

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública

SIFILIS GESTACIONAL Y SIFILIS CONGENITA

Mancel Enrique Martínez Duran
Director General INS (E)

Oscar Eduardo Pacheco García
Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (E)

Alfonso Campo Carey
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública (E)

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata
en Salud Pública

Mauricio Beltran Duran
Director Técnico Redes en Salud Pública

Cesar Augusto Ramirez
Subdirector Laboratorio Nacional de Referencia

DOCUMENTO ELABORADO POR

Equipo Infecciones de Transmisión Sexual
Grupo Transmisibles
Instituto Nacional de Salud

ACTUALIZADO POR:

Amparo Lilliana Sabogal Apolinar
Jenny Carolina Peralta Carvajal
Lida Musdie Martínez Montañez
Equipo Infecciones de Transmisión Sexual
Grupo Transmisibles
Instituto Nacional de Salud

Grupo de Microbiología
Laboratorio Nacional de Referencia
Dirección de Redes en Salud Pública

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1 Comportamiento Mundial, Regional y Nacional del evento	2
1.2 Estado del arte.	3
1.3 Justificación para la vigilancia.....	7
1.4 Usos de la vigilancia para el evento.....	9
2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DEL EVENTO.....	9
3. DEFINICIÓN DEL EVENTO	9
4. FUENTES DE LOS DATOS.....	13
4.1. Definición de la fuente.....	13
4.2. Periodicidad del reporte	13
4.3. Flujo de información	14
4.4 Responsabilidad por niveles	14
5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	19
6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	19
7. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN.....	23
7.2 Acciones Colectivas.....	28
7.3 Acciones por Laboratorio.....	30
8. ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	36
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
10. CONTROL DE REVISIONES	38
11. ANEXOS	39

1. INTRODUCCIÓN

La sífilis gestacional y congénita es un importante problema de salud pública en nuestro país ya que puede precipitar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves y un alto costo humano, social y económico para los pacientes.

Las cifras entregadas por OPS indican que en 2007 más de 164000 niños nacieron con Sífilis congénita en América Latina y el Caribe, siendo una cifra considerable teniendo en cuenta que la sífilis puede prevenirse y también tratarse a un muy bajo costo. Por esta razón y teniendo en cuenta que dentro de los objetivos de desarrollo del Milenio se contempla 4: disminución de la mortalidad infantil, 5: mejorar la salud materna y 6: combatir el VIH, la malaria y otras enfermedades; la OPS, UNICEF y otras organizaciones han propuesto impulsar la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe.

En Colombia se ha apoyado esta iniciativa con la construcción del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita desde el año 2000, la Estrategia para la Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita y actualmente, el Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita 2011-2015, sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos de los diferentes sectores involucrados en el seguimiento y control de dichos eventos, la sífilis congénita no ha sido eliminada y por el contrario la incidencia va en aumento pasando de 0,90 casos por 1000 nacidos vivos en 1998 a 2,43 en 2013.

En diciembre del año 2014, se publica la nueva Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita esperando contribuir al logro de la meta de eliminación.

1.1 Comportamiento Mundial, Regional y Nacional del evento

1.1.1. Caracterización epidemiológica

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 América Latina y el Caribe (ALC) tiene una tasa de sífilis materna más alta que cualquier otra región, estimada por la OMS entre 1997 y 2003 en 3,9%. Con dicha tasa se calcula que puede haber aproximadamente

459.108 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. 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, durante 2005-2006, era del 1,4% en Argentina, del 5,75% en Haití y del 5% en Bolivia (1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto la meta de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública llevando la incidencia a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por 1.000 nacidos. Para lograr esta meta, es necesario que se detecten y traten más de 95% de las gestantes infectadas, con lo que se logrará reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0% (2).

Se dispone de información válida de 15 países, de estos, en 7 países (Costa Rica, Colombia, Perú, Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina) la Sífilis Congénita (SC) constituye un problema de Salud Pública, es decir, se reportan más de 0.5 casos por 1.000 nacidos vivos. (3)

La eliminación de la SC es todavía un asunto pendiente, a pesar de contar con servicios de control prenatal de acuerdo con la norma, la tecnología adecuada y el conocimiento de cómo prevenir la infección (2).

La notificación de casos de SC en Colombia desde 1996 ha ido en aumento; sin embargo aún se evidencia sub-registro y silencio epidemiológico en gran parte del territorio nacional. La incidencia de sífilis congénita varía ampliamente por regiones y departamentos; en la actualidad lejos de acercarnos al cumplimiento de la meta establecida de 0.5 por 1000 NV, la proporción de incidencia de la sífilis congénita ha pasado de 0,90 casos por 1000 nacidos vivos en 1998 a 2,43 casos en 2013 y la razón de prevalencia para sífilis gestacional de 1.3 casos por 1000 nacidos vivos en 2003 a 6,60 en 2013.

1.2 Estado del arte.

1.2.1. Descripción del evento

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica exclusiva del humano como único reservorio, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas. La transmisión sexual se produce por inoculación del microorganismo en

abrasiones causadas por micro traumatismos en piel o mucosas durante las relaciones sexuales, evolucionando a erosiones y posteriormente a úlceras. Si la enfermedad no es tratada durante la fase aguda evoluciona hacia una enfermedad crónica con manifestaciones potencialmente graves. (1)

Entre las conductas de riesgo para la transmisión de la sífilis se encuentran:

- 1) Las prácticas sexuales de alto riesgo (por ejemplo la práctica del sexo vaginal, oral o anal sin protección).
- 2) El inicio de la actividad sexual a una edad temprana.
- 3) Múltiples parejas sexuales.
- 4) El mantener relaciones sexuales bajo la influencia de las sustancias psicoactivas las cuales limitan tomar medidas acertadas sobre prácticas sexuales.

La sífilis puede afectar a la mujer gestante y transmitirse al feto; se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo; complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnología básica y de bajo costo, además tiene un impacto negativo en la transmisión del VIH/SIDA. Se calcula que el riesgo de contraer la infección por VIH es de 2 a 5 veces más alto cuando está presente (2, 4).

En la siguiente tabla se muestra la clasificación de la sífilis adquirida o congénita:

Clasificación De la sífilis		Fases
Sífilis adquirida -SA-	Temprana (Hasta un año después de adquirida)	Primaria Secundaria Neurosífilis Latente temprana
	Tardía (Mayor a un año de adquirida)	Latente tardía Latente indeterminada Terciaria Neurosífilis
Sífilis congénita -SC-	Temprana (Precoz)	Hasta los 2 años de edad.
	Tardía	Después de los 2 años de edad.

Las manifestaciones clínicas de la sífilis se agrupan cronológicamente en los siguientes periodos:

a) Sífilis primaria:

Se caracteriza por la aparición del “chancro” después de un periodo de incubación de aproximadamente 3 semanas (10-90 días). El chancro es la primera manifestación de la sífilis y se localiza en el punto de inoculación del treponema.

Se manifiesta como una erosión indolora, circunscrita y de bordes elevados redondeados u ovals y base indurada. A veces es difícil de detectar en mujeres debido a su localización interna. Cuando el chancro se localiza en la zona genital, se acompaña de cambios en los ganglios linfáticos inguinales, encontrándose a la palpación varios ganglios aumentados de tamaño, duros y poco dolorosos. Sin tratamiento el chancro involuciona y cicatriza en 2 a 6 semanas.

b) Sífilis secundaria

Se produce a las 3 a 12 semanas de la aparición del chancro. Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas que surgen en este período: la roséola sifilítica y lesiones papulosas. La roséola sifilítica consiste en una erupción de manchas redondeadas de color rojo cobrizo de 5 a 12mm de diámetro y de localización predominante en el tórax, los brazos y el abdomen, y con afectación palmo plantar en el 50 al 80% de los casos. Pueden pasar inadvertidas si la roséola es tenue. La duración de las lesiones suele ser desde pocos días hasta semanas, y desaparecen espontáneamente aunque hasta una cuarta parte de los pacientes pueden presentar recurrencias durante el primer año. Pueden aparecer otras manifestaciones de sífilis secundaria como condilomas planos, localizados en zona perianal, ingles, regiones genitales, axilas, y en general, en los pliegues en donde hay humedad, maceración y lesiones en la mucosa oral (manchas rojas u opalinas delimitadas). Con cierta frecuencia suele presentarse malestar general, dolor muscular, pérdida del apetito o trastornos gastrointestinales, ronquera, pérdida ligera de peso y leve aumento de la temperatura corporal. Se han descrito casos de glomerulonefritis. Las lesiones desaparecen espontáneamente a las 2-6 semanas, pero las bacterias persisten, dando lugar a la fase latente que es seguida por la sífilis terciaria.

