto, el 0,5 % (19) en el puerperio y el 10,2 % (404) en el post aborto.

De las 3959 mujeres gestantes notificadas con sífilis gestacional, 3367 (85,0 %) tuvieron control prenatal, quedando 592 (15,0 %) sin dicha atención.

De las gestantes que tuvieron control prenatal, solamente el 52,0 % lo iniciaron en primer trimestre, al 32,8 % se les realizó la prueba treponémica y al 42,4 % 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, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

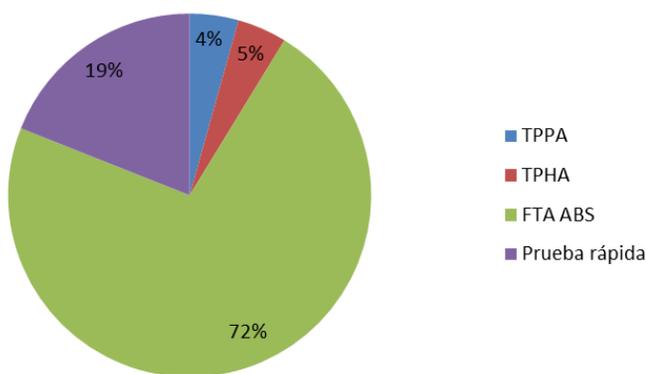
Edad gestacional	Inicio de control prenatal		Toma de prueba treponémica		Toma de prueba no treponémica	
	# de casos	%	# de casos	%	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	1751	52,0	1105	32,8	1428	42,4
Segundo trimestre (Sem 14-27)	1238	36,8	997	29,6	1124	33,4
Tercer trimestre (Sem 28-42)	378	11,2	779	23,1	815	24,2
Sin dato	0	0	486	14,4	0	0
<b>Total</b>	<b>3367</b>	<b>100</b>	<b>3367</b>	<b>100</b>	<b>3367</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Se le realizaron pruebas treponémicas al 85,6 % de las gestantes notificadas, en 72,3 % de los casos (2082) practicaron FTA-Abs y solo en el 19,0 % (547) se emplearon pruebas rápidas (ver gráfica 9).

Gráfica N° 9  
Tipo de prueba treponémica utilizada para el diagnóstico de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

De las 3367 gestantes que tuvieron control prenatal, el 96,3 % (3243 casos) recibió tratamiento con penicilina benzatínica. La edad gestacional al inicio del tratamiento se muestra en la siguiente tabla (ver tabla 3).

Tabla N° 3  
Edad gestacional al inicio del tratamiento, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Edad gestacional al inicio del tratamiento		
Edad gestacional	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	1114	34,4
Segundo trimestre (Sem 14-27)	1218	37,6
Tercer trimestre (Sem 28-42)	911	28,1
<b>Total</b>	<b>3243</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Al 23,8 % (771) de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 4,1 % (132) dos dosis y al 72,2 % (2340) tres dosis.

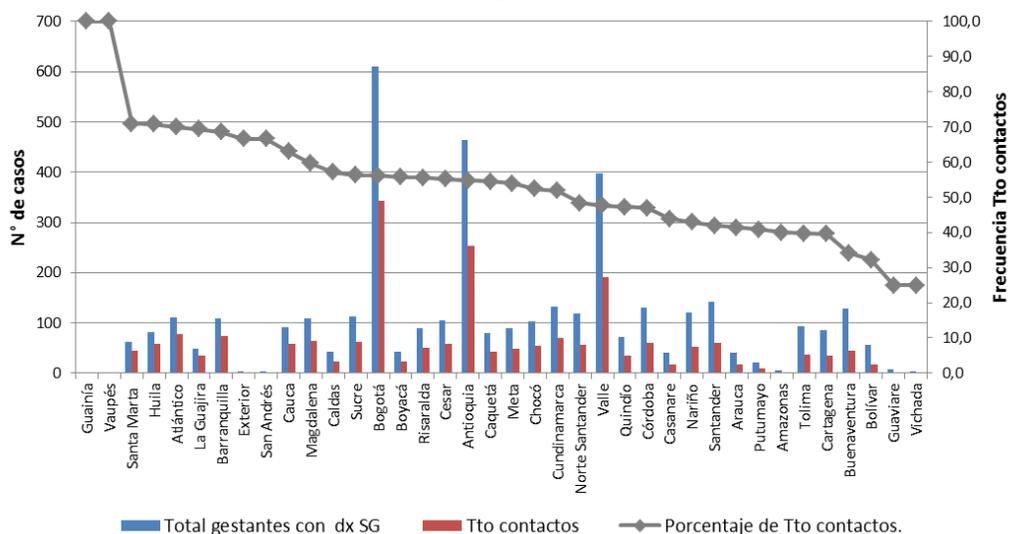
De las 3367 gestantes que tuvieron CPN, 124 (3,7 %) no recibieron tratamiento.

Solamente al 52,6 % (2083 casos) de los contactos sexuales de las 3959 gestantes notificadas con sífilis, se les administró tratamiento para sífilis. La situación por entidad territorial es la siguiente (ver gráfica 10).

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Gráfica N° 10

Tratamiento de contactos sexuales de mujeres gestantes diagnosticadas con sífilis, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



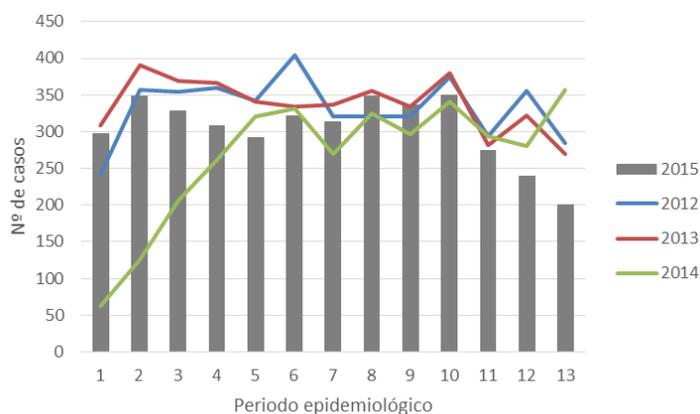
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

#### 4.4 Tendencia del evento

En la tendencia del evento se observa una disminución de la notificación al comienzo del año 2014 que puede estar relacionado con el cambio de las fichas de notificación. El comportamiento de la notificación de sífilis gestacional durante el año 2015 es similar al de años anteriores (ver gráfica 11).

