

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 1 de 35

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

INFORME DE LOS EVENTOS SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA, HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO XIII, Colombia, 2016

*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 OMS indican que la sífilis en el embarazo provoca más de 300 000 muertes fetales y neonatales por año y expone a otros 215 000 niños a un mayor riesgo de muerte prematura en el mundo, 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. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud está elaborando tres estrategias mundiales del sector de la salud para hacer frente al VIH/sida, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual preparándose para afrontar los retos que plantean los ambiciosos Objetivos de Desarrollo Sostenible, las estrategias abarcarán el periodo 2016-2021.

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 2016.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO		Versión: 02
				2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001		Página 2 de 35

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

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 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 Etiopía (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)

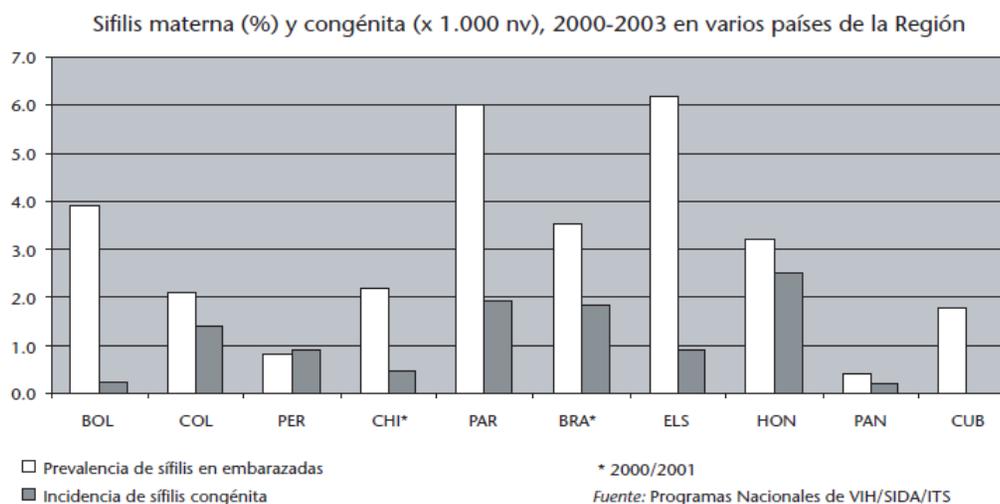
Con dicha tasa se calcula que puede haber aproximadamente 459108 casos de sífilis gestacional en la Región de las Américas (exceptuando EE.UU. y Canadá), originando cada año de 164.222 a 344.331 casos de sífilis congénita (SC). En la mayor parte de estos casos, la infección es transmitida al feto, en 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)

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

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, aumentando 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.

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

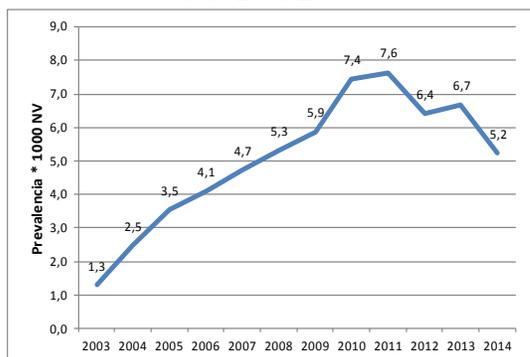
Colombia, en el tema de sífilis gestacional y congénita, dio inicio al cumplimiento de la propuesta de disminuir la tasa de incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos antes del 2000, con la construcción del *Plan de Eliminación de Sífilis Congénita*, en el que planteó estrategias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

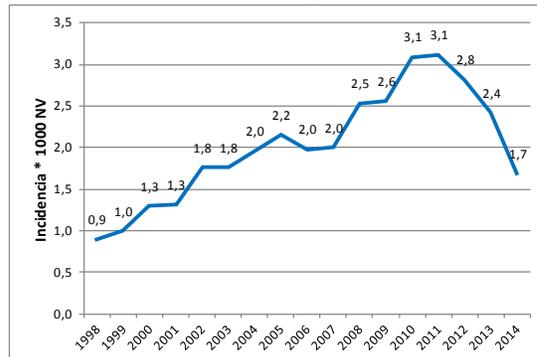
Los datos muestran que la incidencia de sífilis congénita ha pasado de 0,90 casos por 1000 nacidos vivos en 1998 a 1,69 casos en 2014. Durante el año 2014 se presentó una disminución importante en el número de casos notificados debido a la unificación de las fichas de sífilis gestacional y sífilis congénita, 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

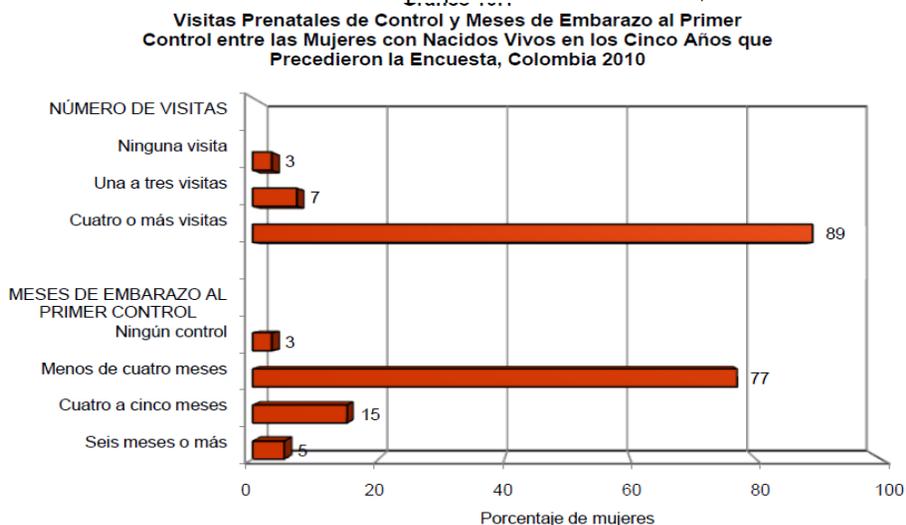


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 1998-2014

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

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 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.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 6 de 35

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

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 2016 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

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

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

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, así como los indicadores relacionados con la letalidad.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 7 de 35

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 2016, el día 09 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: 5695 registros.
- b) Registros repetidos: 201 registros (3,5 %).
- c) Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso, que corresponde al ajuste 6: 302 registros (5,3 %)
- d) Registros descartados desde la UPGD por error de digitación, que corresponde al ajuste D: 146 registro (2,6 %).
- e) Registros descartados desde el INS por no cumplir definición de caso: 988 registros (17,3 %).
- f) Registros finales en base de datos depurada que cumplen con las definiciones de caso: 4058 registros (71,3 %). Es importante mencionar que en esta clasificación ingresan aquellos casos que aunque han sido descartados por la UPGD, sí cumplen definición de caso según la información ingresada en el Sivigila y la entidad territorial no ha enviado al INS la justificación de dicho descarte. Además se incluyen aquellos casos que no fueron notificados pero sus hijos están notificados como sífilis congénita, 236 registros. En total quedan 4294 casos confirmados.

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 5,9 en 2015.

A semana 52 de 2016 los casos confirmados por laboratorio fueron **4294** con una razón de prevalencia nacional de **6,6** casos por 1000 nacidos vivos más mortinatos.

4.2 Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

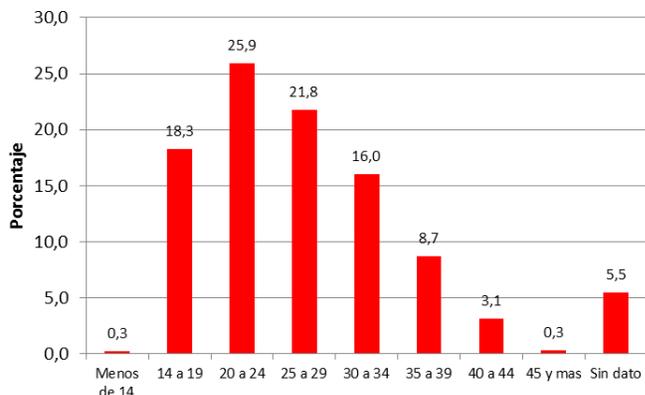
En el análisis realizado en la notificación individual, se encontró:

El 0,3 % (11 casos) son menores de 14 años y el grupo de edad que registró la mayor proporción de casos fue el de 20 a 24 años con el 29,5 % (1113 casos) (ver gráfica 5).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Gráfica N° 5

Distribución de casos de sífilis gestacional por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El 82,2 % de los casos de sífilis gestacional notificados a semana 52 de 2016 residen en la cabecera municipal (ver tabla 1).