c) Periodo latente

Se caracteriza por ser un periodo asintomático que puede durar entre 5- 50 años antes de que los pacientes presenten manifestaciones de sífilis terciaria. Durante esta fase el diagnóstico sólo puede realizarse por métodos serológicos. Este período se divide en sífilis latente temprana (infección de duración menor a un año), sífilis latente tardía (duración mayor a un año), o de tiempo indeterminado. Sin tratamiento, entre una tercera a cuarta parte de los pacientes desarrollarán manifestaciones de sífilis terciaria durante el seguimiento. El riesgo de transmisión sexual durante la fase latente es bajo, aunque no inexistente, y debe tenerse especialmente en cuenta en las mujeres embarazadas.

d) Sífilis terciaria o tardía

La sífilis tardía ocurre varios años después de la infección afectando hasta el 40% de los casos que no reciben tratamiento. Incluye un espectro de manifestaciones clínicas, siendo las más comunes, las complicaciones cardiovasculares, las gomas y las lesiones neurológicas. Las complicaciones cardiovasculares son las más

frecuentes y aparecen entre los 10 a 30 años de infección y puede manifestarse como aneurisma del arco aórtico, ostitis coronaria, regurgitación aórtica, etc. Las lesiones por gomas aparecen por lo general a los 3 a 15 años de la infección y comienzan como uno o varios nódulos subcutáneos indoloros en cualquier parte del cuerpo, pero con mayor frecuencia en la cara, cuero cabelludo y tronco. La superficie de estos se enrojece y ulcera, posteriormente, puede cicatrizar, pudiendo llevar a úlceras, caída del paladar o tabique nasal, etc.

La afección del sistema nervioso puede presentarse durante la sífilis temprana por compromiso vascular que se puede manifestar como meningitis, convulsiones, mielopatía, alteraciones de pares craneales o enfermedad ocular.

La neurosífilis tardía representa a las manifestaciones asociadas con la sífilis crónica, e incluye a la demencia, tabes dorsal, paresias, ataxia sensorial, disfunción de esfínteres, etc. (1)

Los microorganismos infecciosos (*T. pallidum*) en la sangre de una mujer embarazada pueden pasar al feto, especialmente en la fase temprana de la infección (denominada sífilis temprana). La mayor parte de las mujeres con sífilis de menos de un año de duración transmitirán la infección al niño no nato. Si bien la infección es transmisible al feto a partir de las nueve semanas de gestación, la transmisión suele tener lugar entre la 16^a y la 28^a semana del embarazo. (5)

La transmisión prenatal en la sífilis materna primaria es de 70% y en la secundaria es de 90% a 100%. En la sífilis latente temprana es de 30%, en la latente tardía la transmisión disminuye a alrededor de 20% (2, 4, 6). La sífilis no se transmite por la lactancia materna, a menos que haya una lesión infecciosa presente en la mama. (7)

La sífilis congénita (SC) ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al feto 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. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico se ha desarrollado, aunque el *Treponema* puede pasar a la circulación fetal desde la novena semana. La SC se clasifica según el momento de aparición de las manifestaciones clínicas, las cuales dependen no sólo de la edad gestacional al momento de la infección, sino también de la etapa evolutiva de la enfermedad (más frecuente en los estadios precoces de la infección) y del inicio del tratamiento (2, 4, 6).

Aspecto	Descripción
Agente infeccioso	<i>Espiroqueta Treponema pallidum</i> , bacteria del género Treponema
Modo de transmisión	<p>Exposición sexual: corresponden a cerca de 90% de las infecciones. La contagiosidad va disminuyendo hacia el segundo año de la infección. La madre adquiere la sífilis durante las relaciones sexuales, por contacto directo con exudados infecciosos de lesiones (Chancro) iniciales húmedas evidentes o no manifiestas de la piel y de las mucosas; la exposición casi siempre tiene lugar durante el coito, está involucrado el sexo por vía vaginal, anal u oral.</p> <p>Prenatal/vertical: se adquiere por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto sanguíneo o con lesiones de los genitales de la madre La lactancia: puede estar involucrada solo si existen lesiones sifilíticas en las mamas y la transmisión sería por inoculación directa</p>
Reservorio	Los seres humanos
Período de incubación	De 10 a 90 días, por lo común tres semanas
Periodo de transmisibilidad	<p>Es transmisible mientras están presentes las lesiones mucocutáneas húmedas de la sífilis primaria y secundaria. Las lesiones de la sífilis secundaria pueden recurrir, con frecuencia cada vez menor, durante un lapso de hasta 4 años después de la infección, pero es raro que se transmita la infección después del primer año.</p> <p>La transmisión materno-fetal es más probable durante la fase temprana de la enfermedad de la madre, pero puede producirse durante todo el periodo de latencia. Los recién nacidos infectados pueden tener lesiones mucocutáneas húmedas, más generalizadas que en la sífilis del adulto y que constituyen una fuente posible de infección.</p>
Susceptibilidad y resistencia	<p>La susceptibilidad es universal, aunque solo cerca de 30% de las exposiciones terminan en infección.</p> <p>La infección genera inmunidad gradual contra <i>Treponema pallidum</i>. Es frecuente que no se genere inmunidad si el paciente se ha sometido a tratamiento temprano en las fases primaria y secundaria. La infección concurrente por el VIH puede reducir la respuesta normal del huésped contra <i>T. pallidum</i>.</p>

1.3 Justificación para la vigilancia

Las infecciones de transmisión sexual -ITS-, entre las que se encuentra la sífilis son consideradas como una de las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países, principalmente en los que se encuentran en vía de desarrollo. Las complicaciones afectan principalmente a mujeres y a niños. En el caso de la sífilis, esta puede afectar a la mujer embarazada y transmitirse al feto. Se estima



que dos terceras partes de estos embarazos resultan en sífilis congénita ó aborto espontáneo (8)

En Colombia se diagnostican anualmente más de 70.000 casos nuevos de ITS de los cuales 9.3% con ulcerativas (sífilis precoz 6.1% y Herpes genital 3.2%) que facilitan la transmisión y se constituye en la puerta de entrada para infección por VIH; se ha establecido que las personas que tienen sífilis tienen un riesgo de 2 a 9 veces de adquirir infección por VIH (8)

Entre las estrategias fundamentales para lograr reducir los casos de sífilis gestacional y alcanzar la eliminación de la sífilis congénita están la optimización de la cobertura y la calidad de la atención de los servicios de salud y el fortalecimiento de la detección y tratamiento de los casos de sífilis. Para lo anterior es fundamental el fortalecimiento de los procesos de atención y vigilancia de la sífilis en población general, sífilis gestacional y de la sífilis congénita en el marco del plan obligatorio de salud.

El impacto en la salud pública que tiene la sífilis está dado por los siguientes aspectos:

1. Es una enfermedad que de no ser diagnosticada y tratada a tiempo produce secuelas irreversibles a largo plazo.
2. La sífilis presenta mecanismos de transmisión que no sólo son de tipo sexual sino que también la infección se transmite por transfusión sanguínea y de la madre al hijo (transmisión vertical), generando abortos, mortinatos y recién nacidos infectados según sea el caso.
3. La sífilis en sus etapas iniciales (sífilis primaria y secundaria) presenta lesiones ulcerativas e inflamatorias que corresponden a las etapas transmisibles de la enfermedad y, a la vez, aumentan el riesgo de adquirir una infección por VIH.
4. Repercusiones de tipo económico y social para los sistemas de salud.

Desde la perspectiva de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se presenta una gran oportunidad para promover la reducción del número de casos de sífilis en población general y a su vez contribuir con la meta de eliminación de la sífilis congénita, lo anterior relacionado con cuatro de los ODM: promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer (ODM-3), reducir la mortalidad infantil (ODM-4), mejorar la salud materna (ODM-5), y combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades (ODM-6).

El principio fundamental de la prevención y eliminación de la sífilis congénita (SC) consiste en detectar y tratar la infección en la gestante para prevenir la transmisión vertical. Se estima que de todas las gestantes con sífilis no tratada, sólo 20% llegará al término de la gestación y el neonato será normal. Las complicaciones incluyen aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal no inmune, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, muerte perinatal y serias secuelas en los que sobreviven. Puede llevar a muerte intrauterina en 30% de los casos, muerte neonatal en 10% y trastorno neonatal en 40%. Por ello, se deben dirigir los esfuerzos a prevenir la SC en la etapa prenatal, dadas las complicaciones antes mencionadas (2, 4).

1.4 Usos de la vigilancia para el evento

Caracterizar los eventos de sífilis gestacional y congénita, de acuerdo a los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control de la enfermedad.