Gráfica N° 11

Comportamiento de la notificación de sífilis gestacional por periodo epidemiológico, Colombia, periodo XIII, 2012–2015



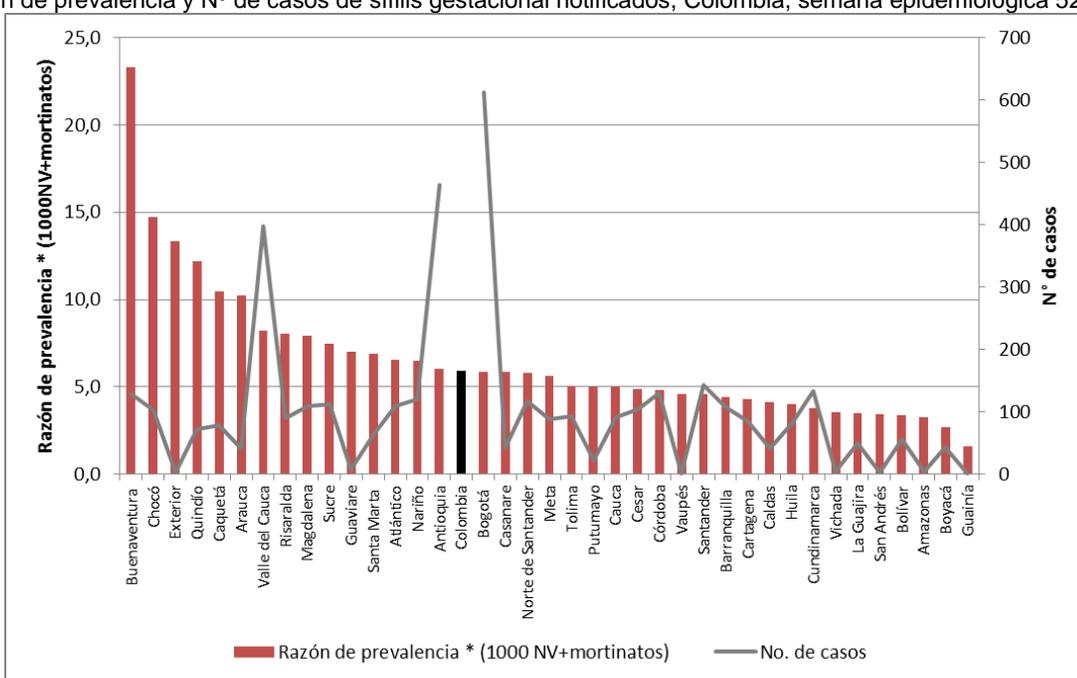
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

En la siguiente gráfica podemos observar que las entidades territoriales con mayor razón de prevalencia de sífilis gestacional son: Buenaventura, Chocó, Quindío, Caquetá y Arauca; las entidades que más casos notifican son: Bogotá D.C, Antioquia, Valle del Cauca, Santander y Cundinamarca (ver gráfica 12).

Gráfica N° 12

Razón de prevalencia y N° de casos de sífilis gestacional notificados, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

## 4.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

### 4.5.1 Razón de prevalencia de sífilis gestacional / nacidos vivos+mortinatos:

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Tabla N° 4

Razón de prevalencia de sífilis gestacional / nacidos vivos+mortinatos, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad territorial de residencia	No. de casos	No. de nacidos vivos 2014 preliminar	Mortinatos 2014 preliminar	Denominador total	Razón de prevalencia * (1000 NV+mortinatos)
Amazonas	5	1516	15	1531	3,3
Antioquia	464	75922	628	76550	6,1
Arauca	41	3977	30	4007	10,2
Atlántico	110	16460	303	16763	6,6
Barranquilla	108	24521		24521	4,4
Bogotá	611	103900	766	104666	5,8
Bolívar	56	16232	325	16557	3,4
Boyacá	43	15826	114	15940	2,7
Buenaventura	129	5538		5538	23,3
Caldas	42	10030	83	10113	4,2
Caquetá	79	7497	58	7555	10,5
Cartagena	86	19969		19969	4,3
Casanare	41	6987	37	7024	5,8
Cauca	92	18309	199	18508	5,0
Cesar	105	21457	160	21617	4,9
Chocó	103	6911	102	7013	14,7
Córdoba	130	26834	229	27063	4,8
Cundinamarca	133	34823	236	35059	3,8
Exterior	3	219	6	225	13,3
Guainía	1	601	13	614	1,6
La Guajira	49	13832	117	13949	3,5
Guaviare	8	1127	11	1138	7,0
Huila	82	20167	136	20303	4,0
Magdalena	109	13588	186	13774	7,9
Meta	89	15663	135	15798	5,6
Nariño	121	18348	216	18564	6,5
Norte de Santander	118	20271	145	20416	5,8
Putumayo	22	4339	44	4383	5,0
Quindío	72	5862	40	5902	12,2
Risaralda	90	11121	100	11221	8,0
San Andrés	3	868	8	876	3,4
Santander	143	30933	187	31120	4,6
Santa Marta	62	8994		8994	6,9
Sucre	112	14879	101	14980	7,5
Tolima	93	18296	137	18433	5,0
Valle del Cauca	398	47834	455	48289	8,2
Vaupés	2	426	7	433	4,6
Vichada	4	1111	19	1130	3,5
Sin dato	0	126	12	138	0
<b>Colombia</b>	<b>3959</b>	<b>665314</b>	<b>5360</b>	<b>670674</b>	<b>5,9</b>

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Los datos del denominador son preliminares del año 2014 con corte 30/09/2015. Los datos de mortinatos no incluyen muertes fetales con tiempo de gestación ignorado o sin información.

4.5.2 Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de semana 17:

Se observa que menos de la mitad de las gestantes con sífilis son diagnosticadas antes de semana 17, lo que indica una captación tardía y fallas en la demanda inducida. Las entidades territoriales con menor porcentaje de captación temprana son: Guainía, Vaupés, Guaviare, Amazonas y Chocó (ver tabla 5).