Tabla N° 1

Distribución de casos de sífilis gestacional por área de ocurrencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

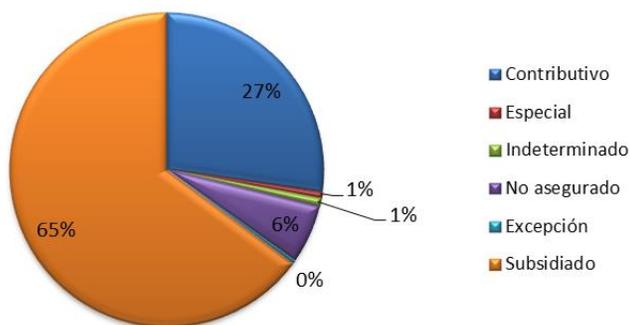
Area de ocurrencia	# de casos	%
Cabecera municipal	3529	82,2
Centro poblado	394	9,2
Rural disperso	371	8,6
Total	4294	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado con el 64,9 % (2875) de los casos. La distribución por régimen de seguridad social se muestra en la siguiente gráfica (ver gráfica 6).

Gráfica N° 6

Distribución de casos de sífilis gestacional por tipo de régimen en salud, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

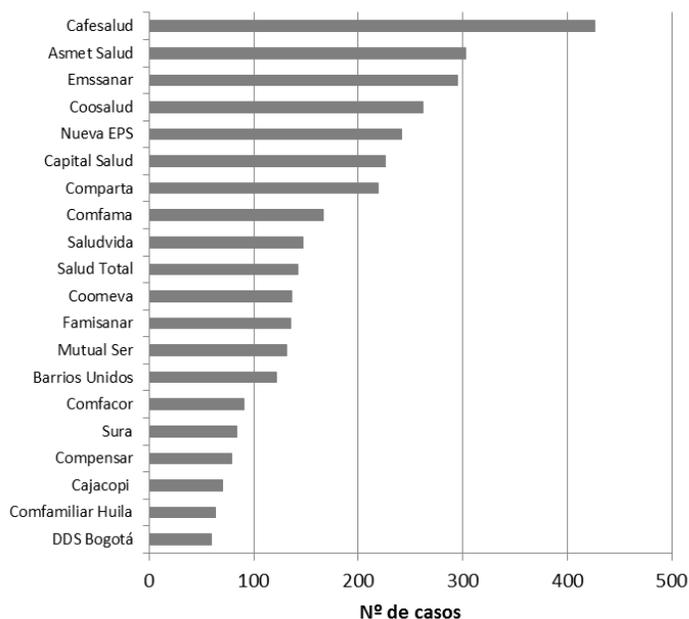


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Las siguientes 20 aseguradoras reúnen el 79,2 % de los casos de sífilis gestacional notificados (ver gráfica 7).

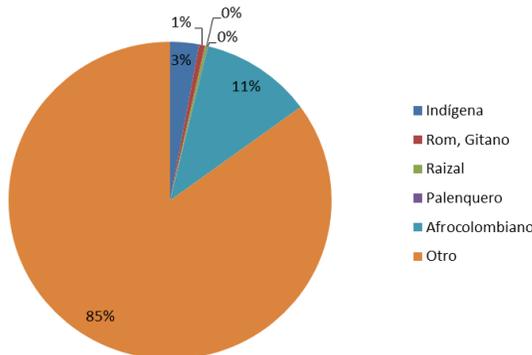
Gráfica N° 7
Distribución de casos de sífilis gestacional por Entidades administradoras de planes de beneficios, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Por pertenencia étnica, 480 casos (el 11,2 %) se notificaron en afrocolombianos, 124 (el 2,9 %) en población indígena, 25 casos (el 0,6 %) en ROM gitanos, 12 casos (el 0,3 %) en raizales y dos casos (el 0,05 %) en palenqueros (ver gráfica 8).

Gráfica N° 8
Distribución de casos de sífilis gestacional por pertenencia étnica, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

A semana epidemiológica 52 del 2016 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 84,7 % de los casos (3638) fueron diagnosticados durante el embarazo, el 9,7 % (416) en el parto, el 3,1 % (133) en el puerperio y el 2,5 % (107) en el post aborto.

De las 4294 mujeres gestantes notificadas con sífilis, 3597 (83,8 %) tuvieron control prenatal, quedando 697 (16,2 %) sin dicha atención.

De las gestantes que tuvieron control prenatal, solamente el 51,0% lo iniciaron en primer trimestre, al 36,5 % se les realizó la prueba treponémica y al 38,0 % 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 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, 2016

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)	1836	51,0	1312	36,5	1366	38,0
Segundo trimestre (Sem 14-27)	1292	35,9	1227	34,1	1226	34,1
Tercer trimestre (Sem 28-42)	469	13,0	1058	29,4	1005	27,9
Total	3597	100	3597	100	3597	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Se observa que de las 4294 gestantes notificadas, el 33,0 % (1416) 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, 2016

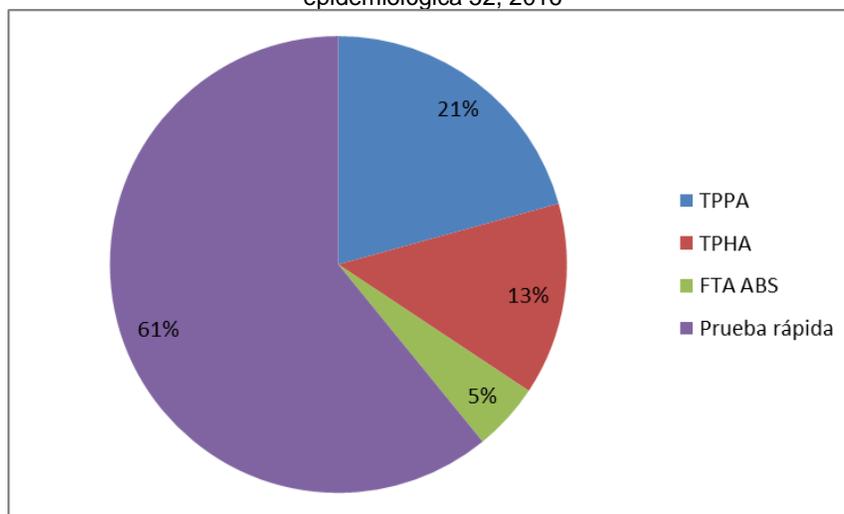
Edad gestacional al diagnóstico		
Edad gestacional	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	1518	35,4
Segundo trimestre (Sem 14-27)	1360	31,7
Tercer trimestre (Sem 28-42)	1416	33,0
Total	4294	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En el 4,8 % de los casos (206) practicaron FTA-Abs como prueba treponémica y en el 60,9 % (2614) se emplearon pruebas rápidas (ver gráfica 9).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Gráfica N° 9
Tipo de prueba treponémica utilizada para el diagnóstico de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

De las 3597 gestantes que tuvieron control prenatal, el 92,1 % (3312 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, 2016

Edad gestacional al inicio del tratamiento		
Edad gestacional	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	1106	33,4
Segundo trimestre (Sem 14-27)	1188	35,9
Tercer trimestre (Sem 28-42)	1018	30,7
Total	3312	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

