



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

***ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO
SOCIODEMOGRÁFICO Y
EPIDEMIOLOGICO DE LA SÍFILIS
CONGÉNITA EN COLOMBIA
2008 - 2009***



Soraya Noreña Pera
Alba Yaneth Ramos Alvarez
Amparo Liliana Sabogal Apolinar

INTRODUCCION

- COMPROMISO DE COLOMBIA 1994: Disminuir la tasa de incidencia de Sífilis Congénita a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos antes del año 2.000
- Plan de Eliminación de Sífilis Congénita (PESC) - 1996
- Tamizajes con VDRL/RPR a toda la gestante que asistieran al control prenatal entre el primer y tercer trimestre del embarazo y al momento del parto
- 2000: 0.98 por mil nacidos vivos
- 2007: 1.98 por mil nacidos vivos

Ref: (1) Valderrama, J. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Unidad de VIH/SIDA. OPS. 2005



EL PROBLEMA EN COLOMBIA

- La SÍFILIS CONGÉNITA continúa siendo un problema de salud pública cuyo conocimiento, seguimiento e intervención parecen ser insuficientes, pues no se ha logrado la reducción esperada de casos a pesar de contar con un sistema de seguridad social en salud que debió alcanzar la cobertura universal desde el año 2000, programas de control prenatal de obligatorio cumplimiento y, adicionalmente no se han determinado con exactitud las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población afectada en la actualidad



PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son características epidemiológicas y sociodemográficas de los casos de sífilis congénita notificados al SIVIGILA durante los años 2008-2009, en Colombia?





MARCO TEÓRICO

- El Treponema Pallidum produce daño en el feto después del 4 mes.
- La severidad se relaciona con:
 - Momento en que la madre adquirió la infección (con los estadios de infección materna que cursan durante el embarazo)
 - la carga de TP que infectan al feto
 - la oportunidad de la respuesta inmunológica de la madre.

Características

- Causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* descubierta en 1905 por Schauddin y Hoffman
- Período de incubación de 10 a 90 días, de tres semanas en promedio.
- ESTADÍOS: primaria, secundaria, latente y terciaria

Ref.:(18)Fauci A. S., Braunwald E, Kasper D. L. Principios de Medicina Interna. 17ª ed. México. McGraw Hill. Interamericana Editores. 2009



TRANSMISION DURANTE EL EMBARAZO

- El riesgo de infección del feto durante sífilis materna temprana no tratada: 75 y 95%
- Abortos, muerte neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas.
- Las lesiones se presentan después del cuarto mes, cuando empieza a desarrollarse la competencia Inmunológica



MANIFESTACIONES

El tratamiento adecuado de la madre antes de la 16^o semana de gestación puede prevenir toda lesión fetal.

- **Manifestaciones tempranas**
- **Manifestaciones tardías**
- **Estigmas residuales de la sífilis**

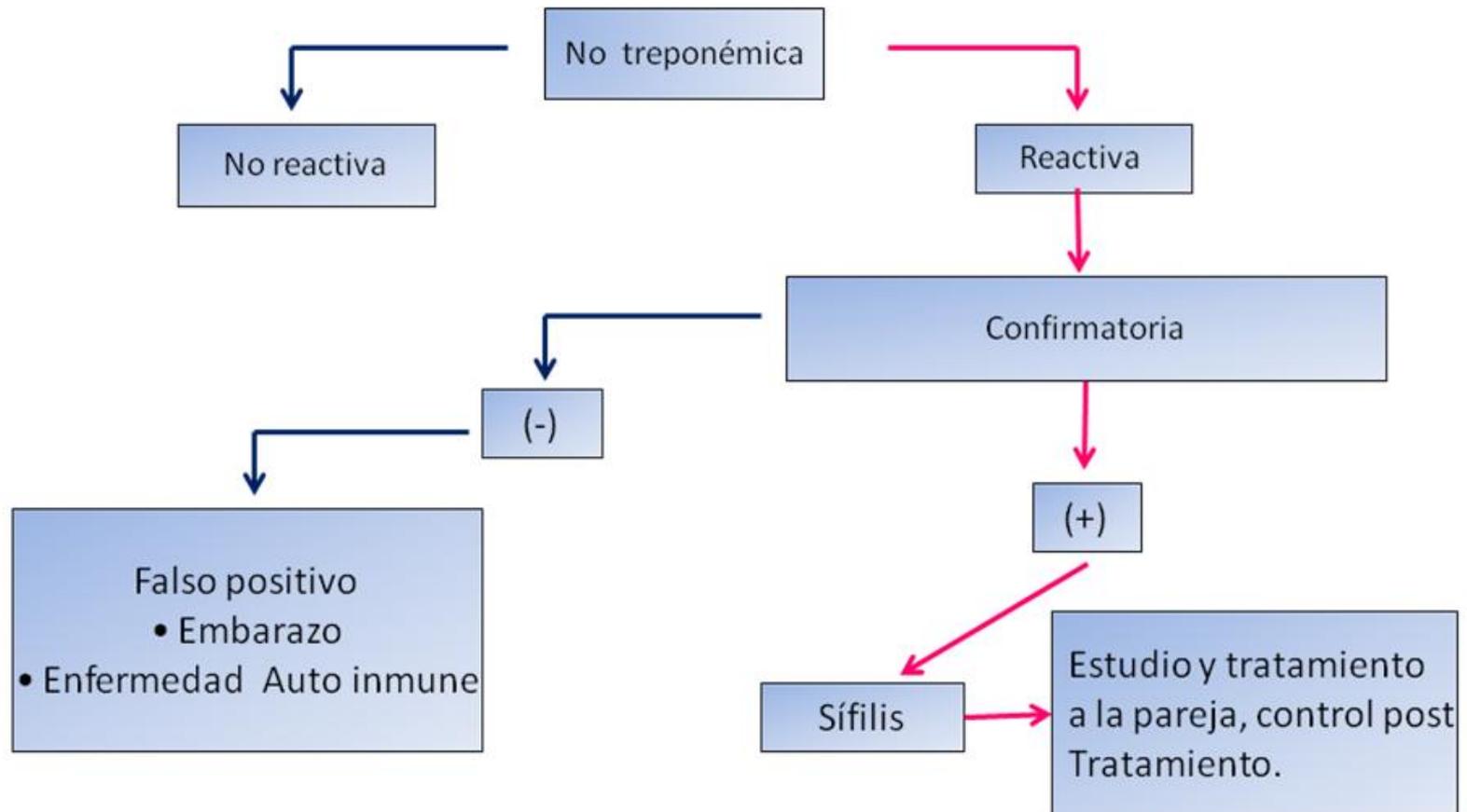


DEFINICIÓN DE CASO

- **Sífilis Congénita**: Fruto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, independientemente que el recién nacido presente o no signos de enfermedad y del resultado de las pruebas no treponémicas en éste
- **Sífilis Gestacional**: Toda mujer gestante, puérpera o con aborto reciente, con prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva mayor o igual a 1:8 diluciones o en menores diluciones (0, 1:2 ó 1:4) con prueba treponémica positiva



Algoritmo para el diagnóstico de la sífilis gestacional



Fuente: Protocolo de Vigilancia y Control de la Sífilis gestacional y congénita. Instituto Nacional de Salud

FLUJOGRAMA DE MANEJO DE SIFILIS CONGENITA

RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE CON PRUEBA NO TREPONÉMICA REACTIVA (VDRL O RPR)

Reportar al SIVIGILA escenarios 1 y 2 como casos de sífilis congénita

Escenario 1

- Examen físico compatible con sífilis congénita;
- Títulos no treponémicos > a 4 veces los maternos (2 diluciones); **ó**
- Campo oscuro o fluorescencia de líquidos corporales positivos

Exámenes:

- VDRL en líquido cefalorraquídeo, conteo de leucocitos y proteínas
- Hemoleucograma y plaquetas
- Rx de huesos largos
- Según clínica: Rx de tórax, función hepática, ecografía de cráneo, evaluación oftalmológica y auditiva

Escenario 2

- Madre no tratada, tratada inadecuadamente o sin registro de tratamiento; **ó**
- Madre tratada con Eritromicina u otro diferente a penicilina; **ó**
- Madre tratada en las últimas 4 semanas del embarazo

Recién nacido con examen físico normal y títulos no treponémicos ≤ a 4 veces los maternos, incluso no reactivos

Escenario 3

- Madre tratada durante el embarazo con tratamiento adecuado según el estadio y *antes* de las últimas 4 semanas del embarazo **y**
- Madre sin evidencia de reinfección o recaída