Tabla N° 5  
Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de semana 17, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad territorial de residencia	N° gestantes diagnosticadas antes de semana 17	No. de casos	Porcentaje
Amazonas	1	5	20,0
Antioquia	228	464	49,1
Arauca	15	41	36,6
Atlántico	46	110	41,8
Barranquilla	51	108	47,2
Bogotá	282	611	46,2
Bolívar	15	56	26,8
Boyacá	21	43	48,8
Buenaventura	58	129	45,0
Caldas	24	42	57,1
Caquetá	28	79	35,4
Cartagena	30	86	34,9
Casanare	24	41	58,5
Cauca	46	92	50,0
Cesar	47	105	44,8
Chocó	22	103	21,4
Córdoba	54	130	41,5
Cundinamarca	66	133	49,6
Exterior	1	3	33,3
Guainía	0	1	0
Guaviare	1	8	12,5
Huila	53	82	64,6
La Guajira	25	49	51,0
Magdalena	48	109	44,0
Meta	38	89	42,7
Nariño	55	121	45,5
Norte de Santander	48	118	40,7
Putumayo	9	22	40,9
Quindío	32	72	44,4
Risaralda	54	90	60,0
San Andrés	1	3	33,3
Santa Marta	24	62	38,7
Santander	74	143	51,7
Sucre	52	112	46,4
Tolima	45	93	48,4
Valle del Cauca	192	398	48,2
Vaupés	0	2	0
Vichada	2	4	50,0
<b>Colombia</b>	<b>1812</b>	<b>3959</b>	<b>45,8</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	Página 16 de 32

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

## 5. HALLAZGOS SÍFILIS CONGÉNITA

Se recibió por parte del grupo Sivigila la base de datos de casos notificados de sífilis congénita a semana 52 de 2015 definitiva, una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

- a) Registros de la base de datos original: 1353 registros.
- b) Registros repetidos: 18 registros (1,3 %).
- c) Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso, que corresponde al ajuste 6: 195 registros (14,4 %).
- d) Registros descartados desde la UPGD por error de digitación, que corresponde al ajuste D: 83 registro (6,1 %).
- e) Registros descartados desde el INS por no cumplir definición de caso: 361 registros (26,7 %)
- f) Registros finales en base de datos depurada que cumplen con las definiciones de caso: 696 registros (51,4 %).

Al realizar la depuración de la base de datos se identificaron 361 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 6).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Tabla N° 6

Casos notificados como sífilis congénita que no cumplen definición de caso, por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad territorial de notificación	No. de casos	Porcentaje
Amazonas	1	0,3
Antioquia	22	6,1
Arauca	7	1,9
Atlántico	8	2,2
Barranquilla	21	5,8
Bogotá	13	3,6
Bolívar	4	1,1
Boyacá	1	0,3
Buenaventura	11	3,0
Caldas	8	2,2
Caquetá	2	0,6
Cartagena	17	4,7
Casanare	1	0,3
Cauca	23	6,4
Chocó	11	3,0
Córdoba	18	5,0
Cundinamarca	4	1,1
Guainía	1	0,3
Huila	4	1,1
La Guajira	3	0,8
Magdalena	11	3,0
Meta	9	2,5
Nariño	2	0,6
Norte de Santander	10	2,8
Putumayo	3	0,8
Quindío	7	1,9
Risaralda	4	1,1
Santa Marta	3	0,8
Santander	21	5,8
Sucre	5	1,4
Tolima	16	4,4
Valle del Cauca	90	24,9
<b>Colombia</b>	<b>361</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Las entidades territoriales con mayor número de casos sin ajustar son: Valle del Cauca, Cauca, Antioquia, Barranquilla y Santander.

### 5.1 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 1,69 casos por 1000 NV en el 2014; lo que muestra que no obstante la disminución de los casos, no se han cumplido las metas planteadas en el Plan Estratégico para

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita 2011-2015. Además vale la pena recordar el cambio de ficha de notificación en el año 2014 en la cual se unificaron las fichas de sífilis congénita y sífilis gestacional.

A semana 52 de 2015, los casos notificados fueron **696** con una incidencia para Colombia de **1,04** casos por 1000 nacidos vivos (incluidos los mortinatos).

**5.2 Magnitud en lugar y persona (datos básicos)**

En el análisis realizado en la notificación Individual, se encontró:

El 52,0 % (362) de los casos se presentaron en mujeres y el 48,0 % (334) en hombres.

El 81,8 % (569) de los casos de sífilis congénita notificados en el año 2015 residían en la cabecera municipal (ver tabla 7).

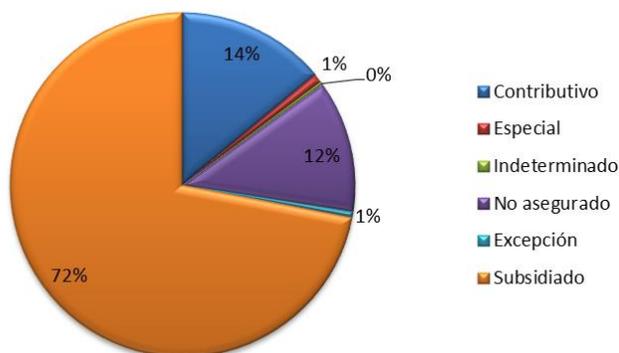
Tabla N° 7  
Distribución de casos de sífilis congénita por área de ocurrencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Área de ocurrencia	# de casos	%
Cabecera municipal	569	81,8
Centro poblado	58	8,3
Rural disperso	69	9,9
<b>Total</b>	<b>696</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

El mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado con el 72,0 % (501), la distribución por régimen de seguridad social se muestra en la siguiente figura (ver gráfica 13).