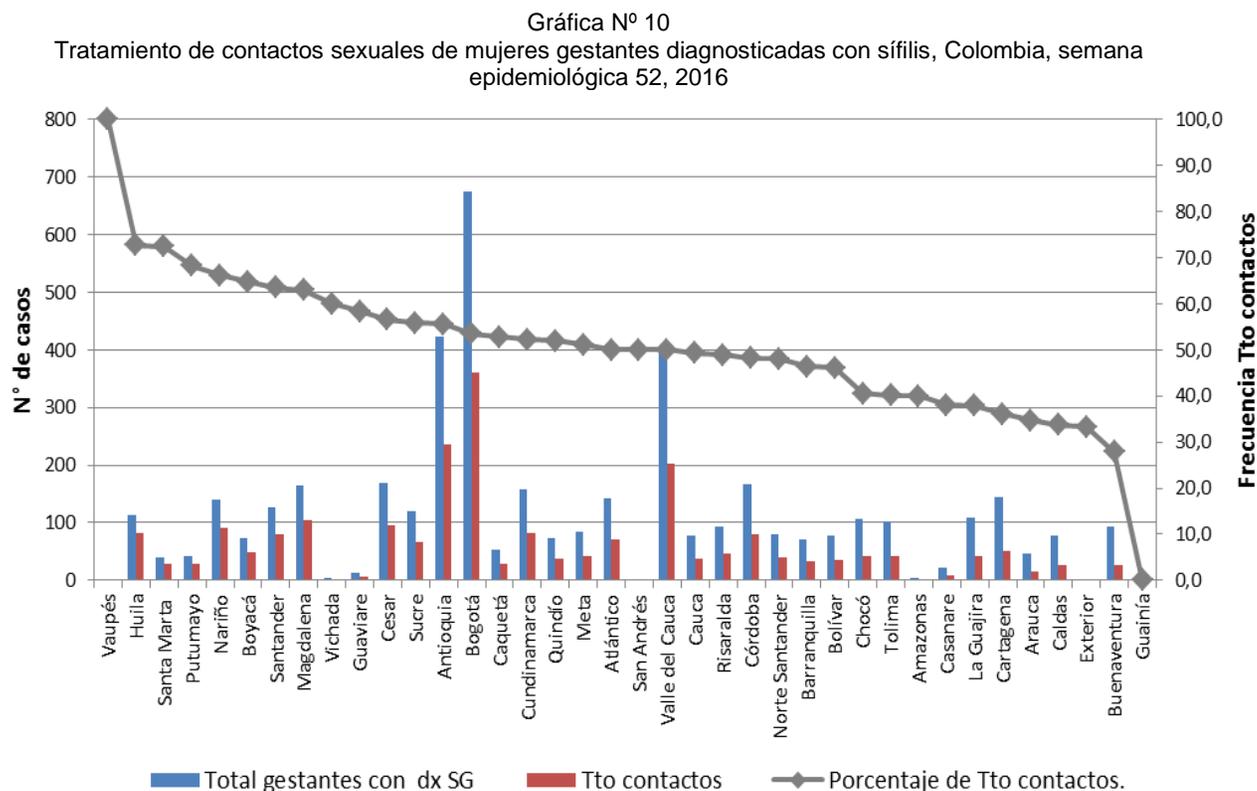
De las 3312 gestantes que recibieron tratamiento, el 83,6 % (2769) recibieron el número adecuado de dosis de penicilina benzatínica de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad, mientras que el 16,4 % (543) recibieron menos dosis de las que necesitaban, lo cual significa que recibieron un tratamiento incompleto.

Al 32,2 % (1067) de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 3,3 % (109) dos dosis y al 64,5 % (2136) tres dosis.

De las 3597 gestantes que tuvieron CPN, 285 (7,9 %) no recibieron tratamiento.

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Solamente al 51,9 % (2228) de los contactos sexuales de las 4294 gestantes notificadas con sífilis, se les administró tratamiento para sífilis. La situación por entidad territorial es la siguiente (ver gráfica 10).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

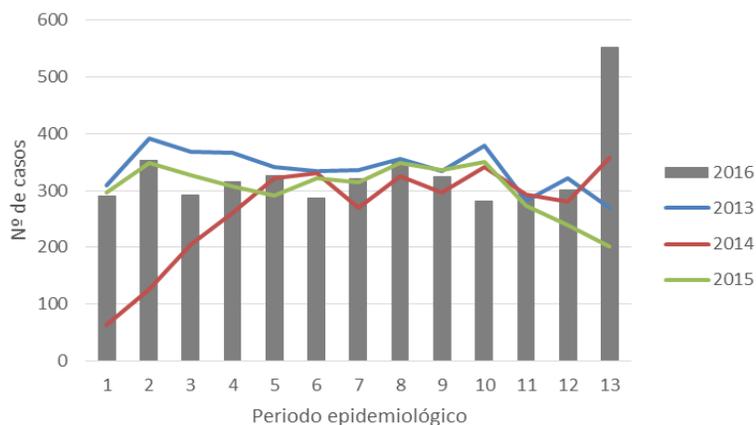
4.4 Tendencia del evento

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. El comportamiento de la notificación de sífilis gestacional durante el año 2016 tuvo un aumento del 8,5 % respecto a la del año anterior; sin embargo es necesario tener en cuenta que se incluyeron aquellos casos que no fueron notificados pero sus hijos están notificados como sífilis congénita y cumplen definición de caso, 236 registros que fueron ingresados en semana 52 (ver gráfica 11).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Gráfica N° 11

Comportamiento de la notificación de sífilis gestacional por periodo epidemiológico, Colombia, periodo XIII, 2013–2016

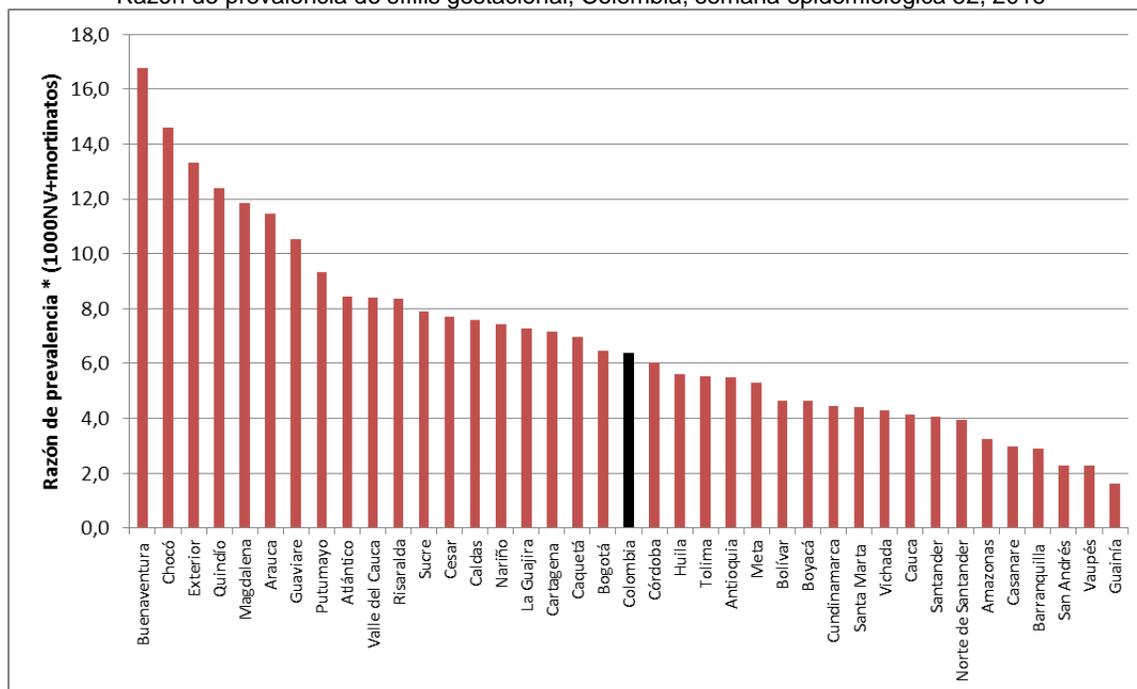


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2016

En la siguiente gráfica podemos observar que las entidades territoriales con mayor razón de prevalencia de sífilis gestacional son: Buenaventura, Chocó, Quindío, Magdalena y Arauca (ver gráfica 12).

