

# Medellín

## Ciudad Saludable

Boletín Epidemiológico

Boletín número 4, año 2013

### Presentación

El *Boletín Epidemiológico Medellín, Ciudad Saludable* es una publicación de la Secretaría de Salud de Medellín, que pretende ofrecer a los ciudadanos y ciudadanas una visión del comportamiento de los eventos de interés en Salud Pública de nuestro municipio, y servir como herramienta para la construcción colectiva de las políticas públicas en salud para el bienestar de todos.

En este número se presenta la situación de la Sífilis Gestacional y Congénita para la ciudad de Medellín.

[secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co)

### Encuentre en esta edición

1. Incidencia Sífilis Congénita Medellín 2005-2012.
2. Clasificación de los casos de Sífilis Gestacional año 2012.
3. Geo-referenciación: Comportamiento por comuna.
4. Acciones realizadas por la Secretaría de Salud de Medellín.

### Introducción

La Sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica y de transmisión sexual causada por la espiroqueta llamada *Treponema Pallidum*, la cual, penetra en la piel o mucosas lesionadas. Se caracteriza clínicamente por una lesión primaria en forma de úlcera indolora e indurada; una erupción secundaria que afecta la piel y las membranas mucosas; largos períodos de latencia y lesiones tardías en la piel, los huesos, las vísceras, el sistema nervioso central y el cardiovascular.

La Sífilis Gestacional (SG) es aquella que se diagnostica durante la gestación, el postaborto o el puerperio inmediato, y puede encontrarse en cualquiera de sus fases aunque es más frecuente en la secundaria indeterminada<sup>2</sup>.

La Sífilis Congénita (SC) ocurre cuando la madre con Sífilis transmite la infección al bebé durante la gestación, ya sea por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre<sup>3</sup>.

El Instituto Nacional de Salud menciona que la Sífilis

Gestacional y Congénita son consideradas un problema de salud pública por su gravedad y representan una falla del sistema de salud, por lo que se requiere evaluar su atención de manera exhaustiva en lo local y lo central. Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita cabe destacar la falta de percepción de algunos proveedores de salud en que la sífilis materna y la congénita pueden tener consecuencias graves, las barreras al acceso a los servicios de control prenatal, y el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual<sup>4</sup>. Sin embargo, en Medellín las barreras corresponden principalmente con la no percepción de las usuarias de la importancia del control prenatal temprano.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) planteó como objetivo eliminar la Sífilis Congénita como problema de salud pública llevando la incidencia a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos (incluidos mortinatos). Para lograr esta meta es necesario que el 95% o más de las gestantes infectadas sean detectadas y tratadas para reducir la prevalencia de Sífilis durante la gestación a menos de 1,0%.

<sup>1</sup> OMS. Boletín Epidemiológico, [revista en Internet] \*2005 marzo. [acceso 21 de noviembre 2011]; Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/EB\\_v26n1.pdf](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/EB_v26n1.pdf)

<sup>2</sup> Ibíd.

<sup>3</sup> Ibíd.

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Salud (INS) Protocolo de Vigilancia y Control de Sífilis Gestacional y Congénita): [acceso 21 de marzo 2012]; Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/sifilis/ins.pdf>

## Justificación de la Vigilancia.

El principio fundamental de la prevención/eliminación de la Sífilis Congénita consiste en detectar y tratar la infección en la mujer embarazada para prevenir la transmisión materno-infantil. Se deben realizar todos los esfuerzos para prevenir la Sífilis Congénita en esta etapa que garantice la detección y tratamiento adecuado antes de la semana 20 de la gestación y como mínimo 30 días antes del parto. Así mismo, la vigilancia ayuda a identificar las barreras que impiden un diagnóstico temprano y la atención oportuna. La vigilancia y tratamiento de los contacto(s) sexual(es) es muy importante para evitar la reinfección.

Se necesita un enfoque interdisciplinario para implementar las actividades de detección, tratamiento y vigilancia en las que la participación de laboratorios, enfermeras y médicos es imprescindible.