2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DEL EVENTO

- Estimar la incidencia de sífilis gestacional y congénita, que permita conocer la tendencia del evento a nivel nacional.
- Caracterizar en las variables de persona, tiempo y lugar los casos de sífilis gestacional y congénita ingresados a través del sistema de vigilancia.
- 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. DEFINICIÓN DEL EVENTO

Tipo De caso	Características de la clasificación
Caso probable de sífilis gestacional	<p>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 una prueba treponémica rápida positiva, que no haya recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo a su estadio clínico durante la presente gestación*. En todos los casos se debe solicitar prueba no treponema (VDRL, RPR) y esta debe ser reportada en diluciones.</p> <p>Los casos probables no son notificados al SIVIGILA</p> <p>* Tratamiento adecuado: Esquema completo de acuerdo con su estadio clínico</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Sífilis temprana (menor o igual a (\leq) 1 año de infección, incluye la sífilis primaria, secundaria y latente temprana): administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis única. - Sífilis tardía (sífilis latente mayor a ($>$) 1 año de duración desde la infección): administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas. - Sífilis de duración desconocida: administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas.
<p>Caso confirmado de sífilis gestacional</p>	<p>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**.</p> <p>Los casos confirmados se deben notificar al SIVIGILA ** Remitirse a definición de reinfección.</p> <p><u>REINFECCIÓN</u></p> <p>Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:</p> <p>Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto) que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo al estadio de la enfermedad, presenta durante el seguimiento clínico y serológico, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de cuatro veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.</p> <p>O</p> <p>Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió tratamiento adecuado y 6 meses después los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no descienden 4 veces o dos diluciones, o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida) y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienda cuatro veces o dos diluciones.</p>
<p>Caso de sífilis congénita</p>	<p>Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:</p> <p>Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado</p>

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.

○

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.

○

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 ***

○

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.

***** MANIFESTACIONES SUGESTIVAS DE SÍFILIS CONGÉNITA AL EXÁMEN FÍSICO O EN EXÁMENES PARACLÍNICOS:**

Clínica sugestiva: Bajo peso, prematurez, pénfigo palmo-plantar, rash, hepatoesplenomegalia, rágades, rinorrea muco sanguinolenta, hidrops-fetalis.

Cuadro hemático: Presencia de anemia, reacción leucemoide (leucocitos >35.000 x mm³), trombocitopenia (<150.000 plaquetas x mm³) siempre que no esté asociado a trastorno hipertensivo gestacional.

Radiografía de huesos largos: Que evidencie periostitis, bandas metafisiarias u osteocondritis.

Líquido cefalorraquídeo (LCR): Con VDRL reactivo en cualquier dilución o aumento de las proteínas (>150 mg/dL en el recién nacido a término o >170 mg/dL en el recién nacido pretérmino) o conteo de células >25 x mm³ en LCR a expensas de linfocitos (meningitis aséptica) sin otra causa que lo explique.

Aminotransferasas elevadas e hiperbilirrubinemia directa:

Aspartato aminotransferasa - AST (valor de referencia 20.54 U/L \pm 13.92 U/L), Alanina aminotransferasa - ALT (valor de referencia 7.95 U/L \pm 4.4 U/L), bilirrubina directa o conjugada > 20% del total de la bilirrubina total.

Uroanálisis: con proteinuria, hematuria, cilindruria.

Existe disponibilidad de varios ensayos de pruebas treponémicas y no treponémicas. Dentro de las pruebas treponémicas están las pruebas rápidas, TPHA (*Treponema pallidum*, *Haemagglutination Assay*), TPPA (*Treponema pallidum particle agglutination*) y el menos utilizado FTA-ABS (*Fluorescent-Treponemal antibody absorbed*); y dentro de las no treponémicas las más utilizadas son el VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) y RPR (*Rapid Plasma Reagin*)

De acuerdo a las recomendaciones de la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, el tamizaje de atención prenatal debe iniciar con prueba rápida (treponémica) y si el resultado es Positivo, se deben realizar las pruebas no treponémicas (VDRL o RPR) y reportar sus diluciones.

En la siguiente tabla se presentan los posibles resultados e interpretaciones de las pruebas serológicas.

Resultado e interpretación de las pruebas serológicas	
Resultado	Interpretación
No treponémica (-) Treponémica (-)	Se puede excluir la infección. Una excepción sería la infección reciente, por lo que si hay sospecha se deben repetir las pruebas después de 15-21 días
No treponémica (+) Treponémica (+)	Es una infección sífilítica. La entrevista ayudará a establecer si es reciente o antigua, conocida o desconocida. Si se confirma que había sido diagnosticada y tratada correctamente puede ser una cicatriz serológica, sin embargo, se debe hacer un seguimiento cuantitativo con prueba no treponémica.
No treponémica (-) Treponémica (+)	Es una reacción treponémica específica (99,5%-100%) Generalmente refleja la persistencia normal de anticuerpos al <i>Treponema</i> y no infección activa

Resultado e interpretación de las pruebas serológicas	
Resultado	Interpretación
No treponémica (+) Treponémica (-)	<p>Es una reacción cardioliopínica no específica que se puede deber a otras patologías, incluyendo la gestación.</p> <p>Generalmente se trata de un falso positivo y no es un caso de sífilis gestacional.</p> <p>Confirmar con otras pruebas treponémicas (TPPA, TPHA, Pruebas rápidas.)</p>

Fuente: OPS. Unidad de VIH/sida. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Washington, D.C., mayo de 2004. www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf

4. FUENTES DE LOS DATOS

4.1. Definición de la fuente

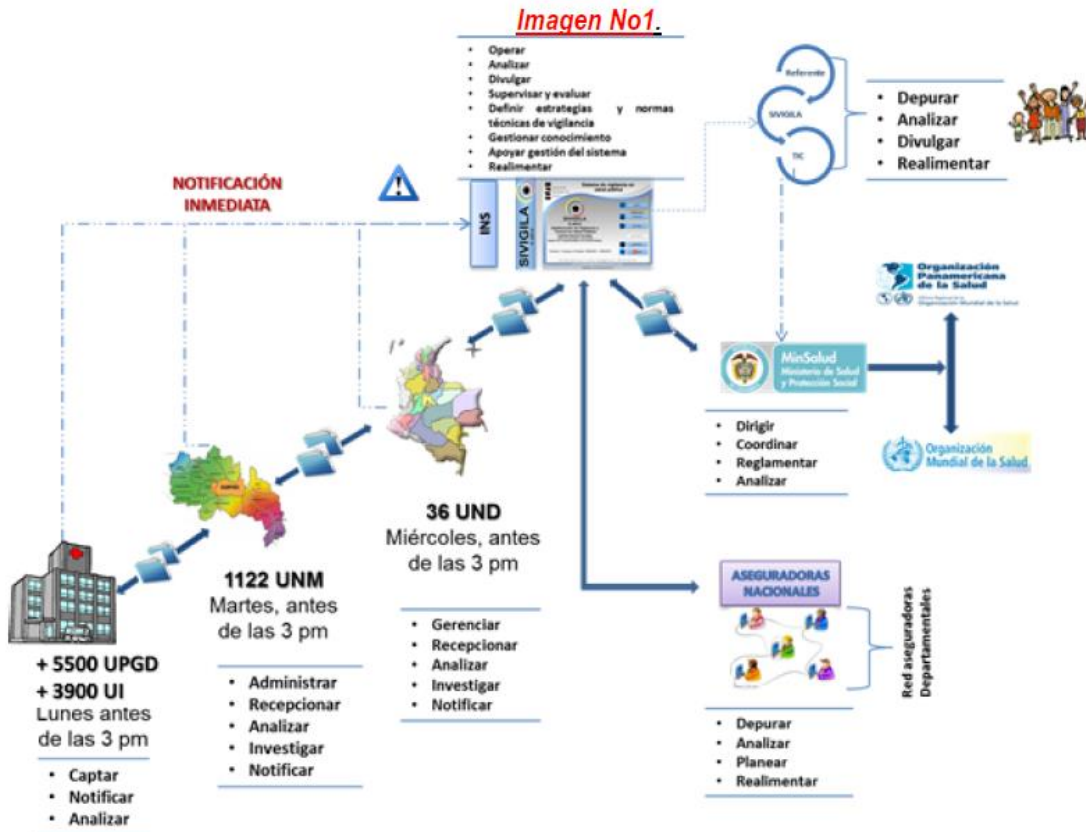
Vigilancia regular

- Notificación individual de casos confirmados por laboratorio para sífilis gestacional, y por nexo epidemiológico para sífilis congénita.
- Búsqueda activa institucional trimestral de casos de sífilis congénita.