Gráfica N° 12

Razón de prevalencia de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

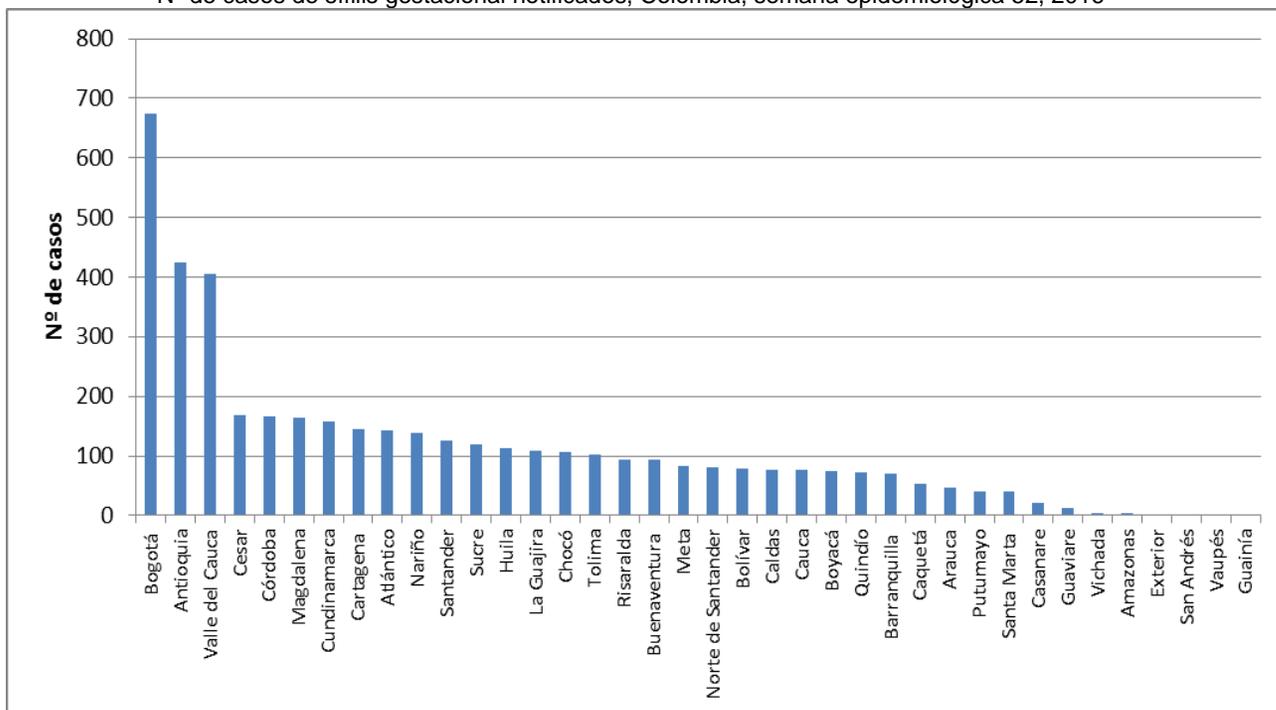


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

En la siguiente gráfica podemos observar que las entidades territoriales que más casos notifican son: Bogotá D.C, Antioquia, Valle del Cauca, Cesar y Córdoba (ver gráfica 13).

Gráfica N° 13
N° de casos de sífilis gestacional notificados, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

4.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

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

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Tabla N° 5

Razón de prevalencia de sífilis gestacional / nacidos vivos+mortinatos, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

Entidad territorial de residencia	No. de casos	No. de nacidos vivos 2016p	Mortinatos 2016p	Denominador total	Razón de prevalencia * (1000 NV+mortinatos)
Amazonas	5	987	9	996	5,0
Antioquia	424	74838	689	75527	5,6
Arauca	46	4327	35	4362	10,5
Atlántico	142	16375	334	16709	8,5
Barranquilla	71	24102		24102	2,9
Bogotá	675	98644	802	99446	6,8
Bolívar	78	15299	333	15632	5,0
Boyacá	74	15136	120	15256	4,9
Buenaventura	93	4777		4777	19,5
Caldas	77	9552	58	9610	8,0
Caquetá	53	6799	56	6855	7,7
Cartagena	144	18869		18869	7,6
Casanare	21	6240	27	6267	3,4
Cauca	77	18022	209	18231	4,2
Cesar	168	19957	154	20111	8,4
Chocó	106	5536	98	5634	18,8
Córdoba	166	25798	209	26007	6,4
Cundinamarca	157	35505	271	35776	4,4
Exterior	3	326	5	331	9,1
Guainía	1	543	6	549	1,8
La Guajira	108	15054	135	15189	7,1
Guaviare	12	1145	10	1155	10,4
Huila	114	19369	134	19503	5,8
Magdalena	165	12634	173	12807	12,9
Meta	84	14764	133	14897	5,6
Nariño	139	17641	201	17842	7,8
Norte de Santander	81	20274	148	20422	4,0
Putumayo	41	4265	43	4308	9,5
Quindío	73	5813	40	5853	12,5
Risaralda	94	10746	89	10835	8,7
San Andrés	2	879	11	890	2,2
Santander	126	29658	227	29885	4,2
Santa Marta	40	8522		8522	4,7
Sucre	120	14294	109	14403	8,3
Tolima	102	17541	151	17692	5,8
Valle del Cauca	406	45677	418	46095	8,8
Vaupés	1	472	12	484	2,1
Vichada	5	1006	14	1020	4,9
Sin dato	0	107	9	116	0
Colombia	4294	641493	5472	646965	6,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016. DANE

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Los datos del denominador son preliminares del año 2016 con corte 31/12/2016 para nacidos vivos y para mortinatos, publicadas el 30/03/2017. 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, San Andrés, Amazonas y Vichada (ver tabla 6).

Tabla N° 6
Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de semana 17, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

Entidad territorial de residencia	N° gestantes diagnosticadas antes de semana 17	No. de casos	Porcentaje
Amazonas	2	5	40,0
Antioquia	204	424	48,1
Arauca	26	46	56,5
Atlántico	56	142	39,4
Barranquilla	20	71	28,2
Bogotá	300	675	44,4
Bolívar	23	78	29,5
Boyacá	29	74	39,2
Buenaventura	47	93	50,5
Caldas	37	77	48,1
Caquetá	17	53	32,1
Cartagena	61	144	42,4
Casanare	9	21	42,9
Cauca	31	77	40,3
Cesar	68	168	40,5
Chocó	23	106	21,7
Córdoba	75	166	45,2
Cundinamarca	63	157	40,1
Exterior	2	3	66,7
Guainía	0	1	0
La Guajira	32	108	29,6
Guaviare	3	12	25,0
Huila	64	114	56,1
Magdalena	55	165	33,3
Meta	27	84	32,1
Nariño	70	139	50,4
Norte de Santander	38	81	46,9
Putumayo	18	41	43,9
Quindío	47	73	64,4
Risaralda	42	94	44,7
San Andrés	0	2	0
Santander	65	126	51,6
Santa Marta	18	40	45,0
Sucre	50	120	41,7
Tolima	52	102	51,0
Valle del Cauca	206	406	50,7
Vaupés	0	1	0
Vichada	0	5	0
Colombia	1880	4294	43,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 17 de 35

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 2016, una vez depurada y analizada en conjunto con los referentes de la mayoría de las EAPB se identifica lo siguiente:

- a) Registros de la base de datos original: 1315 registros.
- b) Registros repetidos: 18 registros (1,4 %).
- c) Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso, que corresponde al ajuste 6: 182 registros (13,8 %).
- d) Registros descartados desde la UPGD por error de digitación, que corresponde al ajuste D: 67 registros (5,1 %).
- e) Registros descartados desde el INS por no cumplir definición de caso: 331 registros (25,2 %)
- f) Registros finales en base de datos depurada que cumplen con las definiciones de caso: 717 registros (54,5%). Es importante mencionar que en esta clasificación ingresan aquellos casos que aunque han sido descartados por la UPGD, sí cumplen definición de caso según la información ingresada en el Sivigila y ni la entidad territorial de residencia, ni la EAPB enviaron al INS la justificación del descarte.

Al realizar la depuración de la base de datos se identificaron 331 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).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Tabla N° 7

Casos notificados como sífilis congénita que no cumplen definición de caso, por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

Entidad territorial de notificación	N° de casos que no cumplen	Porcentaje
ANTIOQUIA	25	7,6
ARAUCA	3	0,9
ATLANTICO	8	2,4
BARRANQUILLA	37	11,2
BOGOTA	14	4,2
BOLIVAR	5	1,5
BOYACA	1	0,3
BUENAVENTURA	18	5,4
CALDAS	2	0,6
CARTAGENA	17	5,1
CASANARE	3	0,9
CAUCA	16	4,8
CHOCO	5	1,5
CORDOBA	26	7,9
CUNDINAMARCA	1	0,3
GUAINIA	1	0,3
GUAJIRA	25	7,6
HUILA	5	1,5
MAGDALENA	6	1,8
META	4	1,2
NARIÑO	3	0,9
QUINDIO	6	1,8
RISARALDA	11	3,3
SANTANDER	29	8,8
STA MARTA D.E.	13	3,9
SUCRE	2	0,6
TOLIMA	1	0,3
VALLE	44	13,3
Total	331	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Las entidades territoriales con mayor número de casos no ajustados son: Valle del Cauca, Barranquilla, Santander, Córdoba y Antioquia.

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 1,04 casos por 1000 NV en el 2015; 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

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

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 2016, los casos notificados fueron **717** con una incidencia para Colombia de **1,11** 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 50,8 % (364) de los casos se presentaron en mujeres y el 49,2 % (353) en hombres.