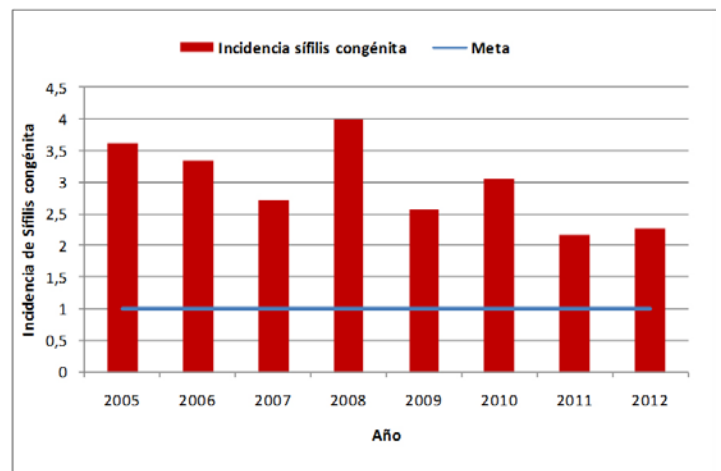
## Perfil Epidemiológico 2012

Este informe presenta los resultados obtenidos de la vigilancia epidemiológica de la Sífilis Congénita en 2012 y su comparación con los años 2005-2011. Durante el período epidemiológico comprendido entre el primero de enero y el 31 de diciembre de

2012, fueron reportados al SIVIGILA 121 casos de Sífilis Congénita de los cuales el 52% (63 casos) realmente correspondían a Sífilis Congénita luego de haber sido analizados.

El siguiente análisis corresponde a los 63 casos identificados como Escenario 1 y 2. La tasa de incidencia para Medellín en el año 2012 fue de 2.28 (63) casos por cada mil nacidos vivos, cifra muy similar al presentado en el año 2011 que fue de 2.17 (60) casos.

**Figura 1.** Incidencia Sífilis Congénita Medellín 2005-2012.



**Fuente:** Gestión del Conocimiento SSM y Vigilancia Epidemiológica NACER Salud Sexual y Reproductiva. Universidad de Antioquia, 2012. Datos preliminares sujetos a verificación.

Todos los casos que fueron reportados en el sistema de vigilancia SIVIGILA, fueron analizados en un comité multidisciplinario constituido por especialistas en ginecología, obstetricia, y pediatría.

Para el análisis se empleó la clasificación por escenarios para Sífilis Congénita contenida en las guías de tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual publicadas por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Atlanta-USA, en 2010.

**Tabla 1.** Distribución de los casos analizados por escenarios según la clasificación de los CDC de Atlanta. Vigilancia epidemiológica de la Sífilis Congénita en Medellín 2012.

Escenario	n	%
Escenario 1	36	34,0
Escenario 2	27	25,5
Escenario 3	24	22,6
Escenario 4	9	8,5
Aborto	1	0,9
No Caso/Falso Positivo	9	8,5

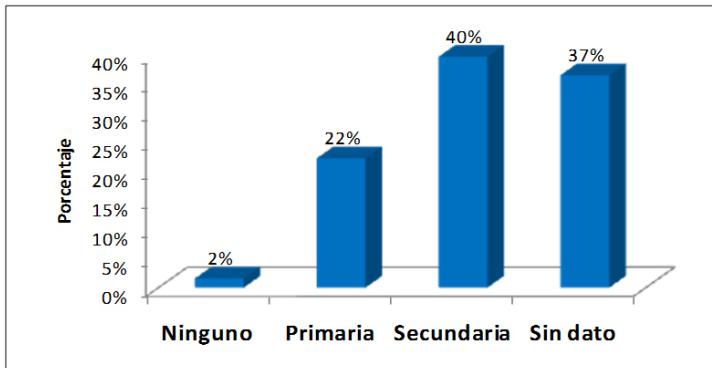
**Fuente:** Vigilancia Epidemiológica NACER Salud Sexual y Reproductiva. Universidad de Antioquia.

De los resultados disponibles (106 casos analizados), 63 casos cumplieron con escenarios 1 y 2. Escenario 1: recién nacido con signos clínicos o paraclínicos de Sífilis Congénita o títulos de la prueba no treponémica del RN cuatro veces los maternos en el momento del parto; escenario 2: recién nacido aparentemente sano cuya madre no recibió tratamiento para Sífilis o este tratamiento fue inadecuado o tardío; escenario 3: recién nacido sano cuya madre recibió tratamiento adecuado y oportuno y, escenario 4: recién nacido cuya madre tiene una cicatriz serológica.