4.2. Periodicidad del reporte

Notificación	Responsabilidad
Notificación individual y semanal	<p>Los casos de sífilis gestacional y congénita deben reportarse semanalmente en las fichas únicas de notificación individual, y de datos complementarios, a partir del caso confirmado por laboratorio, y por nexo epidemiológico evento 750 y 740 respectivamente, de conformidad con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.</p> <p>Las Entidades territoriales que reportan al Sivigila un número de casos de sífilis congénita superior a los casos de sífilis gestacional, presentan subregistro en este último evento, por lo cual se debe realizar la notificación de la madre a más tardar en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación de los casos, de conformidad a los mecanismos definidos por el sistema.</p>
Ajustes por períodos epidemiológicos	<p>Los ajustes a los casos notificados deben realizarse en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación, de conformidad a los mecanismos definidos por el sistema.</p>

4.3. Flujo de información



Fuente: Oficina Siviqila INS

El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio y del municipio hasta el nivel departamental, nacional e internacional, y desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

4.4 Responsabilidad por niveles

Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

- El médico tratante debe diligenciar la historia clínica completa, especificando los antecedentes maternos, las fechas y resultados de laboratorio (Pruebas no treponémicas y pruebas treponémicas), las fechas de aplicación de tratamiento, el tratamiento de los contactos
- El médico tratante está en la obligación de diligenciar las fichas de notificación en su totalidad, con letra clara y legible, y enviarlas al área de epidemiología de la institución para seguir el flujo de la notificación. Es

importante tener en cuenta que el evento cuenta con ficha cara A ó de datos básicos, y cara B ó de datos complementarios.

- Realizar los ajustes que sean necesarios en el Sivigila dentro de las cuatro semanas siguientes a la notificación.
- El profesional de la salud está en la obligación de iniciar el tratamiento inmediatamente e informar a la paciente sobre la enfermedad, las recomendaciones, cuidados y la necesidad de continuar el tratamiento y el seguimiento con los exámenes de laboratorio.
- El laboratorio clínico debe tomar y procesar las muestras de suero para pruebas no treponémicas y treponémicas, e informar el resultado al médico tratante y al área de vigilancia epidemiológica de la institución. Es importante informar de manera inmediata cualquier prueba para sífilis con resultado positivo en gestantes.
- Realizar las pruebas diagnósticas necesarias para la confirmación del caso.
- De ser necesario, pueden solicitar apoyo técnico para el análisis de los casos a las autoridades locales, departamentales o nacionales, prestando toda la colaboración y poniendo a disposición la información necesaria.
- Si la IPS está caracterizada en el Sistema nacional de vigilancia (Sivigila) como Unidad Primaria Generadora de datos, se deben notificar todos los casos semanalmente, y realizar los ajustes pertinentes dentro de las cuatro semanas siguientes a la notificación inicial. Si no está caracterizada, debe enviar semanalmente a la unidad notificadora municipal las fichas de notificación para realizar el proceso, según el flujo de información establecido
- Capacitar y actualizar permanentemente a los profesionales de la salud en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y vigilancia de la sífilis gestacional y congénita en su área de influencia.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

- Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, garantizando siempre la libre escogencia del usuario.
- Realizar actividades de demanda inducida, con el fin de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios, y la adhesión a los programas de control prenatal.
- Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas.
- Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados, con este propósito

gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, implementarán sistemas de control de costos, informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema, establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

- Garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte. En el caso de sífilis es su competencia asumir el costo de la prueba no treponémica y treponémica para diagnóstico, por estar incluida dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada en su área de influencia.
- Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial, de acuerdo con las prioridades en salud pública.

Unidades Notificadoras Municipales (UNM)

- Notificar a la Secretaría Departamental de Salud los casos de sífilis gestacional y congénita mediante la transferencia de archivos planos procedentes de las UPGD adscritas a su jurisdicción, según los tiempos y lineamientos establecidos para tal fin.
- Realizar las acciones de promoción, prevención y control, acorde a las competencias establecidas en la ley 715 de 2001.
- Generar espacios para el análisis de los casos de mortalidad por sífilis (Coves, salas situacionales, unidades de análisis) con las UPGD caracterizadas en su territorio, que permitan identificar los posibles factores asociados a la mortalidad, y generar estrategias de mejoramiento y control.
- Asegurar las acciones pertinentes para dar cumplimiento a los requerimientos en casos de mortalidad por este evento: envío de la unidad de análisis realizada con las instituciones involucradas en la atención del paciente.
- Realizar jornadas de capacitación y socialización del protocolo de vigilancia epidemiológica de sífilis gestacional y congénita a los profesionales de la salud de su área, teniendo en cuenta las condiciones geográficas y sociodemográficas de la población.
- Solicitar apoyo técnico a la dirección departamental de salud para la

- investigación y análisis de los casos, cuando lo consideren necesario.
- Diseñar estrategias de comunicación para la comunidad que promuevan la prevención de las infecciones de transmisión sexual (uso de preservativo), la asistencia al control prenatal y la consulta oportuna a los servicios de salud.
 - Promover las acciones necesarias para el trabajo intersectorial durante la investigación de los casos para asegurar la participación de todas las instituciones según sus competencias.
 - Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial, de acuerdo con las prioridades en salud pública.

Unidades Notificadoras Departamentales o Distritales (UND)

- Notificar mediante la transferencia de archivos planos los casos de sífilis gestacional y congénita reportados por sus municipios al Instituto Nacional de Salud, según los tiempos y lineamientos establecidos para tal fin.
- Mantener actualizada la información epidemiológica del comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en el departamento.
- Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del sistema de vigilancia en salud pública, y en el desarrollo de las acciones de vigilancia y control epidemiológico, garantizando el cumplimiento de los lineamientos y requerimientos establecidos.
- Coordinar el desarrollo y la operación del sistema de vigilancia, a nivel interinstitucional e intersectorial para que las acciones de prevención y control sean efectivas dentro del ciclo de la enfermedad.
- Capacitar permanentemente a los responsables de la vigilancia de los municipios en el protocolo y los lineamientos de sífilis gestacional y congénita.
- Solicitar apoyo técnico al Instituto Nacional de Salud para la investigación de los casos, en caso de considerarlo necesario.

Laboratorios Departamentales de Salud Pública (LDSP)

- Realizar el control de calidad pertinente a los laboratorios de diagnóstico en su jurisdicción, y realizar un informe de realimentación con los resultados a los laboratorios evaluados.
- Participar en el programa de control de calidad que realiza el grupo de microbiología de la Dirección de Redes en Salud pública.
- Realizar capacitaciones a los profesionales de la salud de los municipios (médicos, enfermeros, bacteriólogos) en lo relacionado con el diagnóstico de sífilis (toma de muestras, tipo de muestras, tipo de pruebas, condiciones para transporte).

- Mantener una base de datos actualizada con las muestras recibidas por municipios, y los resultados luego del procesamiento de las mismas.
- Realimentar los resultados de los casos a las IPS y direcciones locales de salud para realizar las acciones necesarias con el paciente, y ajustar los casos en el sistema de vigilancia.

Instituto Nacional de Salud (INS)

- Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través de la Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública, construir y divulgar los lineamientos para la vigilancia epidemiológica de la sífilis gestacional y congénita en el territorio nacional.
- Apoyar mediante asistencia técnica de acuerdo a su competencia sanitaria a los departamentos y distritos, en la gestión del sistema de vigilancia en salud pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita.
- Analizar y divulgar la información de vigilancia en salud pública de la sífilis gestacional y congénita.
- Coordinar con el Ministerio de la Protección Social y otras entidades del sector salud las acciones pertinentes a realizar en los distritos y departamentos para la vigilancia y control de este evento.
- Supervisar y evaluar las acciones de vigilancia y control realizadas por las entidades territoriales en las áreas de su competencia.
- Hacer seguimiento y realimentación del cumplimiento de los lineamientos nacionales para sífilis gestacional y congénita por parte de las entidades territoriales.
- Fortalecer la Red Nacional de diagnóstico de sífilis gestacional y congénita.
- El laboratorio de microbiología realizará el control de calidad a los Laboratorios Departamentales de Salud Pública para las pruebas no treponémicas y treponémicas. Cabe resaltar que el laboratorio nacional de referencia no procesará ninguna muestra para diagnóstico individual de caso, ya que esta responsabilidad recae directamente sobre el laboratorio clínico de la IPS que atiende el caso.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)

- Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del sistema de vigilancia para la sífilis gestacional y congénita.
- Brindar asistencia técnica según su competencia, a los departamentos y distritos en caso de ser requerido.
- Coordinar la participación de las organizaciones del sector salud, y de otros sectores del ámbito nacional, para el fortalecimiento del sistema de

vigilancia epidemiológica de sífilis gestacional y congénita.