El 83,7 % (600) de los casos de sífilis congénita notificados residen en la cabecera municipal (ver tabla 8).

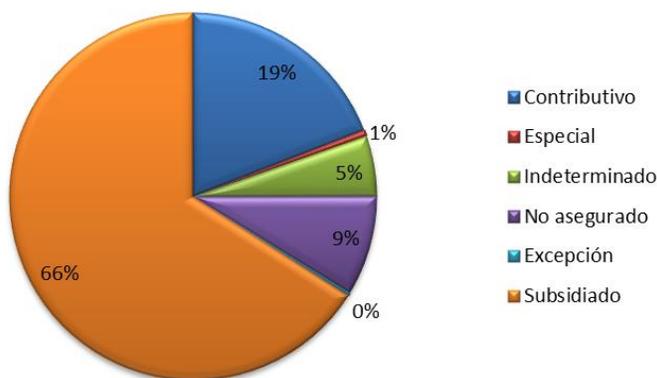
Tabla N° 8
Distribución de casos de sífilis congénita por área de ocurrencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

Área de ocurrencia	# de casos	%
Cabecera municipal	600	83,7
Centro poblado	63	8,8
Rural disperso	54	7,5
Total	717	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado con el 66,0 % (473), la distribución por régimen de seguridad social se muestra en la siguiente figura (ver gráfica 14).

Gráfica N° 14
Distribución de casos de sífilis congénita por tipo de régimen en salud, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



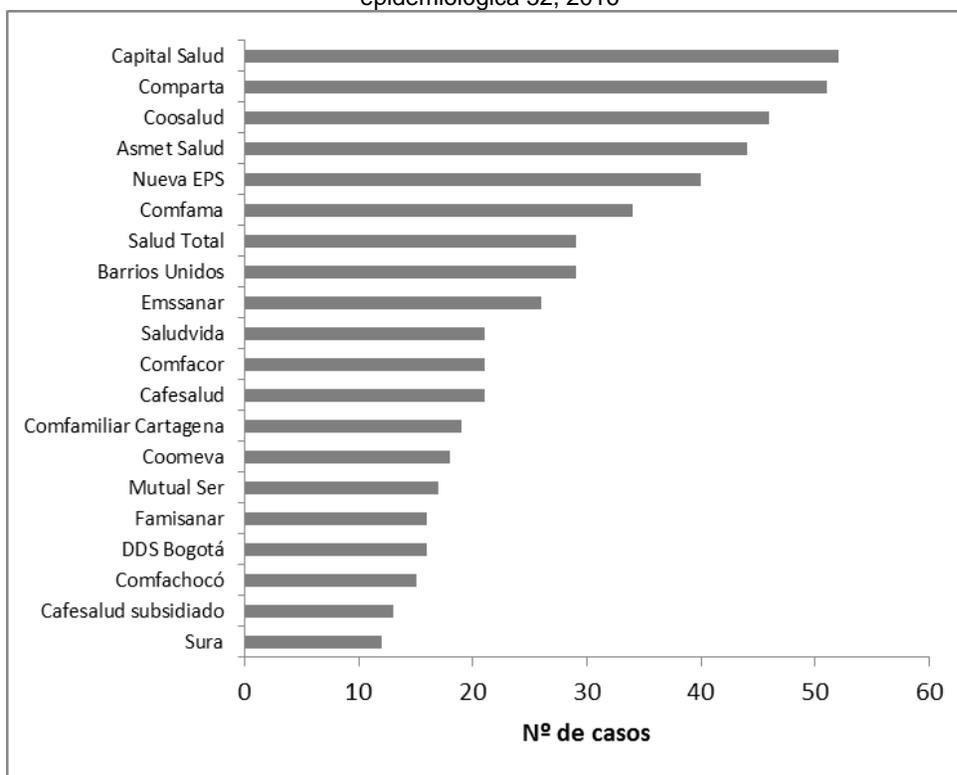
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

El 75,3 % de los casos de sífilis congénita fueron notificados en las siguientes 20 aseguradoras (ver gráfica 15).

Gráfica N° 15

Distribución de casos de sífilis congénita por Entidades administradoras de planes de beneficios, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

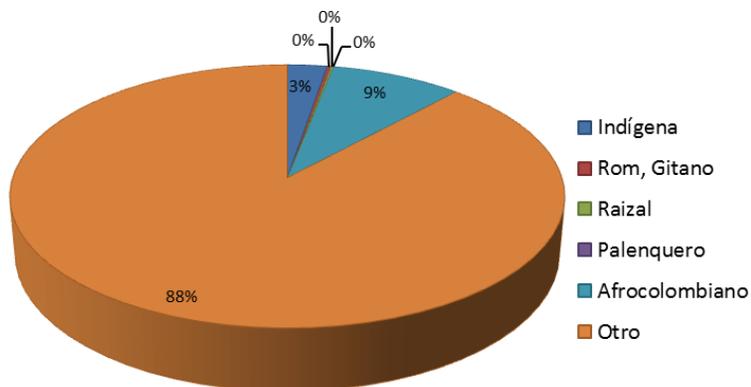


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La proporción de casos en afrocolombianos es del 8,8 %, seguida por la población indígena con un 2,6 % (ver gráfica 16).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

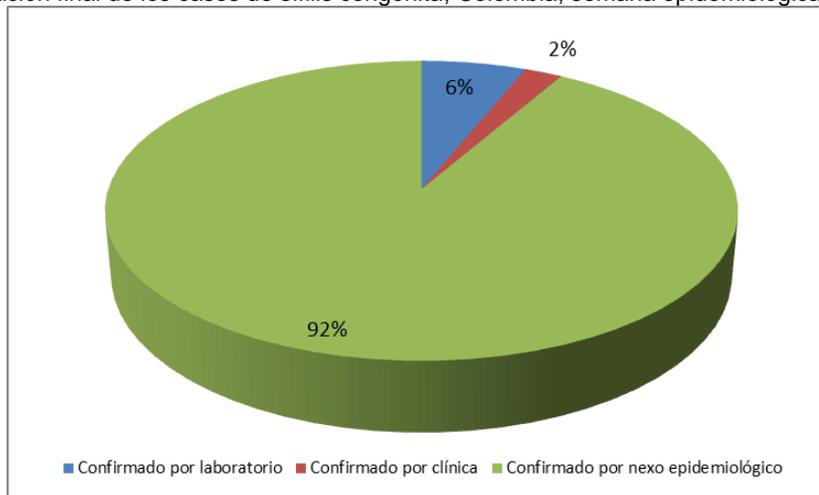
Gráfica N° 16
Distribución de casos de sífilis congénita por pertenencia étnica, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El 91,6 % (657) de los casos de sífilis congénita se confirmaron por nexos epidemiológicos (ver gráfica 17).

Gráfica N° 17
Clasificación final de los casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

De los 717 casos notificados como sífilis congénita, 27 son reportados con condición final muerta hasta la semana epidemiológica 52 de 2016. En la siguiente tabla se observan dichos casos (ver tabla 9).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Tabla N° 9
Muertes atribuibles a sífilis congénita por entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