El 46% de los nacidos con Sífilis Congénita eran hombres, el 47.6% eran mujeres y del 6.3% no se obtuvo información sobre el sexo. El 40% de las madres de los neonatos tienen educación secundaria. No se presentaron madres con información de Educación tecnológica o superior. (Figura 2)

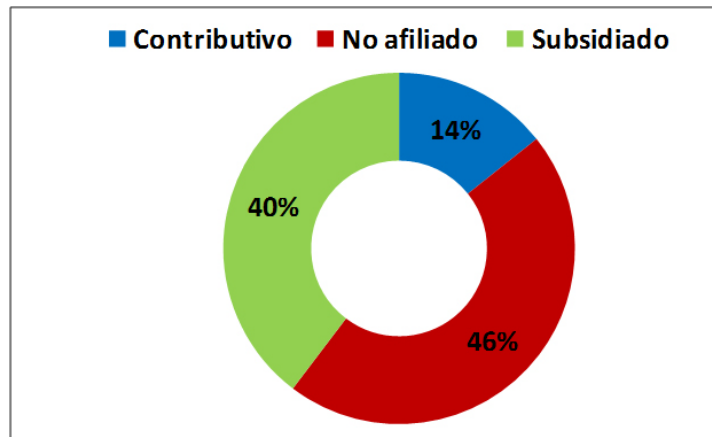
De acuerdo a la afiliación al sistema de general de seguridad social, el 46% correspondía a población no afiliada. (Figura 3)

**Figura 2.** Incidencia Sífilis Congénita según escolaridad de la madre. Medellín 2012. Datos preliminares.



**Fuente:** Vigilancia Epidemiológica NACER Salud Sexual y Reproductiva. Universidad de Antioquia.

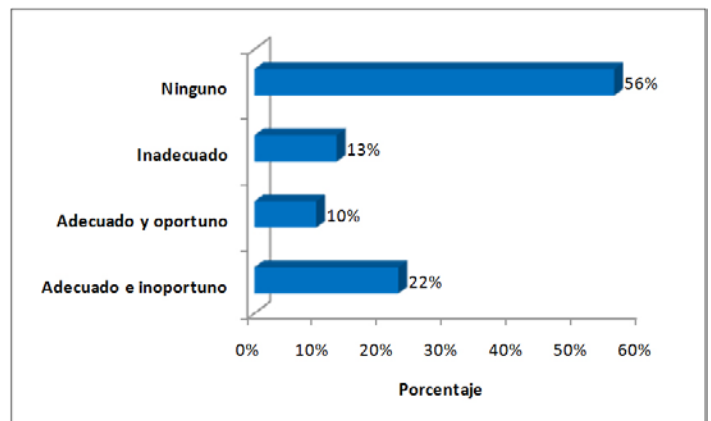
**Figura 3.** Incidencia Sífilis Congénita según afiliación al Sistema de Seguridad Social. Medellín 2012. Datos preliminares.



**Fuente:** Vigilancia Epidemiológica NACER Salud Sexual y Reproductiva. Universidad de Antioquia.

De acuerdo al tratamiento recibido, se observa que 56% no recibió tratamiento; solo el 22% de los casos recibió tratamiento ya fuese oportuno o inoportuno.

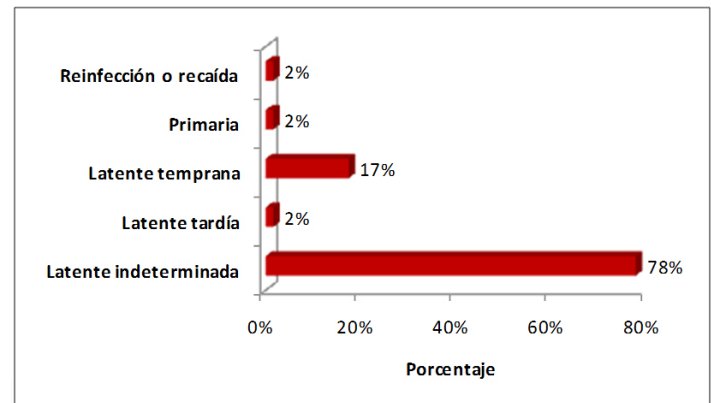
**Figura 4.** Incidencia Sífilis Congénita según tratamiento recibido. Medellín 2012. Datos preliminares.