5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos, ni la estructura, en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

INDICADORES

Nombre del indicador	Proporción de incidencia de sífilis congénita
Definición	Se define como el número de casos nuevos de sífilis congénita que se desarrollan en una población durante un periodo de tiempo determinado (12).
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Propósito	Evaluar el ritmo de desarrollo de nuevos casos de sífilis congénita. Riesgo de estar enfermo Evaluar la magnitud del evento
Definición operacional	Numerador: Número de casos nuevos de sífilis congénita notificados en el periodo ____.

	Denominador: Población expuesta al riesgo de enfermar de esa causa en el periodo (nacidos vivos).
Coeficiente de multiplicación	1000*
Fuente de información	Archivos planos Población por grupos de edad, zona y sexo fuente DANE
Interpretación del resultado	En el periodo ___ se notificaron ___ casos nuevos de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos.
Nivel	Nacional, departamental y municipal
Meta	Para el año 2015 la incidencia de sífilis congénita en Colombia será de 0,5 casos o menos por 1000 nacidos vivos (incluidos mortinatos). Parámetros: Alta incidencia: mayor 0,7 casos de sífilis congénita por mil nacidos vivos Moderada incidencia: entre 0,5-0,7 casos de sífilis congénita por mil nacidos vivos Baja incidencia: menor o igual a 0,5 casos de sífilis congénita por mil nacidos

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad de sífilis congénita
Definición	Evaluar el impacto del evento en la población general, en términos de mortalidad
Periodicidad	Anual
Propósito	Evaluar la severidad del evento, establecer medidas de control
Definición operacional	<i>Numerador: Defunciones por la causa ___ registradas en un lugar en periodo de tiempo dado.</i> <i>Denominador: Total de nacidos vivos en el lugar ___.</i>
Coeficiente de multiplicación	100000
Fuente de información	Archivos planos, total casos por evento y entidad territorial. Población por grupos de edad, género.
Interpretación del resultado	Por cada 100000 nacidos vivos del lugar ___, ___mueren a causa de sífilis congénita.
Nivel	Nacional, departamental y municipal
Meta	No aplica
Aclaraciones	El indicador puede construirse según género, edad, grupo poblacional

Nombre del indicador	Letalidad por sífilis congénita
Definición	Determina la probabilidad de morir a causa de una enfermedad, o la proporción de muertes a causa de una enfermedad
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Propósito	Evaluar la severidad del evento. Establecer medidas de control. Identificar grupos vulnerables.

Definición operacional	<i>Numerador: Defunciones* por una causa ___ registradas en un lugar en periodo de tiempo dado</i> <i>Denominador: Enfermos de esa causa en ese lugar en tiempo dado**.</i>
Coeficiente de multiplicación	De acuerdo a la interpretación: 1000 / 100 Probabilidad 1
Fuente de información	Archivos planos, total casos por evento y entidad territorial.
Interpretación del resultado	La probabilidad de morir a causa de sífilis congénita en__lugar es de__. La proporción de muertes a causa de sífilis congénita en__lugar es de__. Por cada 100 casos de sífilis congénita, ___ mueren por esa causa.
Nivel	Nacional, departamental y municipal
Meta	No aplica
Aclaraciones	Aplica para evaluar el impacto de cada evento en términos de mortalidad. El indicador puede construirse según género, edad, grupo poblacional. *Para sífilis congénita: son muertes atribuibles a sífilis congénita. **Para sífilis congénita: Total de casos de sífilis congénita.

Nombre del indicador	Porcentaje de muertes atribuibles a sífilis congénita analizadas
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Refleja el número de fallecimientos por Sífilis congénita que se han discutido en reunión de análisis.
Periodicidad	Por periodo epidemiológico.
Propósito	Garantizar la realización de la investigación de caso y campo a los casos de mortalidad por sífilis congénita.
Definición operacional	<i>Numerador: Número de muertes por sífilis congénita con investigación de caso y campo a las que se les realizó unidad de análisis.</i> <i>Denominador: Número de muertes por sífilis congénita ocurridas por unidad de tiempo y lugar.</i>
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	SIVIGILA. Archivo Grupo ITS - SVCSP
Interpretación del resultado	Del total de muertes por Sífilis congénita, el ___ % se ha discutido en reunión de análisis.
Nivel	Departamental y Nacional.
Meta	El 100% de las muertes atribuibles a sífilis congénita se debe discutir en reunión de análisis.

Nombre del indicador	Razón de prevalencia de sífilis gestacional
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Razón de casos de sífilis gestacional presentados en el período de estudio por mil nacidos vivos
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Propósito	Permite conocer la razón de prevalencia de sífilis en gestantes en el año Establece la eficiencia del sistema para captar casos Permite detectar departamentos o distritos con niveles críticos de cumplimiento y adoptar oportunamente acciones correctivas
Definición operacional	<i>Numerador:</i> Número de casos de sífilis gestacional notificados en el periodo <i>Denominador:</i> Nacidos vivos DANE
Coeficiente de multiplicación	1000
Fuente de información	Sivigila, Nacidos vivos DANE
Interpretación del resultado	Por cada 1000 nacidos vivos en el año ____, se presentaron ____ casos de sífilis en gestantes.
Nivel	Departamental, Nacional
Meta	NA
Aclaraciones	Parámetros: Alta incidencia: mayor o igual a la incidencia promedio nacional por período epidemiológico o el año anterior Baja incidencia: menor a la incidencia promedio nacional por periodo epidemiológico o el año anterior <i>En el denominador se utiliza nacidos vivos, teniendo en cuenta que es el dato oficial disponible presentado por DANE, el cual permite un acercamiento para evaluar el ritmo de la enfermedad en una población determinada.</i>

Nombre del indicador	Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de semana 17
Definición	Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de semana 17 de su actual gestación.
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Propósito	Permite conocer el porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de semana 17 de su actual gestación, en el año. Establece la eficiencia del sistema para captar casos oportunamente. Permite detectar departamentos o distritos con niveles críticos de cumplimiento y adoptar oportunamente acciones correctivas
Definición operacional	<i>Numerador:</i> Número de casos de sífilis gestacional con pruebas de diagnóstico realizadas antes de la semana 17. <i>Denominador:</i> Número de casos de sífilis gestacional notificados en el periodo.

Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	El ___% de las gestantes notificadas como casos de sífilis gestacional, fue diagnosticado antes de la semana 17 de gestación.
Nivel	Departamental, Nacional
Meta	NA

7. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN

7.1. Acciones Individuales

La detección de sífilis gestacional y congénita tendrá lugar, según el contexto, a través de criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.

7.1.1 Gestante

Seguimiento y cumplimiento a recomendaciones referidas en la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita 2014.

La historia clínica perinatal completa, de acuerdo con lo establecido en la norma de atención de control prenatal y de parto (resolución 412/2000), debe cumplir con los siguientes requisitos:

En toda gestante que acude a control prenatal se recomienda realizar una historia clínica completa, haciendo énfasis en antecedentes relacionados con infecciones de transmisión sexual (ITS) (lesiones compatibles, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento previo de la paciente y sus contactos sexuales).

Identificar factores riesgo como:

Antecedente de otras infecciones de transmisión sexual; alta tasa de recambio de parejas sexuales o miembro de la pareja sexual con más de una pareja sexual; contacto sexual con personas que hayan padecido infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA; ausencia de control prenatal o control prenatal tardío (después de la semana 12 de gestación), y consumo de drogas psicoactivas o alcohol.

En gestante adolescente (menor de 19 años), debe tenerse en cuenta el bajo nivel educativo y nivel socio-económico.

Antecedente de sífilis, fase de la enfermedad, momento de la gestación en que fue tratada, el medicamento aplicado, seguimiento serológico y tratamiento de la pareja sexual.

En gestantes con prueba rápida treponémica positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se deberá ampliar la historia clínica buscando antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y reacción luego de su aplicación, además de historia personal de reacciones graves de hipersensibilidad.

- Pruebas de laboratorio.

Se debe realizar el tamizaje para sífilis con prueba rápida como parte de la atención prenatal. En mujeres gestantes con prueba treponémica rápida inicial negativa (aplicada en el sitio de atención), deberá repetirse en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post-aborto, así como en la primera consulta en caso de parto domiciliario.

Si la prueba rápida es positiva se debe continuar inmediatamente con la realización de las pruebas no treponémicas y reportar sus diluciones.

En el o los contactos sexuales de la mujer con sífilis gestacional se recomienda NO realizar pruebas diagnósticas para sífilis.

- Tratamiento

En mujeres sin antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina, se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2´400.000 UI IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la prueba rápida treponémica y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

Se recomienda que el tratamiento de la sífilis gestacional se administre dependiendo del estadio de la sífilis en la que se encuentre la gestante.