Escenario 4

- Madre cuyo tratamiento fue adecuado *antes* del embarazo **y**
- Los títulos maternos Permanecieron bajos y estables antes y durante el embarazo y al parto (VDRL ≤ 1:2; RPR ≤ 1:4)

Tratamiento:

- Penicilina G cristalina 100.000 – 150.000 Ud/kg/día, administrando 50.000 UI/kg/dosis IV cada 12 horas los primeros 7 días de vida y luego 50.000 UI/kg/dosis IV cada 8 horas hasta completar 10 días **ó**
- Penicilina G procaínica 50.000 Ud/kg/día IM en dosis única diaria por 10 días. No recomendada en nuestro medio.
- Penicilina Benzatínica 50.000 UI/ kg/ dosis IM en dosis única es otra opción para **Escenario 2** pero no la sugerida en nuestro medio.
- En caso de compromiso del SNC (VDRL reactivo **ó** proteínas >40 mg/dl **ó** leucocitos > 5/mm³): se recomienda Penicilina cristalina por 14 días

No requiere exámenes, fuera del VDRL

Tratamiento:

- Penicilina benzatínica 50.000 UI/ kg/ dosis IM en dosis única

Seguimiento (todos los escenarios):

- Clínico y Serológico : 3, 6, 12 meses
- Si la prueba no treponémica inicial es reactiva, el seguimiento se hace hasta que sea no reactiva o disminuya cuatro veces
- Cuando hubo compromiso SNC: Análisis del LCR: C/ 6 meses hasta que sea negativo

*Basado en: Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. Centers for Disease Control and Prevention. Con modificaciones NACER, Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia .

JUSTIFICACIÓN

- Disponibilidad de pruebas diagnósticas
- Tratamiento: penicilina
- El tamizaje prenatal, seguido del tratamiento de todas las mujeres serorreactivas, es costo-efectivo, económico y posible de realizar.
- Para prevenir y eliminar la sífilis congénita, el personal de salud en general, los formuladores de políticas, gestores de servicios de salud, así como las usuarias de estos y sus familias, deben entender la magnitud y la gravedad de este problema, especialmente entre las mujeres y los niños



OBJETIVO GENERAL

- Describir el comportamiento sociodemográfico y epidemiológico en Colombia de la Sífilis congénita en los años 2008 y 2009 utilizando la información suministrada por el Sivigila .



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la realización de control prenatal en las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita, concomitantemente con la edad gestacional al momento de iniciar dicho control
- Determinar la edad gestacional al momento de la primera serología, y a la terminación del tratamiento de dichas gestantes.
- Identificar las ITS asociadas, en las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita
- Describir el sitio de atención del parto de las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita
- Describir el estado del producto al momento del nacimiento



- Identificar el número de casos de sífilis congénita en Colombia reportados al SIVIGILA en el 2008 y 2009, y la edad de los niños al momento de la notificación.
- Determinar el porcentaje de los niños afectados que requieren hospitalización, describiendo las características del tratamiento suministrado y su condición final
- Determinar las características de la población colombiana afectada por sífilis congénita (género, grupo poblacional, pertenencia étnica)
- Describir la frecuencia de notificación de casos de sífilis congénita por régimen de seguridad social.





- Describir la notificación de los casos de sífilis congénita por periodos epidemiológicos
- Calcular la incidencia de la sífilis congénita y la mortalidad por departamento.
- Determinar las áreas de residencia habitual en donde se presentan el mayor número de casos de Sífilis congénita y los departamentos de los cuales procede el mayor número de reportes.

Diseño:

Estudio es de tipo descriptivo retrospectivo de fuente secundaria. En él se utilizaron las bases de datos de enero a diciembre de los años 2008 – 2009, aportadas por el sistema de notificación individual del SIVIGILA.

Población:

Todos los registros de productos de gestaciones notificados como casos de sífilis congénita al Sivigila en los años 2008 y 2009. Para 2008 se analizaron 1808 casos y para 2009, 1792 casos, fruto de la depuración de las bases de datos proporcionadas por el SIVIGILA .



Variables

- Año al que pertenece la Base de Datos de SIVIGILA
- Asistencia a Control Prenatal
- Edad Gestacional al inicio del control prenatal
- Edad gestacional a la fecha del resultado de la primera serología.
- Edad gestacional a la terminación del tratamiento.
- ITS asociadas, en las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita.
- Sitio de atención del parto
- Fecha de nacimiento del recién nacido.
- Edad del niño al momento del Diagnóstico.
- Género del menor afectado.



- Estado del producto al momento del nacimiento.
- Hospitalización del niño.
- Administración de tratamiento al niño.
- Tipo de tratamiento suministrado al menor.
- Medicamento administrado
- Esquema completo del tratamiento.
- Condición final del niño al egreso
- Pertenencia étnica de los casos.
- Grupo poblacional de los casos
- Régimen de seguridad social
- Semana epidemiológica en la que se notifica el caso.
- Departamento de residencia de los casos de Sífilis Congénita
- Área de residencia de los casos de Sífilis congénita

FUENTES DE INFORMACIÓN

El presente estudio utilizó como origen de la información secundaria la Base de Datos de notificación obligatoria de Sífilis Congénita del SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud correspondiente a los años 2008 y 2009, previa autorización de la entidad. Los datos suministrados por las bases de datos fueron exportados a una hoja de cálculo de Excell 2007.



CALIDAD DEL DATO

Las bases de datos fueron depuradas teniendo en cuenta:

- Se eliminaron los duplicados, es decir registros idénticos.
- Se eliminaron los casos notificados como tipo de caso descartado.
- Se eliminaron los casos en los que por la edad de la paciente se presume que notificaron el caso de la gestante y no del niño.
- Se eliminaron los repetidos, que son registros del mismo paciente, pero realizados en diferentes momentos y/o con algún(os) dato(s) diferente(s).
- Para la decisión de cuál de los registros repetidos eliminar se tuvieron en cuenta:
 - Los registros con la mayor cantidad de datos diligenciados
 - Los registros en los que se especifica el tratamiento recibido
 - Los registros en los que se tiene el dato de laboratorio
 - Los registros con los datos de la gestación
 - Los registros con fecha de ajuste más reciente



CALIDAD DEL DATO

- En el 2008 se contaba inicialmente con 2041 casos, de estos se eliminaron 9 duplicados, 112 casos notificados como tipo de caso descartado, 109 casos repetidos, 2 casos que se presume son de gestantes y 1 caso del exterior, quedando finalmente 1808 casos para analizar, que corresponden al 88.6% de los casos iniciales.
- En el 2009 se contaba inicialmente con 2097 casos, de estos se eliminaron 12 duplicados, 216 casos notificados como tipo de caso descartado, 75 casos repetidos y 2 casos que se presume son de gestantes, quedando finalmente 1792 casos para analizar, que corresponden al 85.4% de los casos iniciales.

PLAN DE ANÁLISIS

Nº	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
5.2.1	Caracterizar la realización de control prenatal en las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita, concomitantemente con la edad gestacional al momento de iniciar dicho control	Se obtuvieron frecuencias y Proporciones
5.2.2	Determinar la edad gestacional al momento de la primera serología, y a la terminación del tratamiento de dichas gestantes.	Se obtuvieron frecuencias y Proporciones
5.2.3	Identificar las ITS asociadas, en las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita	Se obtuvieron frecuencias y Proporciones
5.2.4	Describir el sitio de atención del parto de las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita	Se obtuvieron frecuencias y Proporciones
5.2.5	Describir el estado del producto al momento del nacimiento	Se obtuvieron frecuencias y Proporciones
5.2.6	Identificar el número de casos de sífilis congénita en Colombia reportados al SIVIGILA en el 2008 y 2009, y la edad de los niños al momento de la notificación.	Se obtuvieron frecuencias, incidencias, promedios y desviaciones estándar



PLAN DE ANÁLISIS

Nº	Objetivos específicos	Análisis estadístico
5.2.7	Determinar el porcentaje de los niños afectados que requieren hospitalización, describiendo las características del tratamiento suministrado y su condición final	Se obtuvieron frecuencias y Proporciones
5.2.8	Determinar las características de la población colombiana afectada por sífilis congénita (género, grupo poblacional, pertenencia étnica)	Se obtuvieron frecuencias y Proporciones
5.2.9	Describir la frecuencia de notificación de casos de sífilis congénita por régimen de seguridad social.	Se obtuvieron frecuencias y Proporciones
5.2.10	Describir la notificación de los casos de sífilis congénita por periodos epidemiológicos	Se obtuvieron Frecuencias
5.2.11	Calcular la incidencia de la sífilis congénita y la mortalidad por departamento.	Se obtuvieron incidencias y Frecuencias
5.2.12	Determinar las áreas de residencia habitual en donde se presentan el mayor número de casos de Sífilis congénita y los departamentos de los cuales procede el mayor número de reportes.	Se obtuvieron frecuencias y proporciones

ASPECTOS ÉTICOS

- En concordancia con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993, por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, corresponde a lo descrito en su artículo 11, numeral “a): **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención





RESULTADOS

- En el año 2008, fueron reportados en total, al SIVIGILA 1.808 casos de Sífilis Congénita, mientras que en el 2009, fueron 1.792 casos.
- Durante los dos años evaluados, la edad promedio de notificación fue de 16 días con un mínimo de 0 días un máximo de 330 días, y con una desviación estándar de 38.
- En el año 2008, 56.4% de los casos (1020 casos) corresponde al género masculino y 43.6% (788 casos) al género femenino. En el año 2009, 53.9% (966 casos) corresponde al sexo masculino y 46.1% (826 casos) al sexo femenino.