ET de residencia	Sem	Nombre	Edad	Sexo	Fecha defunción	UPGD	Aseguradora	Causa directa	Causas antecedentes
Bogotá	2	HDBG	8 minutos	F	12/01/2016	Sede Asistencial Samper Mendoza	Comfacundi	Prematurez extrema	Sífilis congénita
Bolívar	2	HDFMC	1 mes	F	16/01/2016	Empresa Social del Estado Clínica Maternidad RAFAE	Comfamiliar Cartagena		
Bogotá	3	HXALM	11 días	F	22/01/2016	Hospital Fontibon Ese Cami II - Fontibon	DDS Bogotá	Corioamionitis	Sífilis congénita
Choco	3	HARSM	16 días	F	23/01/2016	Ese Hospital Departamental San Francisco De Asís	Barrios Unidos	Encefalopatía	Anoxia perinatal
Bogotá	4	HYPH	2 días	F	26/01/2016	Hospital Del Sur Cami Patio Bonto	Compensar	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Bogotá	5	HLMB	3 meses	F	06/02/2016	Hospital Universitario Mayor Mederi	Compensar	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Meta	5	HPAVD	7 días	M	01/02/2016	Inversiones Clínica del Meta SA	Salud Total	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Bogotá	11	HDMPR	8 días	M	15/03/2016	Hospital Departamental De Villavicencio	Capital Salud	Asfisia intrauterina	Sífilis congénita
Meta	11	HMYGM	11 días	F	18/03/2016	Hospital Meissen II Nivel ESE	DDS Meta	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Antioquia	11	HKJSZ	1 mes	F	17/03/2016	ESE Hospital Manuel Uribe Angel	Comfama	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Caquetá	13	HCLCI	3 días	M	01/04/2016	ESE Hospital María Inmaculada	Asmet Salud	Prematurez extrema	Sífilis congénita
Risaralda	13	HSMCG	6 días	M	29/03/2016	Hospital Universitario San Jorge de Pereira	DDS Risaralda	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Bogotá	13	HAMRR	1 mes	F	01/04/2016	Hospital La Victoria Materno Infantil - San Cristobal	Capital Salud	Choque séptico	Sífilis congénita
Valle	14	CARR	6 días	M	09/05/2016	Clínica San Francisco SA	Emssanar	Enterocolitis	Sífilis congénita
Bogotá	16	HDCLH	2 días	M	22/04/2016	Médicos Asociados SA Clínica Federmán	Salud Total	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Bogotá	20	HAPAG	26 días	M	18/05/2016	Hospital San Blas - II Nivel ESE - San Cristobal	Capital Salud	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Caquetá	27	HMIQ	2 días	F	09/07/2016	ESE Hospital María Inmaculada	Asmet Salud	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Santander	30	HRMV	14 días	M	27/07/2016	Hospital Local del Norte	Coosalud	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Bogotá	30	HABVG	4 meses	M	30/07/2016	Hospital Universitario Clínica San Rafael	Cafesalud subsidiado	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Cundinamarca	31	HFMRN	2 meses	M	24/09/2016	Durman medica SAS- Clínica San Rafael de Girardot	Ecoopsos	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Antioquia	31	HEVA	13 días	M	06/08/2016	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	DDS Antioquia	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Antioquia	34	HKJMB	3 días	F	26/08/2016	Universidad Pontificia Bolivariana	Sura	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Bolívar	42	RHYTPL	1 día	F	19/10/2016	Hospital regional Jose David Padilla Villafañe ESE	Barrios Unidos	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Córdoba	43	HKDAV	3 días	M	25/10/2016	ESE Hospital San Jerónimo de Montería	Saludvida		
Bogotá	46	HLVDU	10 días	M	13/11/2016	USS Simón Bolívar Subred Norte ESE	Sanitas	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Bogotá	50	ACA	6 días	F	13/12/2016	UPSS Hospital La Victoria Subred Centro Oriente	Comparta	Sífilis congénita	Sífilis congénita
Nariño	51	RMCM	8 días	M	18/12/2016	Sociedad Las Lajas Ltda	Emssanar		

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

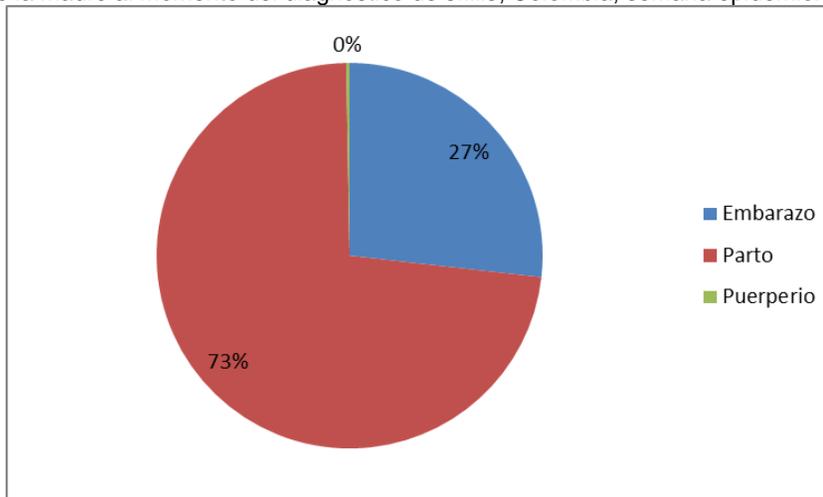
A la fecha se han confirmado 23 muertes por sífilis congénita.

5.3 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 26,8 % (192) de los casos fueron diagnosticados durante el embarazo, el 72,9 % (523) en el parto y el 0,3 % (2) en el puerperio (ver gráfica 18).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Gráfica N° 18
Condición de la madre al momento del diagnóstico de sífilis, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

De las madres de los 717 casos notificados como sífilis congénita, 469 (65,4 %) tuvieron control prenatal, quedando 248 (34,6 %) sin dicha atención.

De las madres de casos de sífilis congénita que tuvieron control prenatal, solamente el 39,2 % lo iniciaron en primer trimestre, al 4,1 % se les realizó la prueba treponémica y al 5,3 % 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 10).

Tabla N° 10
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, 2016

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)	184	39,2	19	4,1	25	5,3
Segundo trimestre (Sem 14-27)	136	29,0	44	9,4	46	9,8
Tercer trimestre (Sem 28-42)	149	31,8	406	86,6	398	84,9
Total	469	100	469	100	469	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Se observa que las madres de los 717 casos de sífilis congénita fueron diagnosticadas en un 89,7 % (643) de los casos en tercer trimestre (ver tabla 11).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Tabla N° 11

Edad gestacional al diagnóstico de las madres de los casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

Edad gestacional al diagnóstico		
Edad gestacional	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	20	2,8
Segundo trimestre (Sem 14-27)	54	7,5
Tercer trimestre (Sem 28-42)	643	89,7
Total	717	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

De las 469 madres que tuvieron control prenatal, el 82,1 % (385 casos) recibió tratamiento con penicilina benzatínica. La edad gestacional al inicio del tratamiento se muestra en la siguiente tabla (ver tabla 12).

Tabla N° 12

Edad gestacional al inicio del tratamiento de las madres de los casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

Edad gestacional al inicio del tratamiento		
Edad gestacional	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	10	2,6
Segundo trimestre (Sem 14-27)	20	5,2
Tercer trimestre (Sem 28-42)	355	92,2
Total	385	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Al 64,2 % (247) de las madres de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 5,5 % (21) dos dosis y al 30,4 % (117) tres dosis.

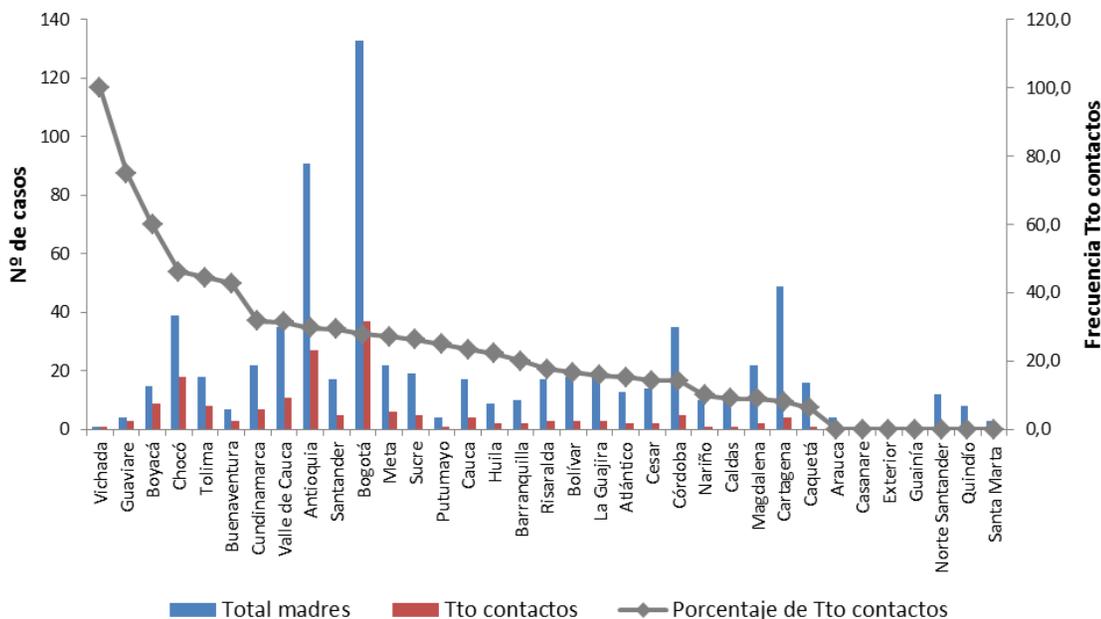
De las 469 madres que tuvieron CPN, 84 (17,9 %) no recibieron tratamiento.