Gráfica N° 13  
Distribución de casos de sífilis congénita por tipo de régimen en salud, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

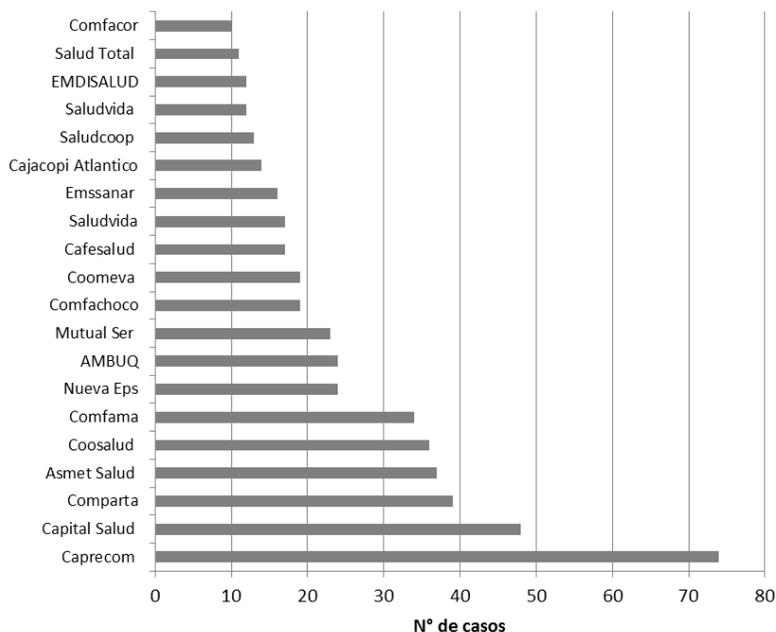


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

**Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita**

El 71,7 % de los casos de sífilis congénita fueron notificados en las siguientes 20 aseguradoras (ver gráfica 14).

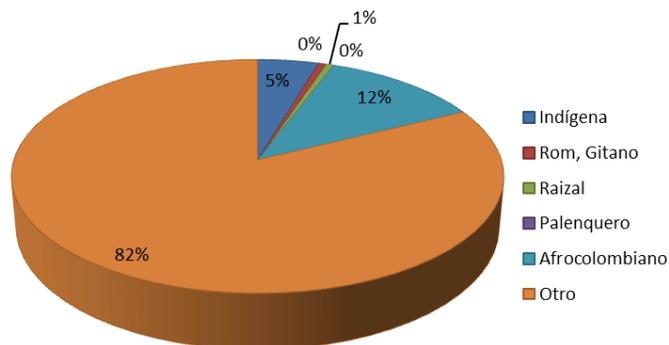
**Gráfica N° 14**  
Distribución de casos por Entidades administradoras de planes de beneficios, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

La proporción de casos en la población negra es del 11,9 %, seguida por la población indígena con un 4,6 % (ver gráfica 15).

**Gráfica N° 15**  
Distribución de casos por pertenencia étnica, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

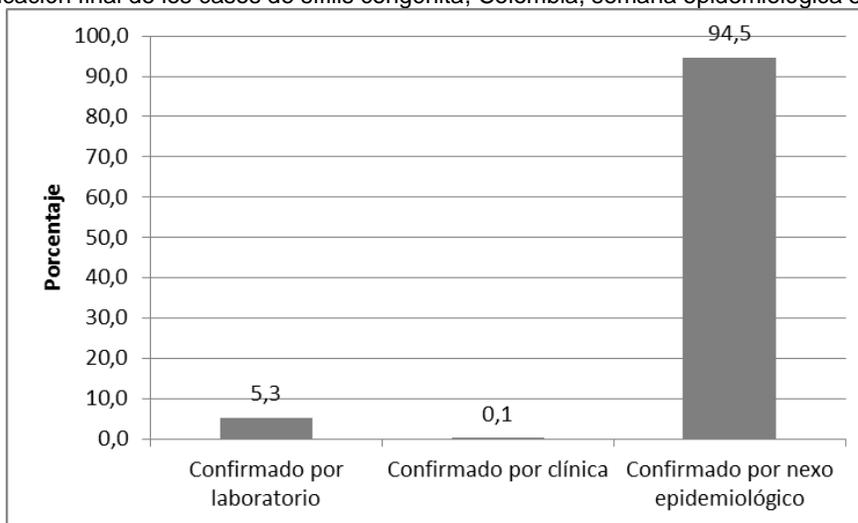


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

El 94,5 % (658) de los casos de sífilis congénita se confirmaron por nexo epidemiológico, solamente el 0,1 % (1) de los casos fue confirmado por clínica (ver gráfica 16).

Gráfica N° 16  
Clasificación final de los casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

De los 696 casos notificados como sífilis congénita, 22 son reportados con condición final muerto hasta la semana epidemiológica 52 de 2015; tres de estos fallecieron por causas diferentes a sífilis congénita. En la siguiente tabla se observan los casos que según conclusión de las unidades de análisis fallecieron por sífilis congénita (ver tabla 8).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Tabla N° 8  
Muertes atribuibles a sífilis congénita por entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

ET de residencia	Sem	Nombre	Edad	Sexo	Fecha defunción	UPGD	Aseguradora
Meta	2	DCAT	7 días	F	19/01/2015	Medica Magdalena Ltda	Nueva Eps
Antioquia	2	HKAEC	1 mes	F	16/01/2015	Uh Manrique	Caja De Compensacion Familiar De Antioquia Comfama
Bogota	2	HACTC	8 días	M	14/01/2015	Corporación Ips Saludcoop Bogota	Cruz Blanca Eps S.A.
Caldas	4	HJLND	3 días	F	25/01/2015	ESE Hospital San Felix - La Dorada	Asociacion Mutual La Esperanza Asmet Salud ESS
Cartagena	12	IAP	1 mes	F	05/04/2015	Empresa Social Del Estado Clinica Maternidad Rafael	Comparta
Cartagena	21	KBA	16 días	F	02/06/2015	Empresa Social Del Estado Clinica Maternidad Rafael	CCF de Cartagena Comfamiliar Cartagena
Antioquia	22	HSPG	8 meses	M	02/06/2015	Secretaria Seccional De Salud y Proteccion Social	No Afiliada
Caqueta	23	HMBC	17 días	F	13/06/2015	ESE Hospital Maria Inmaculada	Asociacion Mutual La Esperanza Asmet Salud ESS
Guajira	25	ACJ	6 días	F	28/06/2015	Unidad De Cuidados Intensivos Renacer	Asociacion Mutual Barrios Unidos De Quibdo E.S.S.
Vichada	25	HGGG	1 minuto	M	26/06/2015	Hospital Departamental San Juan De Dios	Caprecom Eps
Bogota	29	HNSCM	11 días	F	23/07/2015	Centro Policlinico De Olaya - Rafael Uribe	Capital Salud Eps-S S.A.S.
Antioquia	29	HBEMA	7 meses	F	19/07/2015	Secretaria Seccional De Salud y Proteccion Social	Savia Salud Eps
Magdalena	30	HVLMV	10 días	F	01/08/2015	Fundacion Policlica Cienaga	Caja De Compensacion Familiar De Cordoba Comfacor
Boyaca	33	HRMCP	1 mes	F	20/08/2015	ESE Hospital San Rafael De Tunja	Nueva Eps
Antioquia	36	HSPM	5 meses	M	11/09/2015	Secretaria Seccional De Salud y Proteccion Social	No Afiliada
Caqueta	37	HYRRL	4 días	F	13/09/2015	ESE Hospital Maria Inmaculada	Asociacion Mutual La Esperanza Asmet Salud ESS
Antioquia	38	HYPLH	5 meses	M	23/09/2015	Secretaria Seccional De Salud y Proteccion Social	Coomeva
Cesar	40	KVSV	1 mes	F	10/10/2015	Hospital Jose David Padilla Villafañe ESE	Saludvida
Vichada	46	HFDMB	4 días	F	19/11/2015	Hospital Departamental San Juan De Dios	Caprecom Eps