- Sífilis temprana (menor o igual a (\leq) 1 año de infección, incluye la sífilis primaria, secundaria y latente temprana): administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis única.
- Sífilis tardía (sífilis latente mayor a ($>$) 1 año de duración desde la infección): administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas.
- Sífilis de duración desconocida: administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas.(9)

En mujeres con diagnóstico de sífilis gestacional e historia de alergia a la penicilina o antecedente de reacciones alérgicas sistémicas tipo I (edema angioneurótico, urticaria generalizada, choque anafiláctico o dificultad respiratoria), se deberá utilizar penicilina benzatínica, previa desensibilización. Se recomienda utilizar el esquema de desensibilización con penicilina V potásica vía oral. Para su administración se requiere que la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) o Empresa Social del Estado (ESE) cuente con equipo básico para reanimación cardio-cerebropulmonar (RCP).

Con una solución de penicilina V potásica, suspensión oral de 250 mg por 5 cc, equivalente a 400.000 Unidades; es decir, 80.000 Unidades por centímetro cúbico. Se deben aplicar 14 dosis, una dosis cada 15 minutos, en un tiempo total de 3 horas y 45 minutos, para una dosis acumulada de un millón doscientas noventa y seis mil setecientas unidades (1'296.700 unidades).

En la siguiente tabla se presenta el Esquema de desensibilización oral para personas alérgicas a la penicilina:

Esquema de desensibilización oral para personas alérgicas a la penicilina

SOLUCIÓN	CÓMO PREPARARLA	NÚMERO DE DOSIS DE SUSPENSIÓN DE PENICILINA V POTÁSICA	UNIDADES/ ML	VOLUMEN ADMINISTRADO (ML)	UNIDADES	DOSIS ACUMULADA (UNIDADES)
1	1 cc Penicilina V potásica (80,000 U) + 79 ml de agua	1	1.000	0,1	100	100
		2	1.000	0,2	200	300
		3	1.000	0,4	400	700
		4	1.000	0,8	800	1.500
		5	1.000	1,6	1.600	3.100
		6	1.000	3,2	3.200	6.300
		7	1.000	6,4	6.400	12.700
2	2 cc (160.000 U) + 14 ml de agua	8	10.000	1,2	12.000	24.700
		9	10.000	2,4	24.000	48.700
		10	10.000	4,8	48.000	96.700
3	Solución comercial de 80.000 U/ml sin diluir.	11	80.000	1,0	80.000	176.700
		12	80.000	2,0	160.000	336.700
		13	80.000	4,0	320.000	656.700
		14	80.000	8,0	640.000	1'296.700

Tabla adaptada de la Guía canadiense para el manejo de las ITS. Ver en:

<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-10-eng.php> (table 4)

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. Bogotá. Colombia, diciembre de 2014.

En mujeres con sífilis gestacional alérgicas a la penicilina se recomienda NO utilizar el tratamiento con macrólidos.

En la mujer con sífilis gestacional con diagnóstico de reinfección se recomienda repetir el tratamiento con esquema de penicilina benzatínica 2´400.000 UI/IM, una dosis cada semana hasta completar 3 dosis.

Iniciar de manera inmediata el tratamiento de el(los) contacto(s) sexual(es) de la gestante.

En el o los contactos sexuales de la mujer con sífilis gestacional se recomienda administrar el tratamiento para sífilis de duración desconocida, es decir 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas. En caso de alergia a la penicilina, se recomienda administrar doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días.

En mujeres tratadas por sífilis gestacional, se realizará seguimiento al tratamiento con una prueba no treponémica (VDRL, RPR) reportada en diluciones, la cual será realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto, así como en la primera consulta posparto en caso de parto domiciliario.

Se considera efectividad de tratamiento a partir de la disminución de 2 diluciones con respecto a la serología inicial. Así mismo, se aclara que el seguimiento debe ser realizado con el mismo tipo de prueba no treponémica para que el resultado sea confiable. Si no se identifica la efectividad del tratamiento deberán analizarse las posibles causas y la paciente deberá tratarse nuevamente.

Para la mujer con sífilis gestacional y su o sus contactos sexuales se recomienda ofrecer e implementar consultas de asesoría y valoración en salud sexual, con énfasis en ITS, en ambientes idóneos, incluido lo contemplado en la Resolución 769 de 2008 referente a la asesoría y al suministro de condones. (9)

7.1.2 Recién nacido

Aunque la mayoría de los casos de sífilis congénita son asintomáticos, a todos los neonatos de madres con sífilis gestacional se les hará evaluación clínica y de laboratorio incluyendo lo siguiente:

Examen físico en búsqueda de evidencias de sífilis congénita (Bajo peso, prematurez, pénfigo palmoplantar, rash, hepatoesplenomegalia, rágades, rinorrea mucosanguinolenta, hidrops-fetalis)

Test serológico no treponémico cuantitativo (de sangre periférica, nunca de sangre de cordón)

Cuadro hemático

LCR para análisis de células, proteínas y VDRL

Radiografía de huesos largos

Uroanálisis

Aminotransferasas (AST - ALT)

Bilirrubinas

Otros estudios clínicamente indicados: Radiografía de tórax, recuento de plaquetas, pruebas de función hepática, examen oftalmológico, potenciales evocados.

Evaluaciones por exámenes complejos de los neonatos dependen de la presencia de anomalías al examen físico, y su realización debe efectuarse con criterio de utilidad, es decir, siempre que los resultados impliquen cambios en el tratamiento, seguimiento o rehabilitación.

- Para el diagnóstico del recién nacido es indispensable conocer la historia clínica del control prenatal
- En todo recién nacido que cumpla los criterios de caso de sífilis congénita se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (prueba no treponémica - VDRL, RPR-) cada 3 meses hasta el año de edad (3, 6, 9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en dos (2) diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL, RPR). Si el recién nacido tuvo compromiso de sistema nervioso central, a los seis meses se le deberá hacer punción lumbar para verificar la normalidad de los parámetros en el LCR de acuerdo con la edad. Si persiste algún parámetro alterado deberá recibir el tratamiento nuevamente ajustando por el peso actual.
- En todo recién nacido que cumpla con la definición de caso de sífilis congénita, se recomienda el uso de penicilina G cristalina 100.000 UI/Kg/IV dividida en dos dosis, cada una de 50.000 UI cada 12 horas por 7 días y luego 150.000 UI/Kg/IV del día 8 al 10 administrada en tres dosis (1 dosis cada 8 horas) de 50.000 UI/Kg cada una.
- En todo recién nacido expuesto que no cumpla con los criterios de caso de sífilis congénita y cuya madre haya sido tratada adecuadamente; se recomienda aplicar una sola dosis de penicilina benzatínica 50.000 UI/Kg/IM como profilaxis para infección por sífilis

- El seguimiento y tratamiento serán de acuerdo con lo estipulado por la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita 2014.

7.2 Acciones Colectivas

Las acciones comunitarias de vigilancia están directamente relacionadas con las medidas preventivas que se aplican a todas las infecciones de transmisión sexual, y son las siguientes:

Fortalecimiento de la cobertura y calidad del control prenatal en la red de servicios institucionales, mejorando su mercadeo social.

Desarrollo y mantenimiento de la red de laboratorios y del control de calidad para las pruebas de diagnóstico en la madre y el recién nacido.

Vigilancia sobre el cumplimiento de las actividades establecidas en la norma de atención de control prenatal y de parto y recién nacido (Resolución 412/2000).

Fortalecimiento en el cumplimiento del protocolo de vigilancia de sífilis gestacional y congénita en las instituciones de salud.

Coordinación con las instituciones formadoras del talento humano en salud y las asociaciones y sociedades científicas para la capacitación y divulgación de estas normas y protocolos (10).

Promover la utilización de servicios de salud y el comportamiento de búsqueda de atención.

Promover medidas generales para fomentar la educación sexual a través de campañas de promoción de comportamientos saludables relacionados con la sexualidad y la reproducción.

Proveer servicios de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, los cuales deben ser culturalmente apropiados, accesibles y aceptables.

Favorecer la producción de conocimiento acerca de las causas y posibles soluciones a los factores que limitan la accesibilidad de la población a los servicios de atención del embarazo, parto y puerperio. Se sugiere trabajar con la metodología de grupos focales.

Información a la comunidad y vinculación de ésta al proceso de vigilancia

epidemiológica para la detección de posibles casos.

Realizar búsqueda activa comunitaria con el fin de hallar gestantes sin control prenatal ni pruebas treponémicas y no treponémicas para hacerles seguimiento.

Realizar censo de parteras y establecer un programa de trabajo articulado entre las instituciones de salud y este grupo comunitario (11).