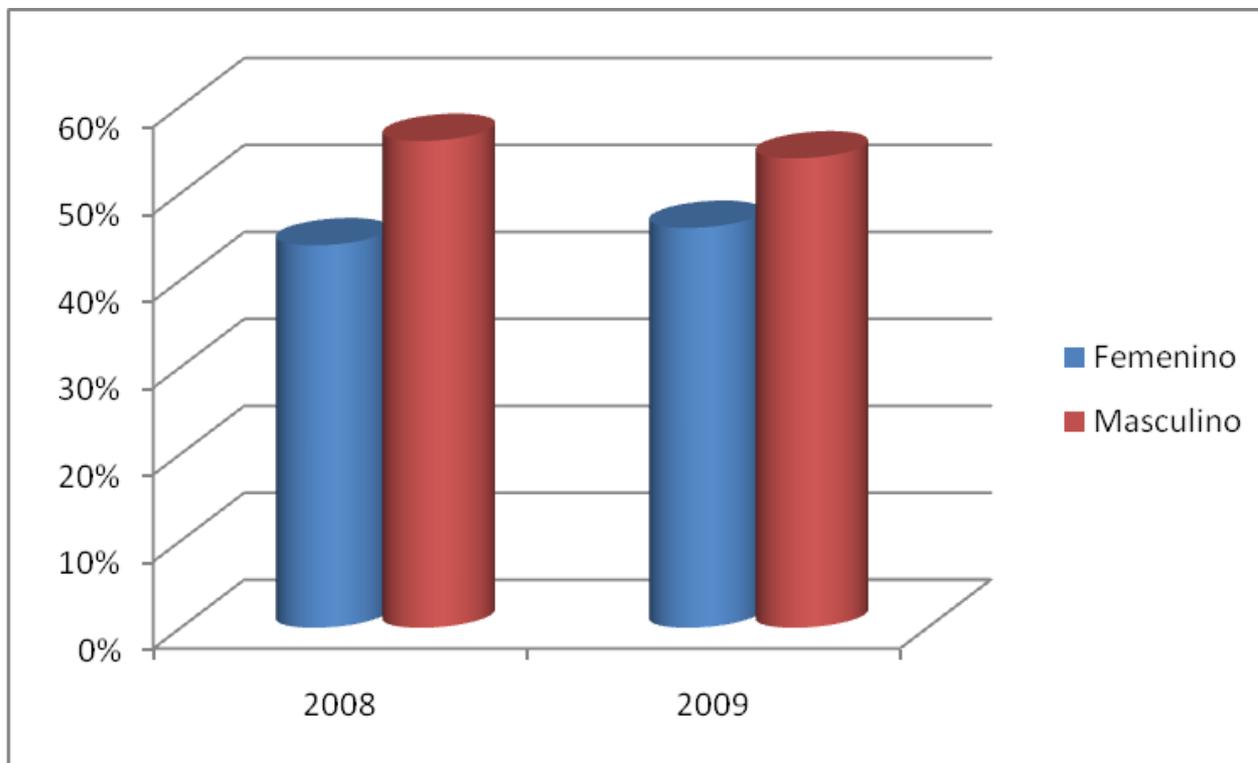


Figura N° 3. Distribución de los casos de sífilis congénita por género 2008-2009

El estado de los productos al momento del nacimiento en el año 2008 se distribuyó en: vivo 98.2% (1776 casos), aborto 1.2% (20 casos) mortinato 0.2% (4 casos), y sin dato 0.1% (2 casos), mientras que en el año 2009, se distribuyeron como vivo 97% (1747 casos), aborto 1% (24 casos) mortinato 0.9% (16 casos), y sin dato 0.1% (2 casos)

Tabla 11. Distribución de los casos de sífilis congénita de acuerdo al estado del producto al momento del nacimiento. Colombia. 2008 – 2009

Estado del producto al momento del nacimiento	2008		2009	
	Nº	%	Nº	%
No aplica	6	0,3	3	0,2
Vivo	1776	98,2	1747	97,5
Aborto	20	1,2	24	1,3
Mortinato	4	0,2	16	0,9
Sin Dato	2	0.1	2	0.1
Total	1808	100	1792	100

En el año 2008 promedio de días entre el día de nacimiento y el día de consulta fue de 6.9 con una desviación estándar de 26 y entre el día de la consulta y la hospitalización 0.3 días, con desviación estándar de 1.6 es decir fue inmediata.

El promedio de días entre el día de nacimiento y el día de consulta fue de 2.4 con una desviación estándar de 18 y entre el día de la consulta y la hospitalización 0.1 días, con desviación estándar de 2.8 es decir fue inmediata

Encontramos que en el año 2008 y 2009 el 85.2% y el 85.7% de los casos totales notificados como sífilis congénita recibieron tratamiento y el 14.8% y 14.3% no recibieron tratamiento (se encuentran incluidos los abortos y mortinatos).

Con relación al tratamiento del menor	2008		2009	
	Nº	%	Nº	%
Recibió tratamiento				
SI	1540	85.2	1536	85.7
NO	268	14.8	252	14.3

En el año 2008 de los Recién Nacidos vivos notificados con Sífilis congénita el 89% (1589 casos) fueron hospitalizados, de estos el 78.6% (1212 casos) recibió tratamiento intrahospitalario y el 21.4%(328 casos) ambulatorio.

En el año 2009 de los Recién Nacidos vivos notificados con Sífilis congénita el 93% (1636 casos) fueron hospitalizados, de estos el 81% (1243 casos) recibió tratamiento intrahospitalario, y el 19%(294 casos) ambulatorio

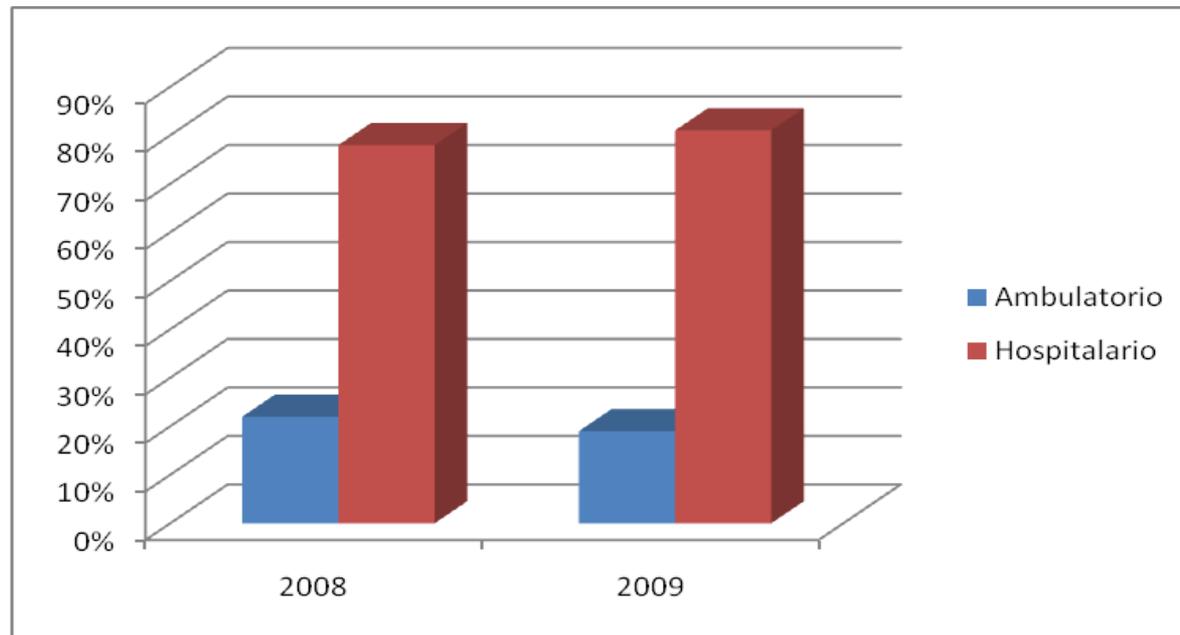


Figura 4. Tipo de Tratamiento administrado a los niños con sífilis congénita. Colombia. 2008-2009