Solamente al 24,5 % (176 casos) de los contactos sexuales de las 717 madres de casos notificados como sífilis congénita, se les administró tratamiento para sífilis. La situación por entidad territorial es la siguiente (ver gráfica 19).

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Gráfica N° 19

Tratamiento de contactos sexuales de madres de casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

De los 717 casos notificados como sífilis congénita el 96,8 % (694) nacieron vivos y se presentaron 23 mortinatos (3,2 %)

De los 694 nacidos vivos el 18,9 % (131 casos) fueron recién nacidos pretérmino (ver tabla 13).

Tabla N° 13

Edad gestacional al nacimiento de los casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

Edad gestacional al nacimiento		
Edad gestacional	# de casos	%
22-27 semanas (inmaduro)	3	0,4
28-36 semanas (prematuro)	128	18,4
37-42 semanas (a término)	563	81,1
Total	694	100

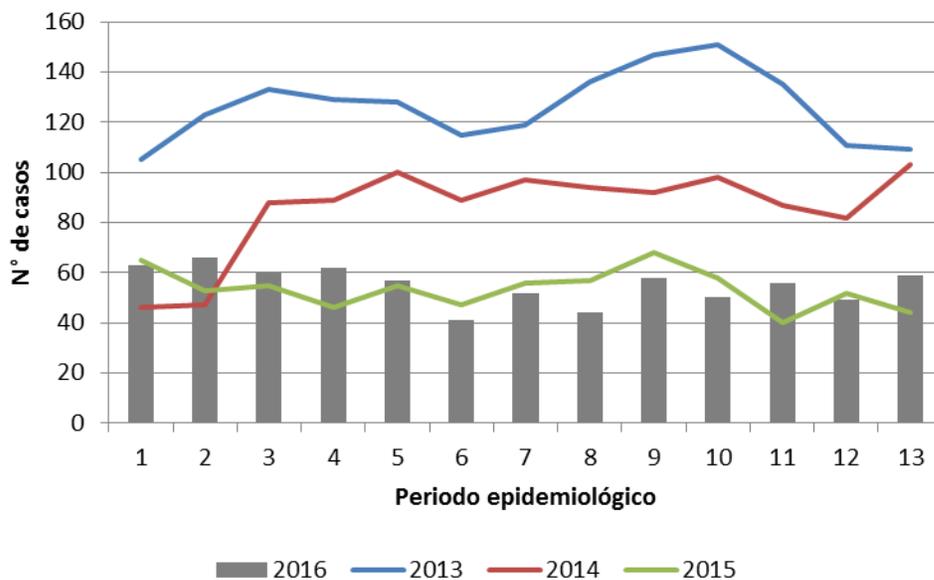
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016. (10)

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

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. El comportamiento de la notificación de sífilis congénita durante el año 2016 tuvo un aumento del 3,0 % respecto a la del año anterior (ver gráfica 20).

Gráfica N° 20
Comportamiento de la notificación de sífilis congénita por periodo epidemiológico, Colombia, periodo XIII, 2013 – 2016

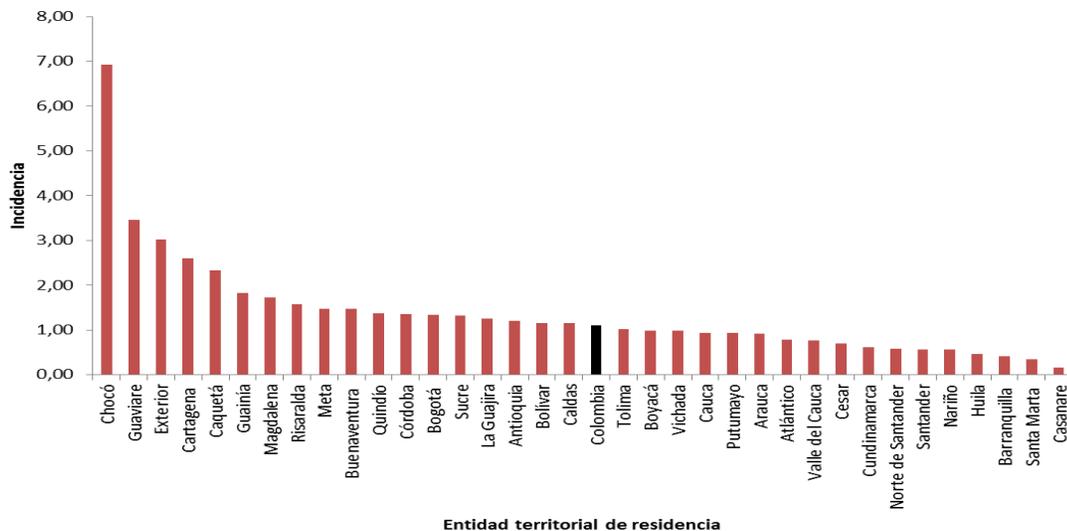


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2016

En la siguiente gráfica podemos observar que las entidades territoriales con mayor incidencia de sífilis congénita son: Chocó, Guaviare, Cartagena, Caquetá y Guainía (ver gráfica 21-22).

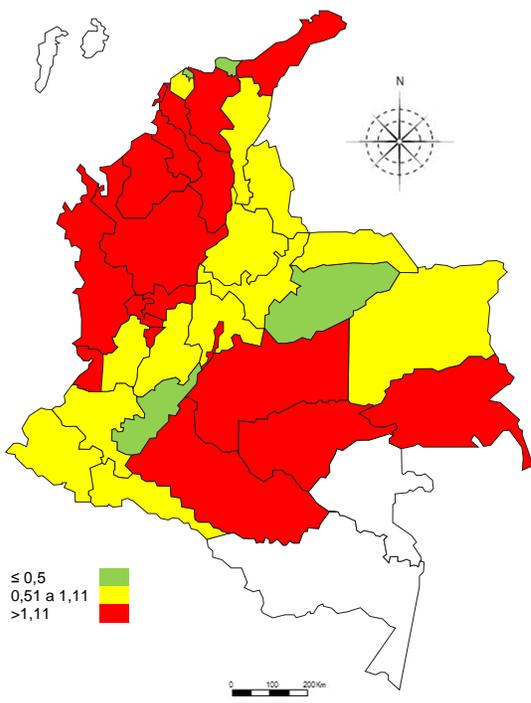
Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Gráfica N° 21
 Incidencia de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

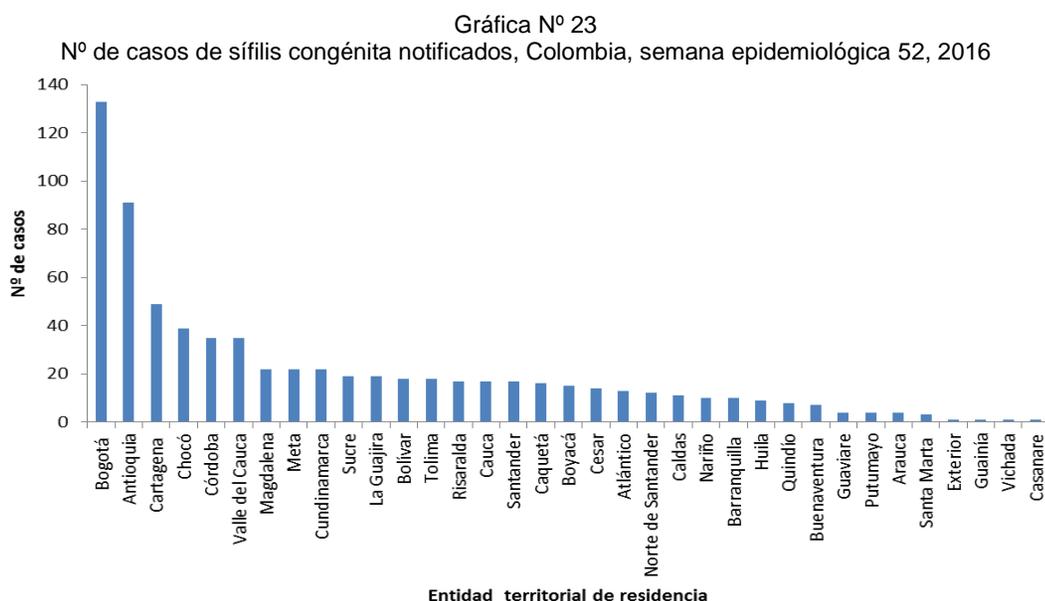
Gráfica N° 22
 Incidencia de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

En la siguiente gráfica podemos observar que las entidades territoriales que más casos notifican son: Bogotá, Antioquia, Cartagena, Chocó y Córdoba (ver gráfica 23).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

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, 3,6 mueren a causa de sífilis congénita (ver tabla 14).