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

### 5.3 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 27,9 % de los casos (194) fueron diagnosticados durante el embarazo, el 70,1 % (488) en el parto y el 2,0 % (14) en el puerperio.

De las madres de los 696 casos notificados como sífilis congénita, 451 (64,8 %) tuvieron control prenatal, quedando 245 (35,2 %) sin dicha atención.

De las madres de casos de sífilis congénita que tuvieron control prenatal, solamente el 39,7 % lo iniciaron en primer trimestre, al 1,6 % se les realizó la prueba treponémica y al 6,0 % 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 9).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Tabla N° 9

Edad gestacional al inicio del CPN y a la toma de pruebas de laboratorio, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

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)	179	39,7	7	1,6	27	6,0
Segundo trimestre (Sem 14-27)	146	32,4	35	7,8	48	10,6
Tercer trimestre (Sem 28-42)	126	27,9	334	74,1	376	83,4
Sin dato	0	0	75	16,6	0	0
<b>Total</b>	<b>451</b>	<b>100</b>	<b>451</b>	<b>100</b>	<b>451</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Se observa que las madres de los 696 casos de sífilis congénita fueron diagnosticadas en un 90,4 % (629) de los casos en tercer trimestre (ver tabla 10).

Tabla N° 10

Edad gestacional al inicio del CPN y a la toma de pruebas de laboratorio, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Edad gestacional al diagnóstico		
Edad gestacional	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	12	1,7
Segundo trimestre (Sem 14-27)	55	7,9
Tercer trimestre (Sem 28-42)	629	90,4
<b>Total</b>	<b>696</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

De las 451 madres que tuvieron control prenatal, el 83,1 % (375 casos) recibió tratamiento con penicilina benzatínica. La edad gestacional al inicio del tratamiento se muestra en la siguiente tabla (ver tabla 11).

Tabla N° 11

Edad gestacional al inicio del tratamiento, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Edad gestacional al inicio del tratamiento		
Edad gestacional	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	3	0,8
Segundo trimestre (Sem 14-27)	10	2,7
Tercer trimestre (Sem 28-42)	362	96,5
<b>Total</b>	<b>375</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Al 53,9 % (202) de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 9,9 % (37) dos dosis y al 36,3 % (136) tres dosis.

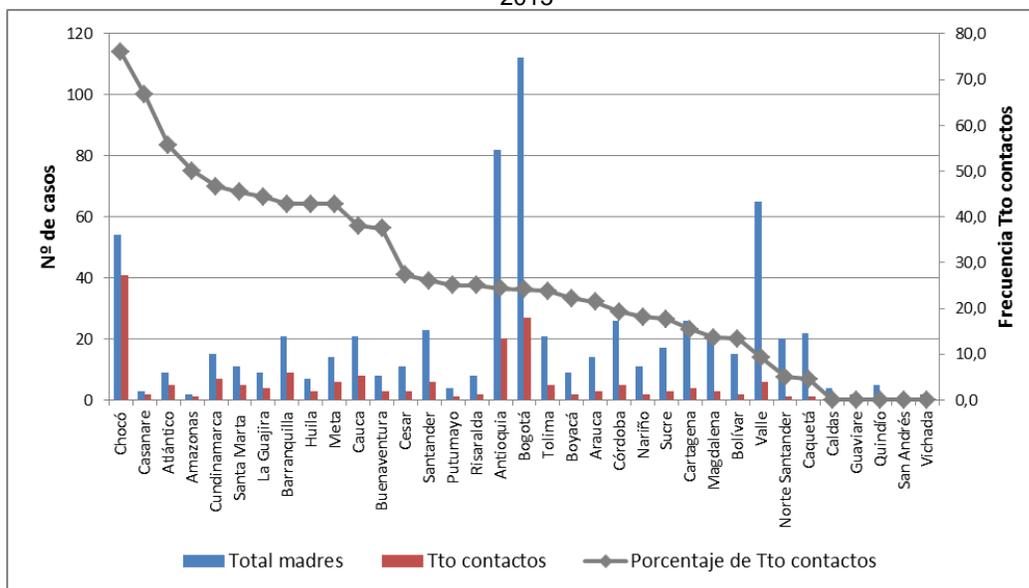
De las 451 madres que tuvieron CPN, 76 (16,9 %) no recibieron tratamiento.

Solamente al 27,3 % (190 casos) de los contactos sexuales de las 696 madres de casos notificados como sífilis congénita, se les administró tratamiento para sífilis. La situación por entidad territorial es la siguiente (ver gráfica 17).

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Gráfica N° 17

Tratamiento de contactos sexuales de madres de casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

De los 696 casos notificados como sífilis congénita el 98,4 % (685) nacieron vivos y se presentaron 11 mortinatos (1,6 %)

Se presentaron 9 embarazos múltiples, 8 gemelares y 1 de trillizos.

De los 685 nacidos vivos el 19,0 % (130 casos) fueron recién nacidos pretérmino (ver tabla 12).