**Fuente:** NACER Salud Sexual y Reproductiva. Universidad de Antioquia.

Respecto a la clasificación de la Sífilis Gestacional, se encontró que el 78% correspondía a latente indeterminada, el 17% a latente temprana y un 2% correspondía a una reinfección o recaída. (Figura 5)

**Figura 5.** Clasificación de los casos de Sífilis Gestacional año 2012. Datos preliminares.

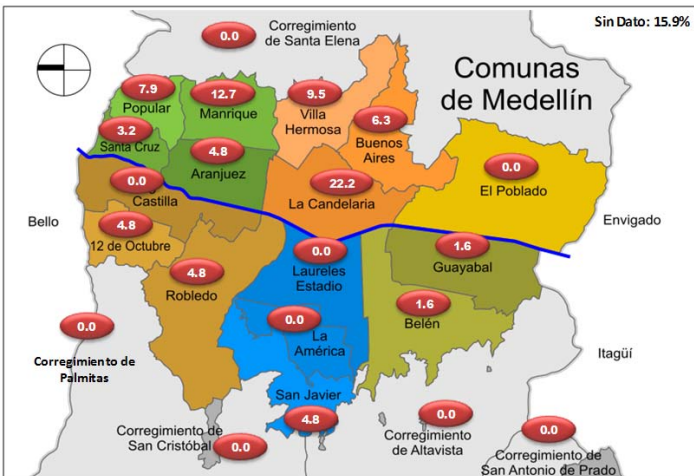


**Fuente:** Vigilancia Epidemiológica NACER Salud Sexual y Reproductiva. Universidad de Antioquia.

## Geo-referenciación: Comportamiento por comuna

En el mapa 1 se encuentra la Geo-referenciación de los casos del año 2012. Muestra las zonas de la ciudad en donde el problema se presenta con mayor frecuencia, sirviendo como base para la implementación de estrategias que impacten positivamente en el control. La comuna 10 de La Candelaria presentó el 22.2% de los casos, seguido de Manrique con el 12.7% de los casos. Ver (Figura 6)

**Figura 6.** Clasificación de los casos de Sífilis Congénita 2012 por comuna. Porcentajes. Datos preliminares.



**Fuente:** Vigilancia Epidemiológica NACER Salud Sexual y Reproductiva. Universidad de Antioquia.

## Panorama hasta la semana 12 del año 2013.

En la Tabla 2 se muestra lo reportado por el SIVIGIA hasta la semana 12 de 2013. Para Sífilis Congénita se han reportado un total de 23 casos y para Sífilis Gestacional 71 casos. Sin embargo, desde los grupos de vigilancia epidemiológica y expertos en el tema se aclara que estos casos se encuentran en proceso de análisis para confirmar o descartar.

**Tabla 2.** Distribución de los casos reportados al SIVIGILA. Medellín 2013.

EVENTO	INDICADOR	INDICADORES 2013 - COMO VAMOS...												
		SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 5	SEM 6	SEM 7	SEM 8	SEM 9	SEM 10	SEM 11	SEM 12	TOTAL
SIFILIS CONGENITA	NÚMERO DE CASOS	1	2	4	1	1	0	2	2	1	2	2	5	23
SIFILIS GESTACIONAL	NÚMERO DE CASOS	1	4	4	6	2	7	4	11	9	12	8	3	71

## Acciones realizadas por la Secretaría de Salud de Medellín

Desde el año 2005 la Secretaría de Salud realiza actividades específicas en esta infección como mecanismo para buscar nuevas estrategias de prevención, diagnóstico precoz y manejo oportuno de la Sífilis Congénita y Gestacional.

Mediante convenio interadministrativo entre la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Antioquia se realiza la investigación de cada uno de los casos. Cada caso es analizado por un comité constituido por especialistas en gineco-obstetricia y pediatría, un médico general y un residente de gineco-obstetricia.

Durante cada período de estudio se solicitan todas las historias clínicas del binomio madre – recién nacido, se realiza búsqueda de casos mediante la revisión de los certificados de defunción de las muertes perinatales con diagnóstico de Sífilis Congénita no reportados al SIVIGILA, y se incluyen en el estudio.