En el año 2008 el esquema de tratamiento fue completo en el 85% (1309) de los casos y en el año 2009, en el 84% (1295) de estos

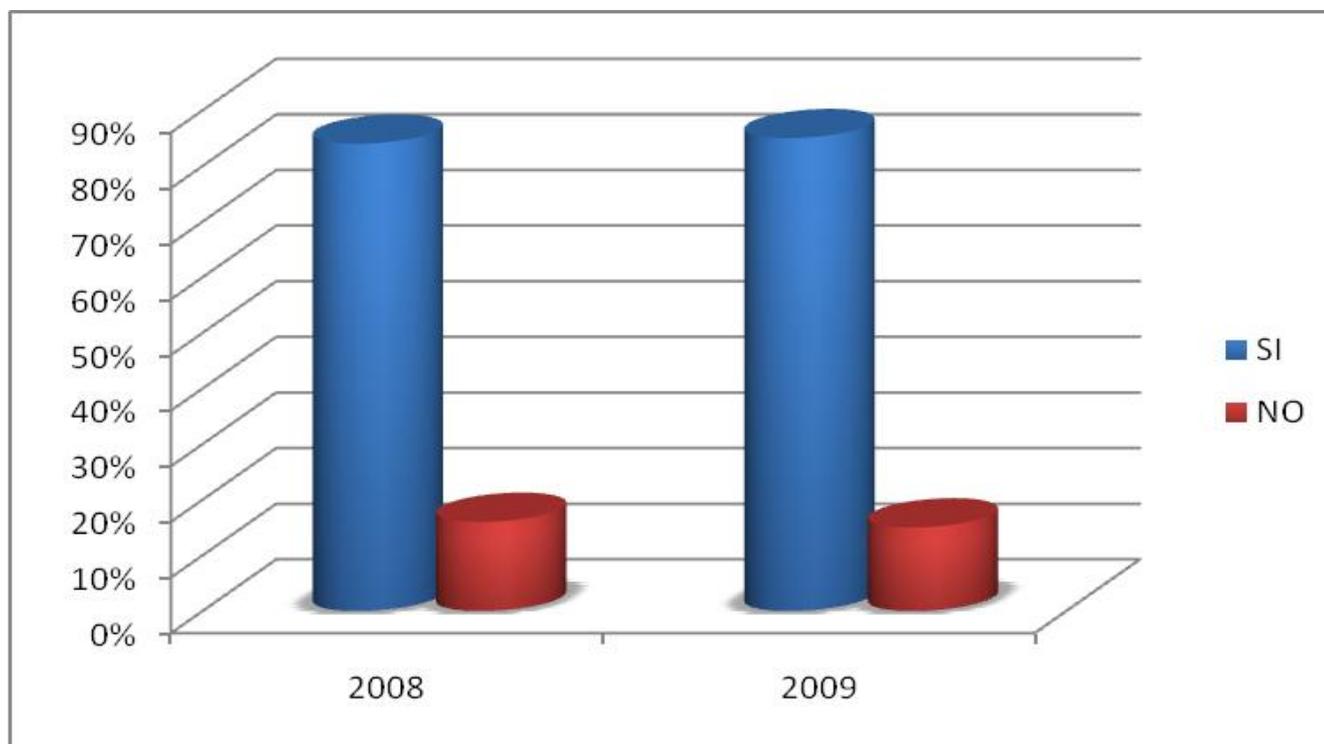


Figura 5. Administración de tratamiento completo a los niños con sífilis congénita. Colombia 2008-2009

Los medicamentos utilizados para el tratamiento en el año 2008 fueron Penicilina Cristalina 71.3 % (1095), Penicilina Benzatínica 17.1% (262), y otros medicamentos no avalados como Amikacina y Metronidazol óvulos 11.6% (178), y en el año 2009 fueron Penicilina Cristalina 78.1% (1203), Penicilina Benzatínica 20.0% (308), y otros medicamentos no avalados como Amikacina, Metronidazol óvulos 1.9% (30)

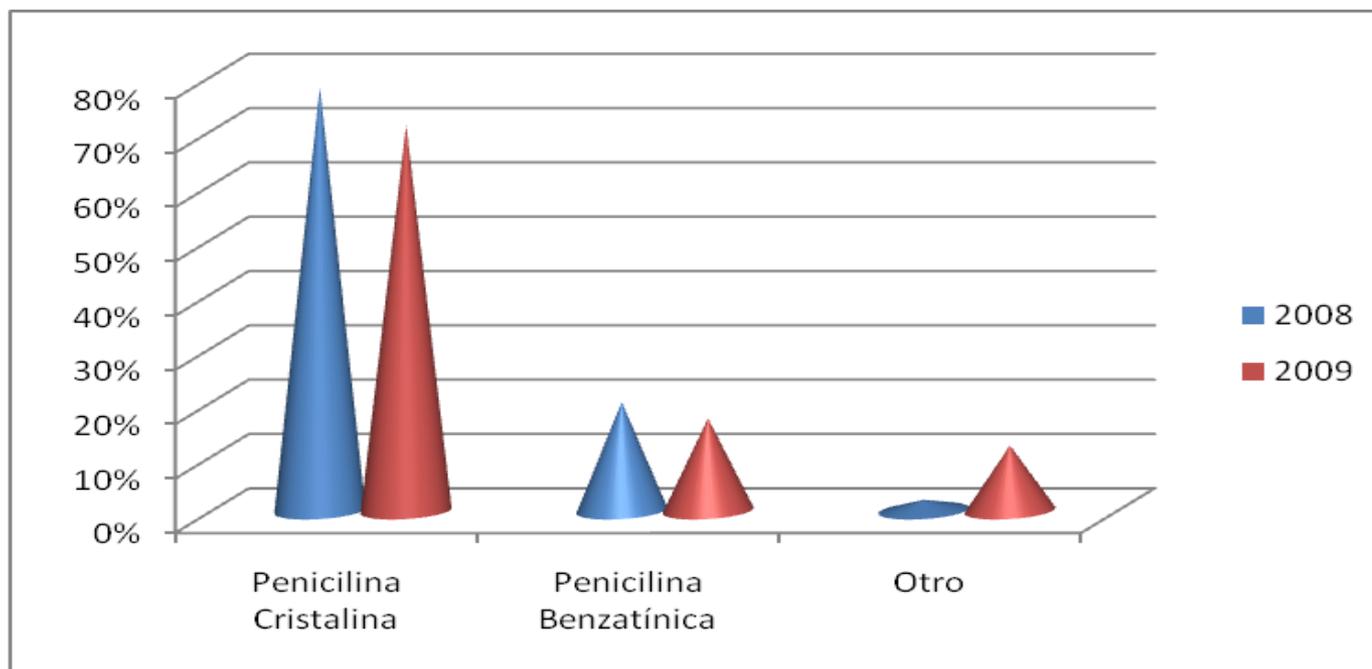


Figura 6. Medicamento suministrado a los niños con sífilis congénita. Colombia 2008-2009

En el año 2008 se hospitalizaron 1589 niños con sífilis congénita de los cuales fallecieron 15 es decir el 0.9%.

En el año 2009 se hospitalizaron 1636 niños con sífilis congénita de los cuales fallecieron 17 es decir el 1.0%.

Asistió a Control Prenatal, en el año 2008 el 66.2 % (1197 casos) de las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita, mientras en el año 2009 asistió el 65.1% (1167 casos).

En el 2008, el (61.9%), de las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita ingresa al control prenatal en las primeras 20 semanas gestación, al igual que en el 2009 (59.9%).