Tabla N° 12  
Edad gestacional al nacimiento, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Edad gestacional al nacimiento		
Edad gestacional	# de casos	%
22-27 semanas (inmaduro)	8	1,2
28-36 semanas (prematuro)	122	17,8
37-42 semanas (a término)	555	81,0
<b>Total</b>	<b>685</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

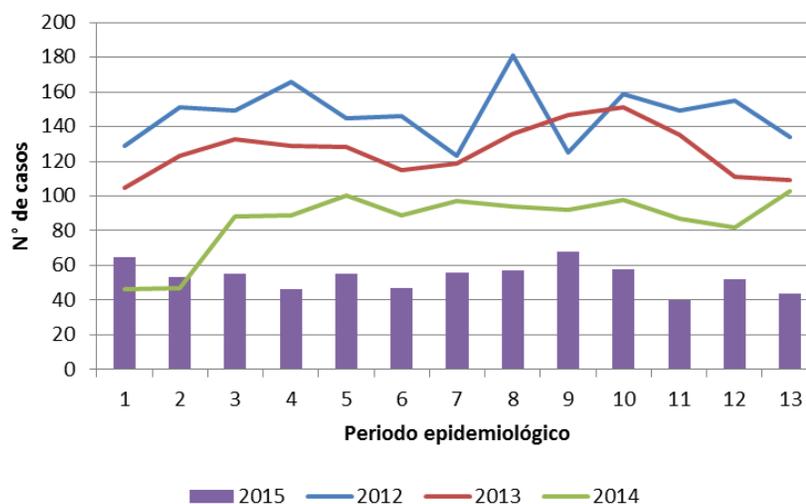
#### 5.4 Tendencia del evento

En la gráfica de tendencia del evento se muestra una marcada disminución de los casos de sífilis congénita en los últimos dos años, probablemente relacionada en el año 2014 con el cambio en las fichas de notificación y en el año 2015 con el cambio en la definición de caso (ver gráfica 18).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Gráfica N° 18

Comportamiento de la notificación de sífilis congénita por periodo epidemiológico, Colombia, periodo XIII, 2012 – 2015

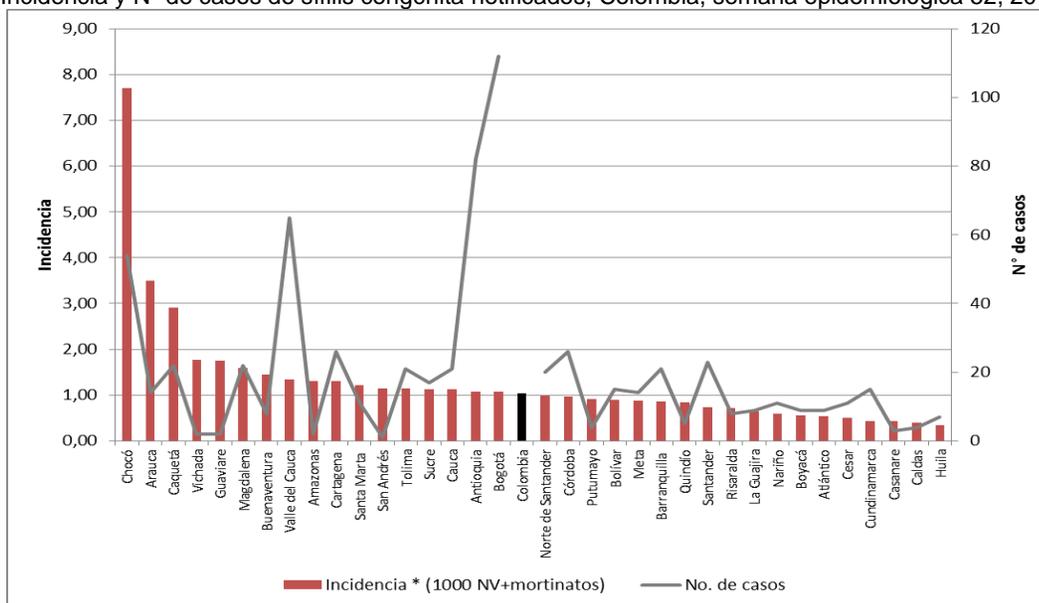


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

En la siguiente gráfica podemos observar que las entidades territoriales con mayor incidencia de sífilis congénita son: Chocó, Arauca, Caquetá, Vichada y Guaviare; mientras que las entidades que más casos notifican son: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Chocó y Cartagena (ver gráfica 19).

Gráfica N° 19

Incidencia y N° de casos de sífilis congénita notificados, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

## 5.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

### 5.5.1 Tasa de mortalidad de sífilis congénita

Por cada 100 000 nacidos vivos más mortinatos del país, 2,8 mueren a causa de sífilis congénita (ver tabla 13).

Tabla N° 13  
Tasa de mortalidad por sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad territorial de residencia	No. de muertes	No. de NV+ mortinatos por ET de residencia	Mortalidad
Antioquia	5	76550	6,5
Bogotá	2	104666	1,9
Boyacá	1	15940	6,3
Caldas	1	10113	9,9
Caquetá	2	7555	26,5
Cartagena	2	19969	10,0
Cesar	1	21617	4,6
La Guajira	1	13949	7,2
Magdalena	1	13774	7,3
Meta	1	15798	6,3
Vichada	2	1130	177,0
<b>Colombia</b>	<b>19</b>	<b>670674</b>	<b>2,8</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

### 5.5.2 Letalidad por sífilis congénita

Se notificaron 19 casos fallecidos por sífilis congénita, la letalidad para el país es de 2,7 % (ver tabla 14).

Tabla N° 14  
Letalidad por sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad territorial de residencia	No. de muertes	No. de casos por ET de residencia	Letalidad (%)
Antioquia	5	82	6,1
Bogotá	2	112	1,8
Boyacá	1	9	11,1
Caldas	1	4	25,0
Caquetá	2	22	9,1
Cartagena	2	26	7,7
Cesar	1	11	9,1
La Guajira	1	9	11,1
Magdalena	1	22	4,5
Meta	1	14	7,1
Vichada	2	2	100,0
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>696</b>	<b>2,7</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

5.5.3 Porcentaje de muertes atribuibles a SC analizadas en un COVE

Los lineamientos específicos de vigilancia del evento en el país, indican que se debe realizar unidad de análisis a todos los casos de sífilis congénita con condición final muerto. A semana 52 de 2015 se notificaron 22 casos, todos fueron analizados (ver tabla 15) y en conclusión, tres de los 22 casos fallecieron por causas diferentes a sífilis congénita.