*La Secretaría de Salud cuenta con las siguientes estrategias de apoyo:*

- ✦ Programa de salud sexual y reproductiva con los siguientes retos: fortalecer la prevención de VIH-SIDA, reducir el número de casos de embarazo en adolescentes, mejorar el auto cuidado en salud, promover el ejercicio de los derechos y deberes en materia de salud.
- ✦ Inducción de demanda para ingreso oportuno al control prenatal desde diferentes proyectos como Salud en el Hogar y Vigilancia Epidemiológica.
- ✦ Publicación y difusión de Flujograma para el manejo de la sífilis gestacional y congénita de acuerdo al Centro para el Control y Prevención de Enfermedades CDC.
- ✦ Aplicación de tratamiento gratuito a los compañeros sexuales de las gestantes con Sífilis, independientemente de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en la ESE pública de primer nivel.
- ✦ Conformación y coordinación por parte de la Secretaría de Salud de la mesa de expertos en Sífilis para la estandarización del protocolo de vigilancia epidemiológica. Difusión del protocolo y sus flujogramas de manejo en todas las instituciones de la ciudad.

### Conclusiones

El proceso de vigilancia epidemiológica de la Sífilis Congénita que realiza la Secretaría de Salud con la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia desde 2004, ha detectado como factores que contribuyen a la persistencia de las altas tasas de la enfermedad, entre otros problemas: la fragmentación de la atención y la información, la disparidad de criterios para la atención de las mujeres y los niños, la no realización de control prenatal o inicio tardío del mismo.

Si bien los resultados son positivos la tasa obtenida dista de la meta del milenio de 0,5 por 1000 nacidos vivos. De los resultados presentados se deduce que aún se puede lograr un mayor descenso. Esta meta se dificulta debido a las características sociales y estructurales como la indigencia, la drogadicción, y pacientes con conductas sexuales de riesgo que se asociaron en el 18% de los casos aproximadamente.

El RN con VDRL (-) no descarta la sífilis congénita; y la VDRL (+) no es sinónimo de infección, a menos que tenga una VDRL (+) en LCR o un título de VDRL sérico 4 veces superior al materno.

Para definir si damos tratamiento al RN debemos evaluar el tratamiento administrado a la madre y su seguimiento posterior.

### Recomendaciones

- ✦ Se debe fortalecer la cobertura y calidad del control prenatal en la red de servicios institucionales mejorando su mercadeo social.
- ✦ Se debe coordinar con las instituciones formadoras del recurso humano en salud y a las asociaciones y sociedades científicas para la capacitación y divulgación de estas normas y protocolos.




- ⚡ No se debe dar de alta a ninguna puérpera sin conocer el resultado de la serología materna.
- ⚡ Todos los neonatos, lactantes y niños mayores que fueron tratados para Sífilis deben ser seguidos cuidadosamente en consulta médica y con pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas (RPR o VDRL) a los 3, 6 y 12 meses.
- ⚡ La primera medida para disminuir la Sífilis Congénita es mejorar la calidad del control prenatal.
- ⚡ Todas las gestantes que fueron tratadas para Sífilis deben ser seguidas con pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas (RPR o VDRL) a los 3 y 6 meses.
- ⚡ Reconsiderar las oportunidades perdidas para el ingreso temprano al control prenatal, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento según protocolos; de las personas con Sífilis, de las embarazadas con Sífilis Gestacional y sus contactos con énfasis en las mujeres en edad fértil.
- ⚡ Garantizar la aplicación de las Guías de Atención de la Resolución 412 de 2000 por parte de las Aseguradoras que se encuentran disponibles en <http://www.nacer.udea.edu.co/documentos/dsifilis.htm>

## Referencias

1. OMS. Boletín Epidemiológico, [revista en Internet] \*2005 marzo. [acceso 21 de noviembre 2011]; . Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/EB\\_v26n1.pdf](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/EB_v26n1.pdf)
2. (Instituto Nacional de Salud (INS) Protocolo de Vigilancia y Control de Sífilis Gestacional y Congénita): [acceso 21 de marzo 2012];. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/sifilis/ins.pdf>.
3. Finelli L, Berman SM, Koumans EH, Levine WC. Congenital Syphilis. Bulletin of the World Health Organization 1998; 76 Suppl 2: 126-8.
4. Subsistema de información Sivigila.



Secretaría de Salud de Medellín  
[www.medellin.gov.co/salud](http://www.medellin.gov.co/salud)  
[secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co)  
Línea de Atención al Ciudadano 44 44 144

-  Medellín ciudad saludable
-  medellinsaludable
-  @saludmedellin

## IMPORTANTE

Si desea ampliar la información de estos y otros eventos pueden consultar en nuestro sitio Web <http://medellin.gov.co/salud>

Escríbanos sus comentarios y sugerencias al correo [secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co).