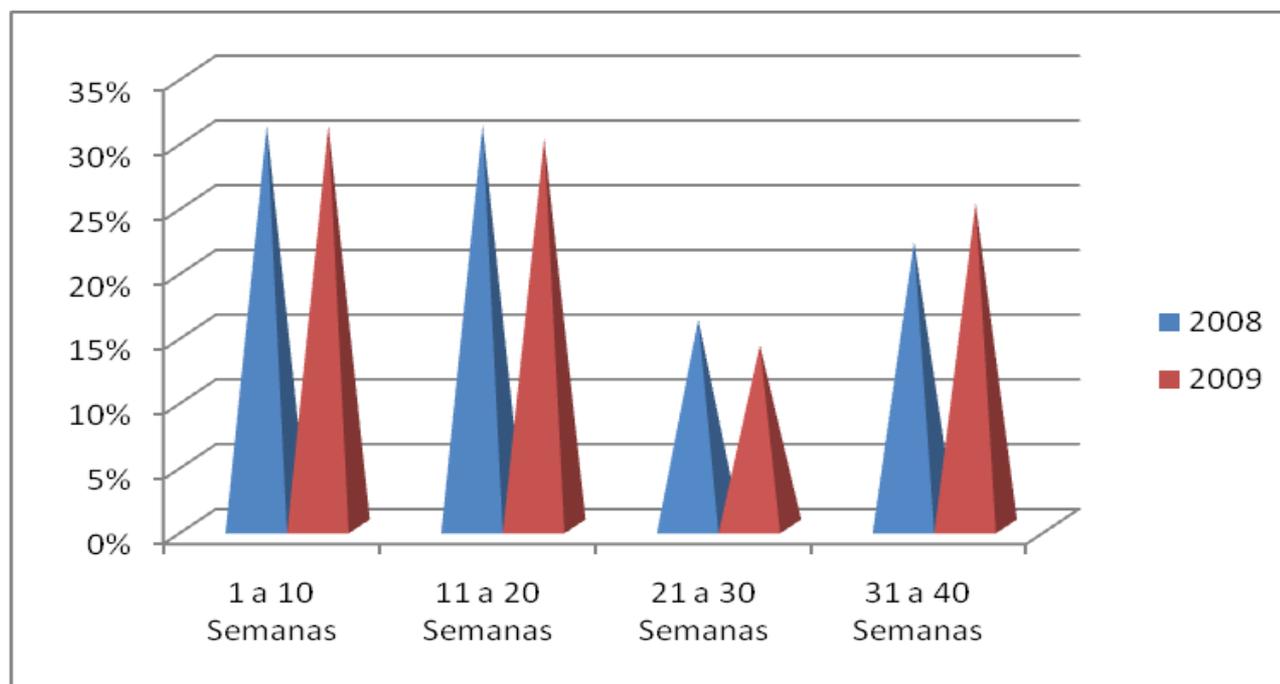


Figura 7. Edad gestacional al inicio del control prenatal de las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita. Colombia. 2008 – 2009

En el 2008 el 68.7% de las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita obtuvieron el resultado de la primera serología antes de la semana 20 de gestación en el 2009 fue el 52.8%

Tabla 13. Distribución de la edad gestacional a la fecha del resultado de la primera serología de las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita.
Colombia. 2008 – 2009

Edad gestacional	2008		2009	
	Nº	%	Nº	%
1 a 10 Semanas	339	28	319	27
11 a 20 Semanas	484	40	297	25
21 a 30 Semanas	247	21	218	20
31 a 40 Semanas	127	12	333	28
Total	1197	100	1167	100

En el año 2008, se finalizó el tratamiento al 45.7% de las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita en las primeras 20 semanas de gestación, mientras que en el 2009 fue al 40.2%

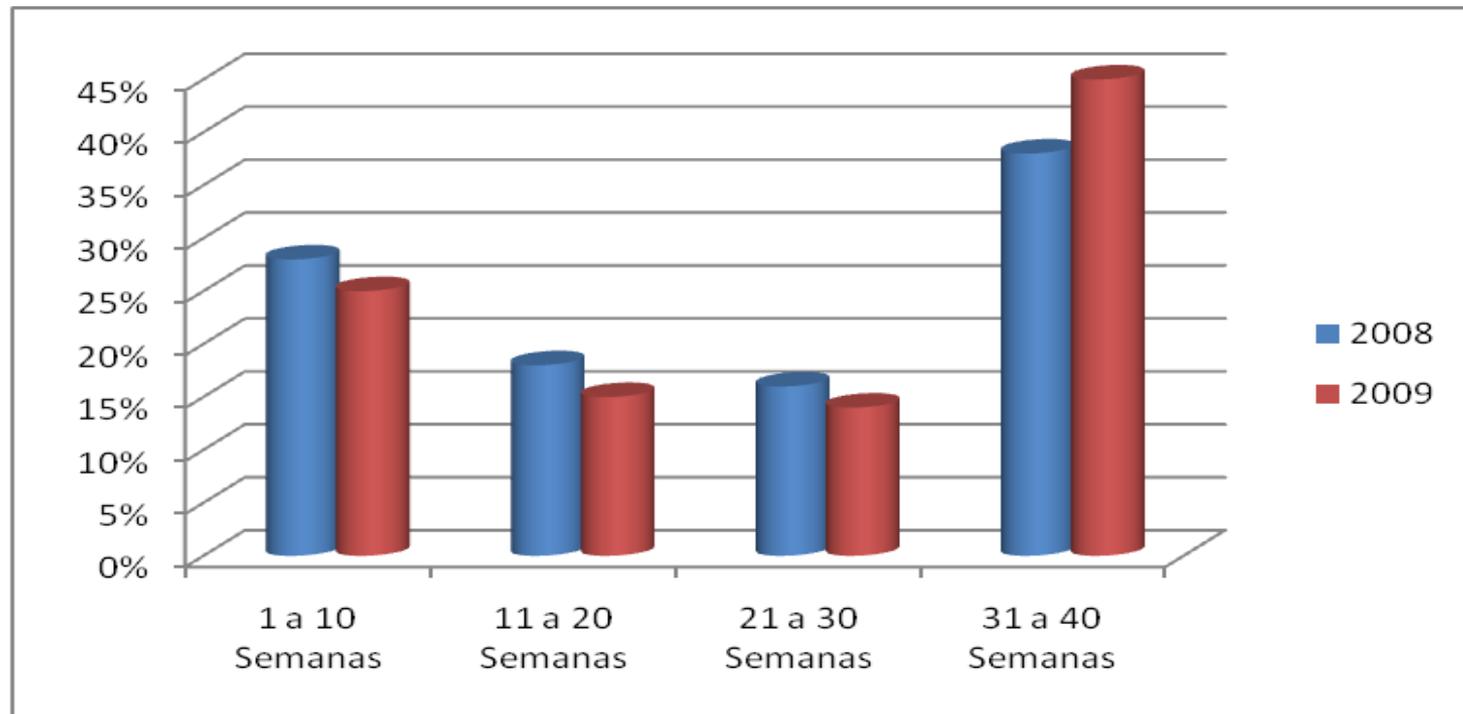


Figura 8. Distribución de la edad gestacional a la finalización del tratamiento de las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita. Colombia. 2008 –2009

Tabla 14. Características del tratamiento suministrado a las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita. Colombia. 2008 – 2009

	2008		2009	
	Nº	%	Nº	%
Con relación al tratamiento de la Gestante				
Presentación de alergia en la madre al tratamiento				
SI	128	7	129	7
NO	1681	93	1663	93
De sensibilización				
SI	199	11	254	14
NO	1610	89	1538	86



En los años 2008 - 2009 el parto fue hospitalario en el 91% y 90.8% de los casos respectivamente

Tabla 15. Sitio de atención del parto de las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita. Colombia. 2008 – 2009

Sitio de Atención del parto de la gestante con sífilis	2008		2009	
	Nº	%	Nº	%
No aplica	6	0.3	3	0.2
Hospital	1646	91	1628	90.8
Domicilio	95	5.3	103	5.8
Otros	61	3.4	58	3.2

Cuando se analiza la presencia de otras ITS en las madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita, encontramos 0.8% (14 casos) en el 2008 y 1.8% (33 casos) en el 2009 de comorbilidad con VIH; con Hepatitis B se encontraron 8.7% (158 casos) en 2008 y 10.9% (195 casos) en el 2009. Coincidieron las tres infecciones en 0.4% en los dos años con 7 y 8 casos respectivamente

Tabla 16. Distribución de otras ITS asociadas a sífilis en madres de los productos notificados como casos de sífilis congénita. Colombia. 2008 - 2009

ITS asociadas con sífilis en las gestantes	2008		2009	
	Nº	%	Nº	%
VIH	14	0.8	33	1.8
Hepatitis B	158	8.7	195	10.9
Ninguna	1629	90	1556	86.9
Ambas	7	0.4	8	0.4

Con relación a la pertenencia étnica, en el año 2008 los casos de sífilis congénita pertenecen a la población indígena en un 2.3% (41 casos), gitano ROM en un 0,8% (15 casos), palenqueros en un 0,1% (1 caso), negro, mulato, afrocolombiano en 16,9% (306 casos), y otros en 79,4% (1438 casos)

En el año 2009 la distribución fue 2.2% (39 casos) Indígena, 0.4% (8 casos) ROM gitano, 0.9% (17 casos) raizal, 0% (0 casos) Palanquero, 18.8% (338 casos) Negro, mulato, afro colombiano, y 77.5% (1390 casos) otros.