La detección de la sífilis materna implica la asistencia de la gestante a los servicios de atención prenatal y la disponibilidad de pruebas no treponémicas y treponémicas. La detección y notificación requiere del esfuerzo y la voluntad del profesional responsable.

Debido a la realidad contextual del país, la notificación de los mortinatos y los abortos no es regular; se dan partos no institucionales y la información relacionada con el número de casos e incidencia de sífilis gestacional y congénita es parcial. Esta situación debe corregirse mediante una búsqueda activa institucional con periodicidad trimestral en otras fuentes de información tales como los certificados de defunción y los registros del servicio de ginecología y laboratorio.

Teniendo en cuenta que la concordancia del número de casos por laboratorio y los notificados al Sivigila debe ser total, debe hacerse énfasis en las siguientes situaciones:

Cuando no hubo notificación de casos por parte del municipio (silencio epidemiológico).

Cuando las UPGD han realizado notificación semanal negativa regularmente.

Cuando hay relato o rumor de casos en la región o área.

Cuando el supervisor deba verificar la calidad de la vigilancia.

La vigilancia de la tendencia en la prevalencia de la sífilis gestacional y evaluación de las intervenciones como cobertura de tamizaje, tratamiento y seguimiento serológico adecuado y de la(s) pareja(s) serán los pilares para la eliminación y control de la sífilis congénita.

La investigación de caso de cada uno de los casos de sífilis congénita y de las muertes atribuibles, es una acción esencial para evaluar la calidad del manejo de la gestante durante la atención prenatal, el manejo del neonato y de los contactos sexuales, identificando situaciones de vulnerabilidad y barreras de acceso, entre otras. Esta información será útil para diseñar estrategias de mejoramiento.

Debe realizarse comités de vigilancia en salud pública (COVE) a nivel departamental o distrital, municipal e institucional.

Las instituciones prestadoras de salud (IPS), a través de la oficina de epidemiología, deberán realizar un COVE mensualmente, el cual puede ser modificado de acuerdo con la aparición de los casos; se debe convocar a los profesionales encargados de la atención de la gestante y del menor, del área de promoción y prevención. La finalidad del COVE será analizar el comportamiento en la notificación de los casos, evidenciar fallas en la detección, tratamiento y seguimiento de los casos y los contactos, identificando los factores que influyeron en la aparición de dichos casos.

El COVE municipal debe realizarse mensualmente y convocar a todas las IPS con el fin de realimentar la tendencia en el reporte de los casos, teniendo en cuenta aspectos como la fallas en la demanda inducida, en la atención y el seguimiento de los casos.

7.3 Acciones por Laboratorio

Recolección, conservación y transporte de muestras

Tipo de muestra: para la realización de la prueba rápida la muestra puede ser suero, plasma o sangre total recolectada por venopunción o punción dactilar.

Para la realización de pruebas no treponémicas (VDRL y RPR) la recomendación es recolectar suero preferiblemente en ayunas.

Obtención conservación y envío de la muestra: la muestra de suero se debe recolectar en tubo seco estéril sin anticoagulante por venopunción, dejar un tiempo entre 15 y 30 minutos para lograr la retracción del coagulo, centrifugar siguiendo el manual de procesos internos y separar el suero.

Las muestras de plasma, sangre total por venopunción o punción dactilar se deben recolectar y separar de acuerdo a los procedimientos internos de cada institución, tener en cuenta también las recomendaciones particulares del fabricante de las pruebas rápidas.

La muestra del recién nacido debe tomarse de vena periférica, ya que la del cordón umbilical no es recomendable por el traspaso de anticuerpos maternos.

Si la muestra de suero o plasma requiere remitirse, conservar en refrigeración (2-8°C) si el tiempo de almacenamiento es corto (1-5 días), para tiempos mayores de conservación congelar a - 20°C. Las muestras deben remitirse debidamente rotuladas, en triple embalaje, con geles refrigerantes que permitan

la conservación de la muestra durante el transporte y con la información epidemiológica relevante del caso.

Estudios *post mortem*: en todo caso de muerte perinatal debe evaluarse la posibilidad de sífilis congénita. De ser posible, deben realizarse estudios de campo oscuro o inmunofluorescencia a la placenta y realizar la necropsia para la búsqueda de signos sugestivos de sífilis congénita. En este caso se debe observar el protocolo de mortalidad perinatal.

Documentación asociada a la vigilancia del evento

Cabe resaltar que el laboratorio nacional de referencia no procesará ninguna muestra para diagnóstico individual, ya que esta responsabilidad recae directamente sobre el laboratorio clínico de la IPS que atiende el caso, sin embargo en casos excepcionales que el laboratorio de Salud Pública requiera colaboración del Laboratorio de sífilis del Grupo de Microbiología LNR en realización de pruebas confirmatorias, deberá enviar una carta de solicitud y un resumen de historia clínica.

Ensayos de laboratorio asociados a la vigilancia del evento

El diagnóstico de la infección por Sífilis se realiza fundamentalmente por la detección de anticuerpos contra el *Treponema pallidum*.

Hay dos tipos de pruebas para la detección de anticuerpos: las pruebas no treponémicas como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (Rapid plasma reagin) y las pruebas treponémicas como las pruebas rápidas, TPPA (*Treponema pallidum* Particle Agglutination), TPHA (*Treponema pallidum* Haemagglutination Assay) y el FTA-Abs (fluorescent treponemal antibody absorption); ensayo que cada vez es menos usado.

Las pruebas no treponémicas miden anticuerpos tipo Ig G e Ig M producidos por el hospedero en respuesta a material lipídico liberado por las células afectadas tales como sustancias lipoproteínas y cardioplipina.

Las pruebas treponémicas usan al *T. pallidum* o componentes de éste como antígeno y se basan en la detección de anticuerpos contra componentes treponémicos, estas pruebas son más específicas.

En el caso específico de este protocolo y en coherencia con la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, el diagnóstico en la gestante inicia con la realización de una prueba rápida (treponémica) y ante un resultado positivo en esta prueba, se

deberá realizar una prueba no treponémica (VDRL, RPR), reportando siempre las diluciones.

En caso de que en el sitio de atención de la gestante no se disponga de las pruebas no treponémicas, se recolectará la muestra de forma inmediata y se enviará al laboratorio indicado para la realización de estos ensayos.

En el caso de la sífilis congénita se utilizarán las pruebas no treponémicas para el seguimiento del niño.

Ver Flujograma detección sífilis gestacional y Flujograma sífilis congénita.

Control de calidad

Control de calidad directo

El Grupo de Microbiología DRSP del Instituto Nacional de Salud realiza la prueba de idoneidad en serología de sífilis (PISS) con el propósito de evaluar en forma directa la calidad de las pruebas treponémicas y no treponémicas para el diagnóstico serológico de la sífilis, utilizadas por los laboratorios participantes. Esta evaluación se compone de dos (2) pruebas al año, con 5 sueros cada una, enviadas semestralmente de acuerdo con cronograma, para un total de 10 sueros en el año. Se envía a los laboratorios de Salud Pública, a los laboratorios clínicos de la red pública y a los laboratorios particulares inscritos que hayan cancelado el costo de la prueba

Control de calidad indirecto

El Grupo de Microbiología de la Dirección de Redes en Salud Pública del INS como laboratorio de Referencia Nacional realiza el control de calidad indirecto en serología de sífilis a los LSPD, en esta prueba los LSPD deben enviar una vez al año 16 sueros reactivos y no reactivos (de reactividad conocida) de acuerdo con el cronograma y las condiciones establecidas por el Grupo de Microbiología del Instituto Nacional de Salud.

Responsabilidad de los laboratorios:

Prestador

Realizar las pruebas de diagnóstico treponémicas y no treponémicas
Participar en el control de calidad indirecto con el LSPD
Participar en prueba de idoneidad del Grupo de Microbiología del INS



Enviar informes mensuales al LSPD

Laboratorio de Salud Pública Departamental **(LSPD):**

Apoyar en el diagnóstico con pruebas confirmatorias a los laboratorios clínicos de su red.

Realizar el control de calidad indirecto a los laboratorios clínicos de su red.

Realizar el control de calidad en el marco de la implementación de la resolución 2338 de 2013 y su anexo técnico.

Participar en el control de calidad del Grupo de Microbiología (Prueba de idoneidad y control indirecto)

Capacitar a los laboratorios del nivel municipal.