Tabla N° 14
Tasa de mortalidad por sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

Entidad territorial de residencia	No. de muertes	No. de NV+ mortinatos por ET de residencia	Mortalidad
Antioquia	3	75527	4,0
Bogotá	11	99446	11,1
Bolívar	1	15632	6,4
Caquetá	2	6855	29,2
Cundinamarca	1	35776	2,8
Meta	2	14897	13,4
Risaralda	1	10835	9,2
Santander	1	29885	3,3
Valle del Cauca	1	46095	2,2
Colombia	23	646965	3,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

5.5.2 Letalidad por sífilis congénita

Se confirmaron 23 casos fallecidos por sífilis congénita, la letalidad para el país es de 3,2 % a semana 52 (ver tabla 15).

Tabla N° 15
Letalidad por sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

Entidad territorial de residencia	No. de muertes	No. de casos por ET de residencia	Letalidad (%)
Antioquia	3	91	3,3
Bogotá	11	133	8,3
Bolívar	1	18	5,6
Caquetá	2	16	12,5
Cundinamarca	1	22	4,5
Meta	2	22	9,1
Risaralda	1	17	5,9
Santander	1	17	5,9
Valle del Cauca	1	35	2,9
Total	23	717	3,2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

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 2016 se notificaron 27 casos y se han realizado 24 unidades de análisis (ver tabla 16).

Tabla N° 16
Porcentaje de casos de sífilis congénita con condición final muerto analizadas en un COVE, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

Entidad territorial de residencia	No. de muertes analizadas	No. de muertes	Porcentaje de muertes analizadas
Antioquia	3	3	100
Bogotá	11	11	100
Bolívar	1	2	50,0
Caquetá	2	2	100
Chocó	1	1	100
Córdoba	0	1	0
Cundinamarca	1	1	100
Meta	2	2	100
Nariño	0	1	0
Risaralda	1	1	100
Santander	1	1	100
Valle del Cauca	1	1	100
Total	24	27	88,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016. Archivo Grupo ITS

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

5.5.4 Incidencia de sífilis congénita / nacidos vivos + mortinatos

Tabla N° 17

Incidencia de sífilis congénita / nacidos vivos + mortinatos, Colombia, semana epidemiológica 52, 2016

Departamento de residencia	No. de casos	No. de nacidos vivos 2016p	Mortinatos 2016p	Denominador total	Incidencia * (1000 NV+mortinatos)
Amazonas	0	987	9	996	0
Antioquia	91	74838	689	75527	1,20
Arauca	4	4327	35	4362	0,92
Atlántico	13	16375	334	16709	0,78
Barranquilla	10	24102		24102	0,41
Bogotá	133	98644	802	99446	1,34
Bolívar	18	15299	333	15632	1,15
Boyacá	15	15136	120	15256	0,98
Buenaventura	7	4777		4777	1,47
Caldas	11	9552	58	9610	1,14
Caquetá	16	6799	56	6855	2,33
Cartagena	49	18869		18869	2,60
Casanare	1	6240	27	6267	0,16
Cauca	17	18022	209	18231	0,93
Cesar	14	19957	154	20111	0,70
Chocó	39	5536	98	5634	6,92
Córdoba	35	25798	209	26007	1,35
Cundinamarca	22	35505	271	35776	0,61
Exterior	1	326	5	331	3,02
Guainía	1	543	6	549	1,82
La Guajira	19	15054	135	15189	1,25
Guaviare	4	1145	10	1155	3,46
Huila	9	19369	134	19503	0,46
Magdalena	22	12634	173	12807	1,72
Meta	22	14764	133	14897	1,48
Nariño	10	17641	201	17842	0,56
Norte de Santander	12	20274	148	20422	0,59
Putumayo	4	4265	43	4308	0,93
Quindío	8	5813	40	5853	1,37
Risaralda	17	10746	89	10835	1,57
San Andrés	0	879	11	890	0
Santander	17	29658	227	29885	0,57
Santa Marta	3	8522		8522	0,35
Sucre	19	14294	109	14403	1,32
Tolima	18	17541	151	17692	1,02
Valle del Cauca	35	45677	418	46095	0,76
Vaupés	0	472	12	484	0
Vichada	1	1006	14	1020	0,98
Sin dato	0	107	9	116	0
Colombia	717	641493	5472	646965	1,11

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016. DANE

Los datos del denominador son preliminares del año 2016 con corte 31/12/2016 para nacidos vivos y para mortinatos, publicadas el 30/03/2017. Los datos de mortinatos no incluyen muertes fetales con tiempo de gestación ignorado o sin información.

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

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

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 17,3 % (988) de los casos y para sífilis congénita el 25,2 % (331), 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, 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.

La mayoría de los casos ocurren en las cabeceras municipales, tanto para sífilis gestacional como para sífilis congénita con el 82,2 % y el 83,7 % respectivamente, lo que nos indica graves fallas en la adherencia a las GPC aún en zonas urbanas.

Respecto a la pertenencia étnica se observa una cantidad importante de casos en afrocolombianos con el 11,2 % (480) de los casos de sífilis gestacional y el 8,8 % (63) de los casos de sífilis congénita; en indígenas se observa un 2,9 % (124) de los casos de sífilis gestacional y un 2,6 % (19) 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 2016 se determinó la asistencia a Control Prenatal del 83,8 % de las gestantes notificadas con sífilis y solamente del 65,4 % 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 36,5 % se les realizó prueba treponémica en el primer trimestre y prueba no treponémica al 38,0 %; mientras que a las madres de casos de sífilis congénita se les realizó prueba treponémica en primer trimestre solamente al 4,1 % y no treponémica al 5,3 %. 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 las pruebas según el algoritmo diagnóstico. La variable de condición al momento del diagnóstico muestra que aún tenemos un 9,7 % de las gestantes diagnosticadas en el parto, un 3,1 % en el puerperio y un 2,5 % en postaborto; mientras que en las madres de niños con sífilis congénita encontramos un 72,9 % diagnosticadas en el parto y un 0,3 % en el puerperio. Estos resultados nos indican 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 33,4 % (1106) de las gestantes y el 2,6 % (10) 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

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

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

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 utilizando como prueba treponémica la prueba rápida en un 60,9 % (2 614) de los casos, lo cual muestra una mejoría en la adherencia a guías de práctica clínica respecto al año inmediatamente anterior donde el dato era solamente del 19,0 %. El hecho de que no se utilice en el 100 % de los casos puede deberse a la no disponibilidad de las pruebas en todas 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 51,9 % (2 228 casos) de los contactos sexuales de las 4 294 gestantes notificadas con sífilis se les administró tratamiento para sífilis. Respecto a los contactos sexuales de las 717 madres de casos notificados como sífilis congénita, solamente al 24,5 % (176 casos) se les administró tratamiento, a pesar de las consecuencias para el producto 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 91,6 % (657) de los casos se confirman por nexo epidemiológico, 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 694 nacidos vivos el 18,9 % (131 casos) fueron recién nacidos pretérmino. Se observa una letalidad por sífilis congénita notificada a semana 52 de 2016 de 3,2 %; 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.

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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 33 de 35

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

7. CONCLUSIONES

- Los resultados indican 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 25,9 % (1 113), seguido del de 25 a 29 años con el 21,8 % (936), 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 64,9 % (2 785) de los casos de sífilis gestacional y el 66,0 % (473) de los casos de sífilis congénita.
- El análisis de los datos muestra ausencia de control prenatal en un 16,2 % (697) de los casos de sífilis gestacional y en un 34,6 % (248) 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 51,0 % del total de casos de sífilis gestacional inició control prenatal en el primer trimestre y el 39,2 % 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.
- Se observa que un 7,9 % (285) de las gestantes con sífilis y un 17,9 % (84) 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, Guaviare, Cartagena, Caquetá y Guainía. Las entidades territoriales con mayor razón de prevalencia de sífilis gestacional son: Buenaventura, Chocó, Quindío, Magdalena y Arauca.

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 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.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 34 de 35

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

- 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.
- Las entidades territoriales deben realizar seguimiento a los laboratorios que aún reportan FTA-ABS y confirmar que el tipo de prueba treponémica practicada coincida con la reportada.
- 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.
- 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.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO		Versión: 02
				2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001		Página 35 de 35

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

(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) 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>

10. ANEXOS

No aplica.