Tabla 17. Distribución de los casos de sífilis congénita por pertenencia étnica. Colombia. 2008 – 2009

Etnia	2008		2009	
	Nº	%	Nº	%
Indígena	41	2,3	39	2,2
ROM Gitano	7	0,5	8	0,5
Raizal	15	0,8	17	0,9
Palanquero	1	0,1	0	0
Negro, Mulato, Afro colombiano	306	16,9	338	18,8
Otros	1438	79,4	1390	77,6

La observación de los casos de sífilis congénita de acuerdo al grupo poblacional permite identificar una distribución muy similar en los años 2008-2009, así: 0.4%(8 casos) y 0.2% (4 casos) son migratorios, 0.3% (5 casos) y 0.1% (2 casos) pertenecen a la población carcelaria, 98.4 % (1779 casos) y 98.9% (1774 casos), otros grupos poblacionales, 0.9% (16 casos) y 0.8% (12 casos) son desplazados.

Tabla 18. Distribución de los casos de sífilis congénita por grupo poblacional Colombia. 2008 – 2009

Grupo Poblacional	2008		2009	
	Nº	%	Nº	%
Migratorios	8	0,4	4	0,2
Población Carcelaria	5	0,3	2	0,1
Otros Grupos poblacionales	1779	98,4	1774	98,9
Desplazados	16	0,9	12	0,8

Se puede observar que durante los dos años, el 82 % de los casos notificados de sífilis congénita viven en la cabecera municipal, 8% en centros poblados es decir el 90% proceden del área urbana y el 10% viven en área rural disperso

Tabla 19. Distribución de los casos de sífilis congénita por área de residencia Colombia. 2008 – 2009

Área de residencia	2008		2009	
	Nº	%	Nº	%
Cabecera Municipal	1493	82,6	1460	81,4
Centro Poblado	147	8,1	154	8,7
Rural Disperso	168	9,3	178	9,9

Los datos que indican el régimen de seguridad social al que se encuentra afiliado el paciente en el año 2008, se observa que 16.2% (293 casos) se encuentra en el contributivo, 43% (779 casos) en el subsidiado, 1.3% (23 casos) hace parte de regímenes especiales, 0.9% (16 casos) está en regímenes de excepción, y 38.6% (697 casos) no tenían afiliación. Se presenta la siguiente distribución en el año 2009: 13.9% (249 casos) en el contributivo, 50.8% (911 casos) en el subsidiado, 0.6% (11 casos) en regímenes especiales, 0.3% (5 casos) en regímenes de excepción y 34.3% (616 casos) no tenían afiliación

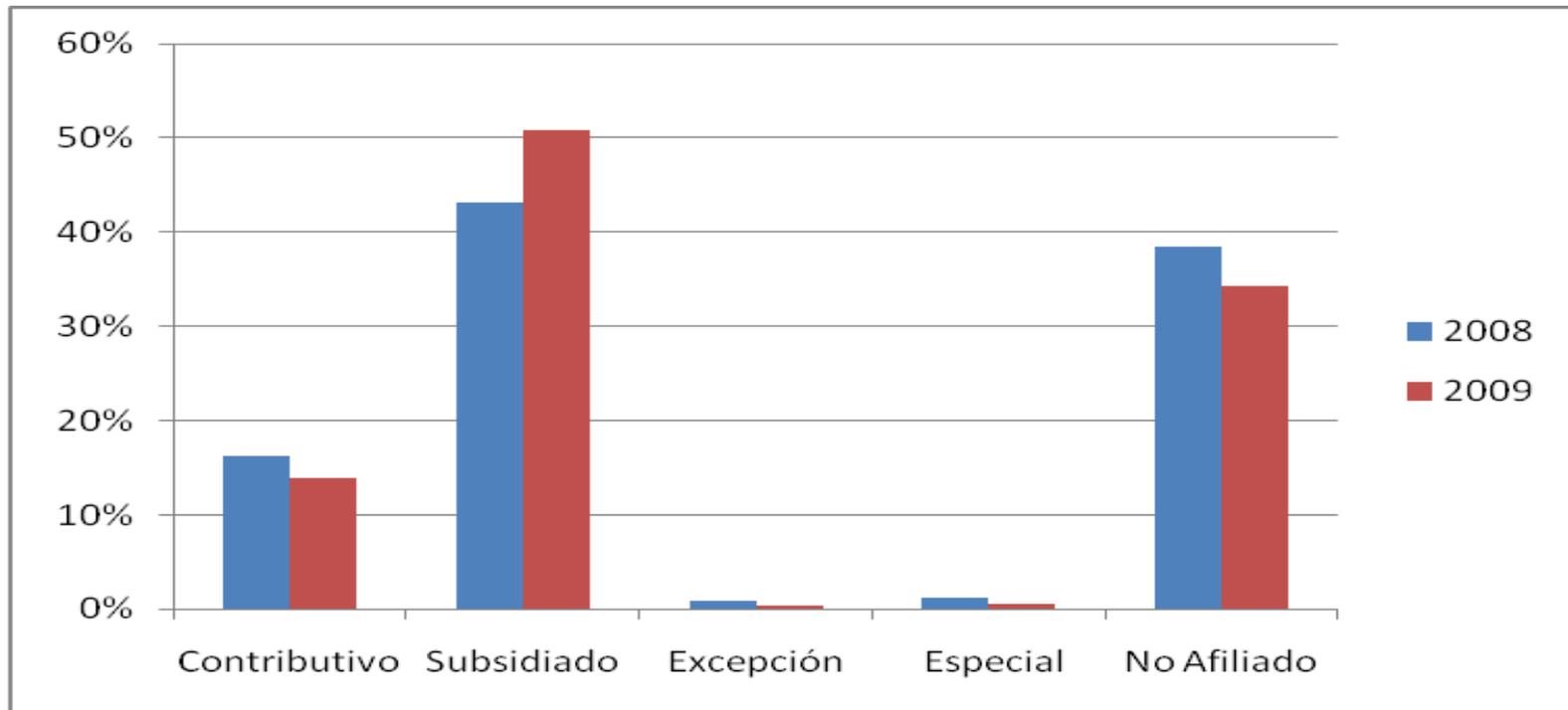


Figura 9. Distribución de los casos de sífilis congénita por régimen de seguridad social. Colombia. 2008 – 2009

Durante los dos años, las entidades territoriales de Bogotá 17.9% Valle 14.8% y Antioquia 17.9%, son los que presentaron mayor reporte de casos

Tabla 20. Distribución por departamentos de residencia de los casos reportados de sífilis congénita. Colombia 2008 – 2009

Departamento de residencia habitual de los cuales proceden la mayoría de los casos notificados	2008		2009	
	Nº	%	Nº	%
Antioquia	323	17.9	230	12.8
Bogotá	324	17.9	242	13.5
Valle	268	14.8	266	14.8
Meta	74	4.1	92	5.1
Córdoba	57	3.2	110	6.1

Tabla 21. Incidencia de la Sífilis Congénita por departamentos. Colombia. 2008 - 2009

Departamento de residencia	Nº casos Sífilis congénita 2008	Nº Nacidos Vivos 2008 DANE	Incidencia * 1000 NV	Nº casos Sífilis congénita 2009	Proyección de Nacidos Vivos 2009. DANE	Incidencia * 1000 NV
Amazonas	1	1,402	0.7	6	2,102	2.9
Antioquia	327	90,916	3.6	230	103,146	2.2
Arauca	24	4,833	5	16	6,627	2.4
Atlántico	40	17,771	2.3	11	22,239	0.5
Barranquilla D.E	40	23,517	1.7	81	20,429	4
Bogotá D.C	321	117,579	2.7	242	119,208	2
Bolívar	32	13,862	2.3	45	24,422	1.8
Boyacá	16	19,139	0.8	16	23,293	0.7
Caldas	25	12,499	2	4	16,709	0.2
Caquetá	10	7,208	1.4	6	10,775	0.6
Cartagena D.T	27	16,825	1.6	47	17,272	2.7
Casanare	14	6,399	2.2	9	6,989	1.3
Cauca	45	17,313	2.6	36	25,992	1.4
Cesar	16	21,029	0.8	30	22,229	1.3
Chocó	17	5,566	3.1	41	13,576	3
Córdoba	57	26,033	2.2	110	35,814	3.1
Cundinamarca	17	37,367	0.5	35	46,254	0.8
Guainía	3	569	5.3	0	987	0
Guajira	44	12,772	3.4	29	23,492	1.2