Tabla N° 15  
Porcentaje de casos de sífilis congénita con condición final muerto analizadas en un COVE, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad territorial de residencia	No. de muertes analizadas	No. de muertes	Porcentaje de muertes analizadas
Antioquia	5	5	100
Arauca	2	2	100
Bogotá	2	2	100
Boyacá	1	1	100
Caldas	1	1	100
Caquetá	2	2	100
Cartagena	2	2	100
Cesar	1	1	100
La Guajira	1	1	100
Magdalena	1	1	100
Meta	1	1	100
Valle del Cauca	1	1	100
Vichada	2	2	100
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015. Archivo Grupo ITS

5.5.4 Incidencia de sífilis congénita / nacidos vivos + mortinatos

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Tabla N° 16  
Incidencia de sífilis congénita / nacidos vivos + mortinatos, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Departamento de residencia	No. de casos	No. de nacidos vivos 2014 preliminar	Mortinatos 2014 preliminar	Denominador total	Incidencia * (1000 NV+mortinatos)
Amazonas	2	1516	15	1531	1,31
Antioquia	82	75922	628	76550	1,07
Arauca	14	3977	30	4007	3,49
Atlántico	9	16460	303	16763	0,54
Barranquilla	21	24521		24521	0,86
Bogotá	112	103900	766	104666	1,07
Bolívar	15	16232	325	16557	0,91
Boyacá	9	15826	114	15940	0,56
Buenaventura	8	5538		5538	1,44
Caldas	4	10030	83	10113	0,40
Caquetá	22	7497	58	7555	2,91
Cartagena	26	19969		19969	1,30
Casanare	3	6987	37	7024	0,43
Cauca	21	18309	199	18508	1,13
Cesar	11	21457	160	21617	0,51
Chocó	54	6911	102	7013	7,70
Córdoba	26	26834	229	27063	0,96
Cundinamarca	15	34823	236	35059	0,43
Exterior	0	219	6	225	0
Guainía	0	601	13	614	0
La Guajira	9	13832	117	13949	0,65
Guaviare	2	1127	11	1138	1,76
Huila	7	20167	136	20303	0,34
Magdalena	22	13588	186	13774	1,60
Meta	14	15663	135	15798	0,89
Nariño	11	18348	216	18564	0,59
Norte de Santander	20	20271	145	20416	0,98
Putumayo	4	4339	44	4383	0,91
Quindío	5	5862	40	5902	0,85
Risaralda	8	11121	100	11221	0,71
San Andrés	1	868	8	876	1,14
Santander	23	30933	187	31120	0,74
Santa Marta	11	8994		8994	1,22
Sucre	17	14879	101	14980	1,13
Tolima	21	18296	137	18433	1,14
Valle del Cauca	65	47834	455	48289	1,35
Vaupés	0	426	7	433	0
Vichada	2	1111	19	1130	1,77
Sin dato	0	126	12	138	0
<b>Colombia</b>	<b>696</b>	<b>665314</b>	<b>5360</b>	<b>670674</b>	<b>1,04</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015. DANE

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	Página 28 de 32

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Los datos del denominador son preliminares del año 2014. Los datos de mortinatos no incluyen muertes fetales con tiempo de gestación ignorado o sin información.

## 6. DISCUSIÓN

Debido a las fallas en la notificación se descartaron una cantidad importante de casos por incumplimiento de las definiciones de caso, para sífilis gestacional fue necesario descartar el 12,0 % (624) de los casos y para sífilis congénita el 26,7 % (361), lo que nos muestra las deficiencias en el proceso, ya sea por desconocimiento de las definiciones de caso, no aplicación de algoritmos diagnósticos, no adquisición de los insumos necesarios para el diagnóstico, no adherencia a guías de práctica clínica, fallas en el diligenciamiento de las fichas o fallas en la digitación y manejo del software.

La mayoría de los casos ocurren en las cabeceras municipales, tanto para sífilis gestacional como para sífilis congénita con el 83,4 % y el 81,8 % respectivamente, lo que nos indica graves fallas en la inducción a la demanda, teniendo en cuenta que la mayoría de los casos no ocurren en zonas de difícil acceso.

Respecto a la pertenencia étnica se observa una cantidad importante de casos en afrocolombianos con el 12,4 % (489) de los casos de sífilis gestacional y el 11,9 % (83) de los casos de sífilis congénita; en indígenas se observa un 2,8 % (109) de los casos de sífilis gestacional y un 4,6 % (32) de los casos 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.

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 % (8), a periodo XIII de 2015 se determinó la asistencia a Control Prenatal del 85,0 % de las gestantes notificadas con sífilis y solamente del 64,8 % de las madres de casos de sífilis congénita; por lo tanto se evidencia la necesidad de reforzar el programa de atención prenatal.

De las gestantes notificadas con sífilis, al 42,4 % se les realizó prueba no treponémica en el primer trimestre y prueba treponémica al 32,8 %; mientras que a las madres de casos de sífilis congénita se les realizó prueba no treponémica en primer trimestre solamente al 6,0 % y treponémica al 1,6 %. 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 la no realización de la prueba treponémica simultáneamente con la no treponémica. La variable de condición al momento del diagnóstico muestra que aún tenemos 0,8 % de las gestantes diagnosticadas en el parto, un 0,5 % en el puerperio y un 10,2 % en postaborto; mientras que en las madres de niños con sífilis congénita encontramos un 70,1 % diagnosticadas en el parto y un 2,0 % en el puerperio. Estos resultados nos indican las grandes fallas en la atención prenatal de nuestras gestantes a nivel nacional.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Debido a este diagnóstico tardío el tratamiento es inoportuno, iniciando tratamiento en primer trimestre solamente el 34,4 % (1114) de las gestantes y el 1,7 % (12) 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 (8), 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 (9), además, que tanto el diagnóstico como el tratamiento son económicos y sencillos.