Departamento de residencia	Nº casos Sífilis congénita 2008	Nº Nacidos Vivos 2008 DANE	Incidencia * 1000 NV	Nº casos Sífilis congénita 2009	Proyección de Nacidos Vivos 2009. DANE	Incidencia * 1000 NV
Guaviare	3	1,592	1.9	7	2,856	2.5
Huila	27	20,541	1.3	17	22,569	0.8
Magdalena	43	12,753	3.4	38	18,602	2
Meta	75	15,746	4.8	92	17,919	5.1
Nariño	47	20,864	2.3	61	32,725	1.9
Norte de Stder.	28	21,603	1.3	23	25,626	0.9
Putumayo	6	4,722	1.3	8	8,000	1
Quindío	36	6,727	5.4	34	9,261	3.7
Risaralda	22	12,978	1.7	34	15,450	2.2
San Andrés	0	844	0	4	1,283	3.1
Santander	29	32,636	0.9	32	34,278	0.9
Santa marta D.T	25	9,553	2.6	39	9,093	4.3
Sucre	56	16,011	3.5	58	16,929	3.4
Tolima	64	21,647	3	82	25,926	3.2
Valle	267	60,373	4.4	266	72,956	3.6
Vaupés	1	713	1.4	0	1,240	0
Vichada	2	870	2.3	1	1,869	0.5
Total general	1,808	712,772	2.5	1,792	858,137	2.1

En cuanto a la mortalidad, se reportaron 20 casos en el año 2008 atribuidos a Sífilis Congénita y 36 casos en el año 2009. Lo que indica una letalidad de 1.1% y 2.0% respectivamente. Por departamentos, el mayor número de casos de mortalidad en el 2008 se presenta en el Valle (7) y en el 2009, en Antioquia (8), y Valle

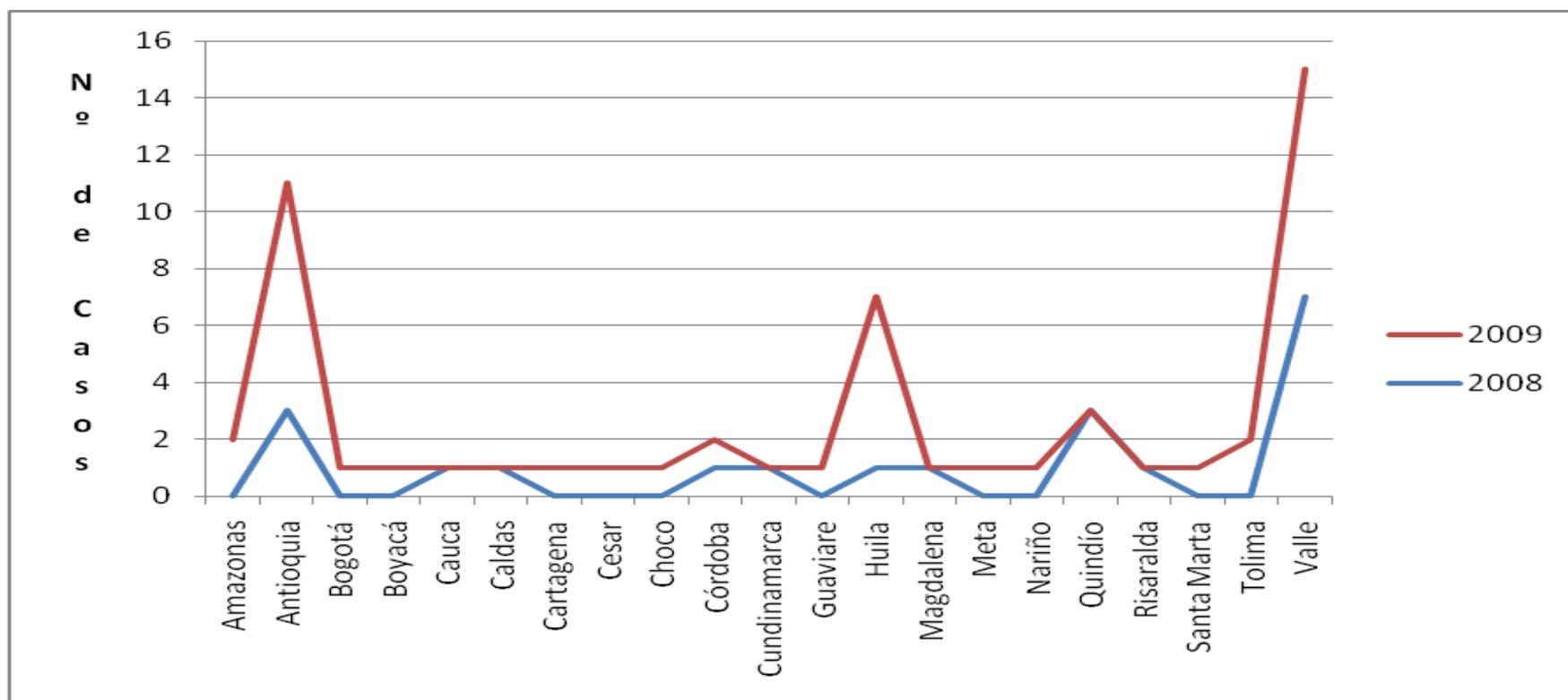
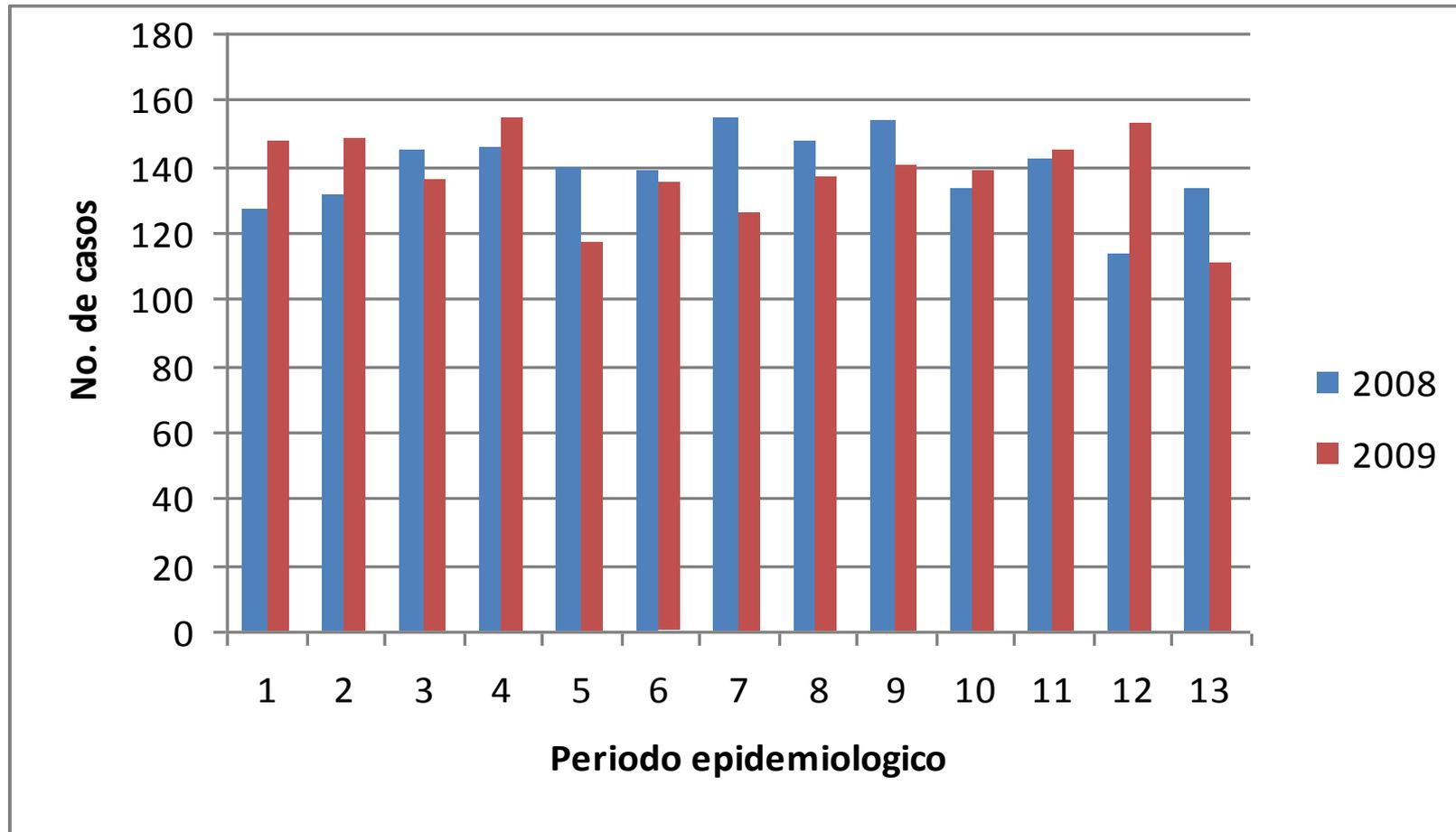


Figura 10. Distribución de la mortalidad de los casos de sífilis congénita por departamento. Colombia. 2008 - 2009

Se observa que la notificación de los casos es similar en los dos años, además no se identifican picos en los periodos epidemiológicos



DISCUSION

- En el plan de eliminación de la sífilis congénita se plantea dentro de los objetivos programáticos, aumentar la cobertura de atención prenatal y parto atendido por personal cualificado a más del 95% (43), en el presente estudio.
- Se determinó la asistencia al Control Prenatal del 66.2% en el 2008 y 65.1% en 2009, de las madres de productos notificados como casos de sífilis congénita, además se observa que el 91% de estos partos fueron intrahospitalarios lo cual supone una atención por personal cualificado; por lo tanto se evidencia la necesidad de reforzar el programa de atención prenatal.
- Se encontró que al 68% en 2008 y al 52% en 2009 de las madres de los productos notificados como sífilis congénita se les realizó el tamizaje para sífilis antes de la semana 20 de gestación, y el 46% y 40% respectivamente de estas gestantes terminaron tratamiento antes de la semana 20. 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 (44) por esta razón es necesario incrementar el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

DISCUSION

- Se observa que el 98% de los casos en 2008 y el 97% en 2009 nacieron vivos, 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 (1) se puede concluir que existe una subnotificación en el País de aproximadamente 1/3 de los casos de sífilis congénita que corresponderían a abortos y mortinatos.
- El 89% de los niños con Sífilis Congénita en el 2008 y el 93% en el 2009 fueron hospitalizados, recibiendo tratamiento intrahospitalario el 67% y el 70% respectivamente. De acuerdo a las recomendaciones científicas establecidas a nivel nacional, en nuestro país se recomienda que todos los casos reciban tratamiento intrahospitalario. (22) Ésta recomendación tiene su respaldo cuando vemos que en el 2008, solo el 71% de los casos recibe tratamiento completo y en el 2009, solo el 73%. Además se observa la notificación de tratamientos no recomendados en un 19.4% en 2008 y un 32.4% en 2009 con medicamentos como penicilina benzatínica (tratamiento de sífilis gestacional) y otros, siendo el tratamiento indicado para sífilis congénita, penicilina G cristalina o penicilina G procaínica. (25)

DISCUSION

- El número de casos es similar en los dos años, la diferencia es de 17 casos menos en 2009. Al comparar con los datos referidos del Sivigila del año 2000 encontramos un aumento del 53%, lo cual puede deberse a un aumento en la notificación, que puede indicar indirectamente un incremento en el número de partos institucionales.
- La incidencia de sífilis congénita para Colombia en el 2008 fue de 2,5 casos por 1000 nacidos vivos y en el 2009 de 2,1 casos por 1000 nacidos vivos. Si comparamos esta incidencia con la del año 2000, que fue de 0.98 x 1000NV, y luego la del 2007, que fue de 2.6 x 1000 NV, podríamos decir que la incidencia es muy superior en estos tres años, a la que se reportó en el 2000.(16) Debemos anotar, que éste comportamiento, debe analizarse a la luz de la detección y la notificación en el sistema de salud, considerando que hay avances hacia la cobertura universal, además, se debe priorizar el tema de Sífilis gestacional en el País para identificar y corregir la no adherencia a la guía y así contribuir a la eliminación de la sífilis congénita (0.5 casos por 1000 nacidos vivos, incluidos mortinatos) (1)

DISCUSION

- En los dos años se observa que el mayor número de casos notificados corresponden a Antioquia, Bogotá y Valle. Un 82% de ellos con residencia en la cabecera municipal, y el 55% con acceso al sistema de salud (45% subsidiado y 15% contributivo en promedio en los dos años). Esta situación puede deberse a que existe mayor vigilancia en estos sitios, sin embargo se debe tener en cuenta que son los sitios con mayor desarrollo y en los cuales se cuenta con las herramientas necesarias para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la sífilis gestacional.
- En el análisis de los datos se evidencian falencias en las bases de datos tales como registros incompletos e incongruentes en diferentes variables, esto puede deberse a que existía una misma ficha para la notificación de dos eventos diferentes: Sífilis gestacional y sífilis congénita lo que posiblemente crea confusión en el registro de los datos.

DISCUSION

- El 89% de los niños con Sífilis Congénita en el 2008 y el 93% en el 2009 fueron hospitalizados, recibiendo tratamiento intrahospitalario el 67% y el 70% respectivamente. De acuerdo a las recomendaciones científicas establecidas a nivel nacional, en nuestro país se recomienda que todos los casos reciban tratamiento intrahospitalario. (22) Ésta recomendación tiene su respaldo cuando vemos que en el 2008, solo el 71% de los casos recibe tratamiento completo y en el 2009, solo el 73%. Además se observa la notificación de tratamientos no recomendados en un 19.4% en 2008 y un 32.4% en 2009 con medicamentos como penicilina benzatínica (tratamiento de sífilis gestacional) y otros, siendo el tratamiento indicado para sífilis congénita, penicilina G cristalina o penicilina G procaínica. (25)
- Se observa que el número de casos es similar en los dos años, la diferencia es de 17 casos menos en 2009. Al comparar con los datos referidos del Sivigila del año 2000 encontramos un aumento del 53%, lo cual puede deberse a un aumento en la notificación, que puede indicar indirectamente un incremento en el número de partos institucionales.

DISCUSION

- La incidencia de sífilis congénita para Colombia en el 2008 fue de 2,5 casos por 1000 nacidos vivos y en el 2009 de 2,1 casos por 1000 nacidos vivos. Si comparamos esta incidencia con la del año 2000, que fue de 0.98 x 1000NV, y luego la del 2007, que fue de 2.6 x 1000 NV, podríamos decir que la incidencia es muy superior en estos tres años, a la que se reportó en el 2000.(16) Debemos anotar, que éste comportamiento, debe analizarse a la luz de la detección y la notificación en el sistema de salud, considerando que hay avances hacia la cobertura universal, además, se debe priorizar el tema de Sífilis gestacional en el País para identificar y corregir la no adherencia a la guía y así contribuir a la eliminación de la sífilis congénita (0.5 casos por 1000 nacidos vivos, incluidos mortinatos) (1)



CONCLUSIONES

- Existen 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.
- Se observa subnotificación de los casos de sífilis congénita sustentada en el escaso reporte de mortinatos y abortos.
- Se observan tratamientos de sífilis congénita diferentes a los recomendados en las guías de atención de este evento.
- Se observa un incremento en los últimos años de la incidencia de sífilis congénita sustentada en el aumento de la notificación de casos.
- Las entidades territoriales que más notificaron casos durante los años 2008 y 2009 fueron Antioquia, Bogotá y Valle.

RECOMENDACIONES

Establecer seguimiento y control a las actividades que sean de su competencia para las EPS e IPS de todo el país comprometiéndolos con la importancia del diagnóstico y tratamiento de la gestante de acuerdo con las normas técnicas de la resolución 412 de 2000, así como la obligatoriedad de la notificación de casos detectados. La falta de detección y tratamiento sistemáticos de la enfermedad determina que la sífilis congénita siga siendo un grave problema de salud pública en el país. Es de absoluta relevancia y costo efectividad para el país que el 100% de las gestantes acudan al control prenatal, que se realice el diagnóstico precoz de las patologías, y se implemente el tratamiento adecuado.



- 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 la definición de caso, con el fin de mejorar la notificación en todos los niveles que reportan.
- Se recomienda reforzar la adherencia a la resolución 412 de 2000, enfatizando el diagnóstico y tratamiento de la sífilis congénita
- Se recomienda el análisis conjunto de la información correspondiente a la Sífilis Gestacional y sífilis Congénita para obtener un marco completo de la situación sociodemográfica de las personas afectadas por estas infecciones



Gracias