Para el diagnóstico de las gestantes se está realizando aun como prueba treponémica FTA Abs en un 72,3 % (2082) de los casos, lo cual muestra la no adherencia a guías de práctica clínica según las cuales la prueba treponémica a utilizar debe ser la prueba rápida. Esta dificultad puede deberse a la no disponibilidad de las pruebas en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) o al desconocimiento de las definiciones de caso por parte de los profesionales que atienden a las gestantes.

Solamente al 52,6 % (2083 casos) de los contactos sexuales de las 3959 gestantes notificadas con sífilis se les administró tratamiento para sífilis, aumentando un poco respecto al año anterior en el cual el porcentaje correspondía al 47,1 % de los casos. Respecto a los contactos sexuales de las 696 madres de casos notificados como sífilis congénita, solamente al 27,3 % (190 casos) se les administró tratamiento, a pesar de las consecuencias de la no administración del medicamento para el producto, ya que puede terminar siendo caso de sífilis congénita por reinfección de la madre.

En cuanto a los casos de sífilis congénita se observa que el 94,5 % (658) de los casos se confirman por nexo epidemiológico y por clínica solamente el 0,1 % (1), lo cual nos recuerda la importancia de la realización de unidades de análisis de buena calidad que nos permitan certificar el nexo epidemiológico o la clínica de los casos y además la importancia de la calidad del dato para garantizar el cumplimiento de las definiciones de caso.

De los 685 nacidos vivos el 19,0 % (130 casos) fueron recién nacidos pretérmino. Se observa una letalidad por sífilis congénita notificada a semana 52 de 2015 de 2,7 %; teniendo en cuenta que de 330.000 mujeres embarazadas en ALC con prueba positiva para sífilis que no recibieron tratamiento se estima que nacen 110.000 niños con sífilis congénita, y un número similar resulta en aborto espontáneo (2), se puede sugerir que es posible que exista una subnotificación en el país teniendo en cuenta el escaso reporte de mortinatos.

Se observa una disminución marcada de los casos de sífilis congénita en los dos últimos años, aun sin llegar a la meta de eliminación, la cual puede deberse al cambio en las fichas de notificación en el año 2014 y en las definiciones de caso en el año 2015, lo cual hace que la notificación de este año no sea comparable con la notificación de años anteriores. Dicha disminución sin embargo no significa una disminución real en la incidencia del evento.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	Página 30 de 32

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Para monitorear el cumplimiento de la fase de eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis congénita, la línea base será la notificación del año 2016.

Es necesario aclarar que la depuración de las bases de datos de sífilis gestacional y de sífilis congénita, se realizó de acuerdo a la directriz del Ministerio de Salud y Protección Social dada el 24 de Noviembre de 2015, según la cual “se acuerda dar un plazo del 01 de enero al 30 de septiembre de 2015 como periodo de transición para la implementación de la actualización de la guía 2014.

Teniendo en cuenta dicho periodo de transición, se define incluir en el análisis 2015 todos los casos notificados en el Sivigila que cumplan con la definición de caso de sífilis gestacional y congénita teniendo como marco las definiciones de caso de la Guía de atención de la sífilis congénita del Ministerio de la Protección Social que hace parte de la Resolución 412 de 2000 y de la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita Ministerio de Salud y Protección social 2014.

Una vez cumplido el periodo de transición, el INS solamente incluirá en el análisis, los casos notificados que cumplan con la nueva definición de caso de la GPC 2014.”

## 7. CONCLUSIONES

- Los resultados podrían indicar deficiencias en el programa de atención prenatal que incluyen problemas en la captación, diagnóstico y tratamiento de las gestantes con sífilis, que deben corregirse para el logro de la meta de eliminación de la sífilis congénita.
- En cuanto a la edad, se observa que el mayor número de casos de sífilis gestacional ocurre en el grupo de 20 a 24 años con el 29,1 % (1153), seguido del de 25 a 29 años con el 22,6 % (894), lo cual coincide con la tasa de fecundidad reportada en la ENDS 2010.
- El régimen subsidiado aporta la mayor cantidad de casos para ambos eventos con el 65,9 % (2608) de los casos de sífilis gestacional y el 72,0 % (501) de los casos de sífilis congénita.
- El análisis de los datos muestra ausencia de control prenatal en un 15,0 % (592) de los casos de sífilis gestacional y en un 35,2 % (245) 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 52,0 % del total de casos de sífilis gestacional inició control prenatal en el primer trimestre y el 39,7 % de las madres de casos de sífilis congénita, lo cual nos muestra un inicio tardío en los casos en los que si se realiza dicho control.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

- Se observa que un 3,7 % (124) de las gestantes con sífilis y un 16,9 % (76) de las madres de casos de sífilis congénita, que asistieron a CPN, no recibieron tratamiento.
- Se observó que las entidades territoriales con mayor incidencia de sífilis congénita son: Chocó, Arauca, Caquetá, Vichada y Guaviare; mientras que las entidades que más casos notifican son: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Chocó y Cartagena. Respecto a sífilis gestacional son: Buenaventura, Chocó, Quindío, Caquetá y Arauca; las entidades que más casos notifican son: Bogotá D.C, Antioquia, Valle del Cauca, Santander y Cundinamarca.

## 8. RECOMENDACIONES

La Sífilis Congénita es una patología prevenible y el compromiso de Colombia a nivel internacional desde 1994, es alcanzar una incidencia de Sífilis Congénita menor a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos, incluyendo mortinatos, por lo que 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 nueva 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.
- Realizar unidades de análisis a todos los casos de sífilis congénita donde se puedan identificar los casos que cumplen con la definición de caso y donde se puedan determinar las fallas que condujeron a la existencia de dichos casos.
- Continuar trabajando con la ficha unificada de sífilis gestacional (750) y sífilis congénita (740) y en el mediano plazo evaluar el impacto en la notificación y el análisis de los casos.
- Reforzar las campañas de IEC (información, educación, comunicación) frente a la mitigación del efecto de ambos eventos de interés en salud pública.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	

### Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

- Continuar con el trabajo de análisis de los RIPS como una fuente alterna de información para mejorar el subregistro tanto de sífilis gestacional como de sífilis congénita en el país.

## 9. 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 materno-infantil 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. ANEXOS

No aplica.