Tener consolidado de las pruebas realizadas en su Red de Laboratorios

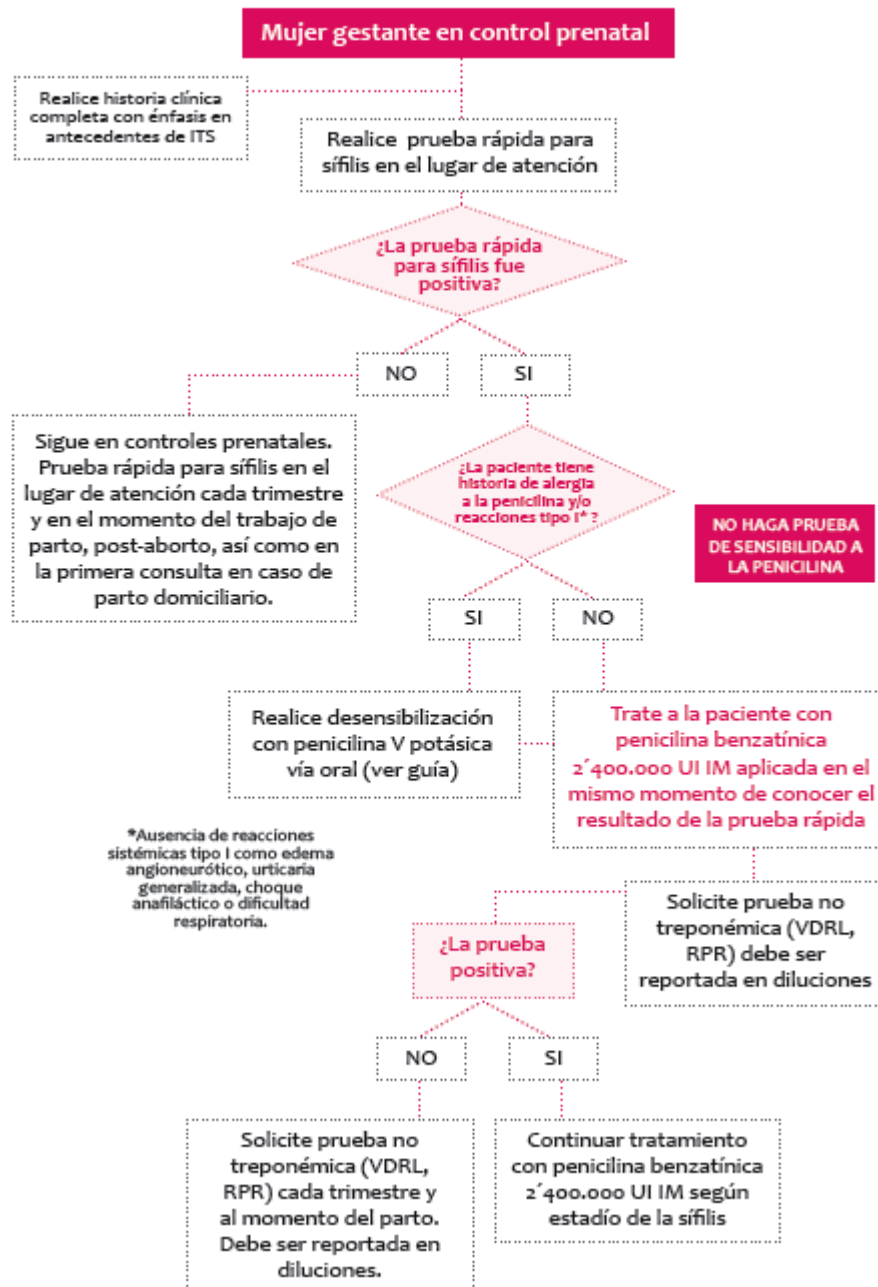
Instituto Nacional de Salud

Realizar el control de calidad directo e indirecto en serología de sífilis a los LSP

Realizar Asistencias técnicas (presenciales y virtuales) a aquellos LSP que lo requieran de acuerdo a los resultados de los programas de evaluación del desempeño.

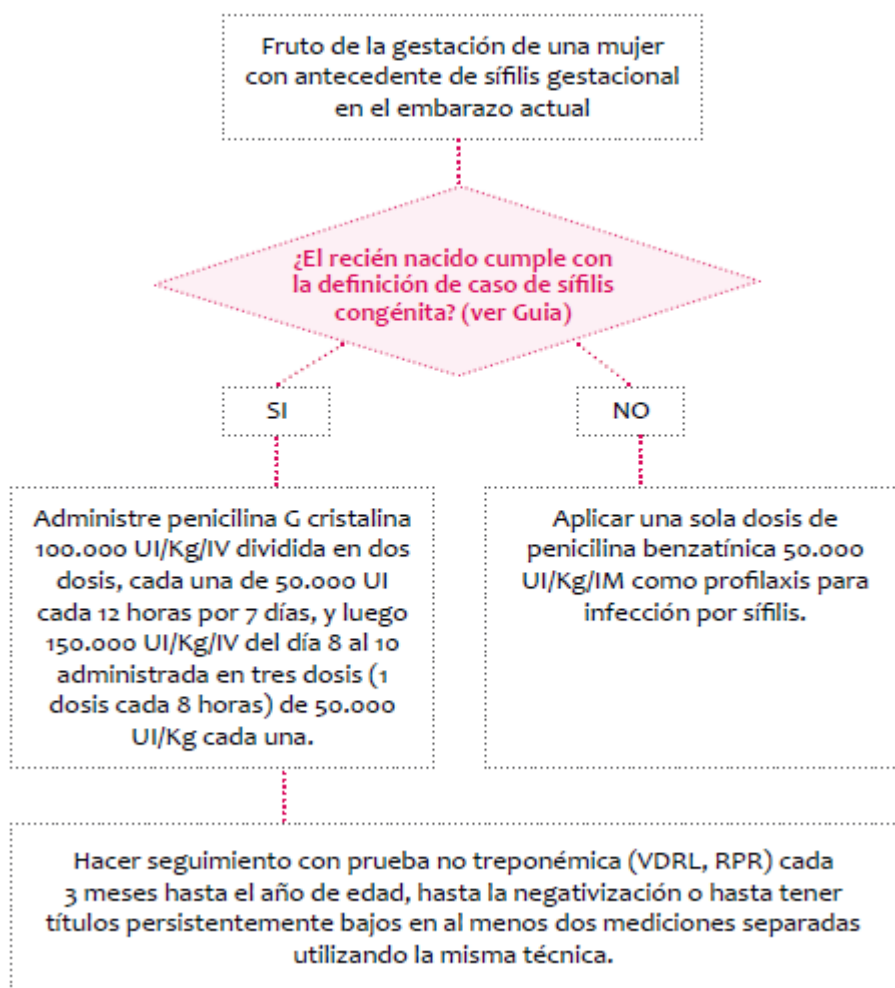
Participar en el control de calidad externo internacional.

FLUJOGRAMA DETECCIÓN SÍFILIS GESTACIONAL



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. Bogotá. Colombia, diciembre de 2014.

FLUJOGRAMA SÍFILIS CONGÉNITA



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. Bogotá. Colombia, diciembre de 2014.

8. ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

Medidas de control social

Buscan vincular a la comunidad en las acciones de prevención, control y vigilancia en salud pública, y controlar la infección por Sífilis gestacional y congénita combinando diferentes acciones tales como:

- Acciones de autocuidado centradas en la doble protección.
- Métodos anticonceptivos adecuados a las condiciones de cada persona.
- Capacidades de negociación con la pareja sobre el método anticonceptivo y de protección que se elige en un momento dado, para evitar la reinfección.
- Retardar la edad de inicio de las relaciones genitales, la frecuencia con que éstas se tienen, y la edad de la concepción.

Participación social / educación

Pretende comprometer a las autoridades locales para que desarrollen la gestión intersectorial necesaria con el fin de optimizar recursos y aunar todos los esfuerzos posibles en el control de la Sífilis gestacional y congénita. Igualmente, para el desarrollo de acciones estratégicas mediante movilización social y comunitaria que promuevan conductas cívicas, solidarias y responsables y acciones concretas de control de la transmisión de las ITS, tanto en las instituciones educativas, como en las instituciones de salud.

Comunicación social

Los medios de comunicación influyen en las actitudes, comportamientos y prácticas de los seres humanos. La posibilidad de transmitir un mensaje a un gran grupo de la población al mismo tiempo es una característica que permite maximizar el objetivo del mensaje; una información oportuna, adecuada y eficazmente transmitida les permite a las personas tomar decisiones sobre cambios de actitudes o adopción de prácticas saludables frente a su propia vida, realidad y entorno. El componente de comunicación social pretende cubrir amplios sectores de la población en el menor tiempo posible, busca informar, motivar y movilizar a la población para que participe en las diferentes acciones.

Medidas sobre los servicios de salud

Las instituciones prestadoras de servicios de salud pueden implementar un mecanismo que garantice el mejoramiento de la calidad del recurso humano para detectar y tratar los casos de Sífilis gestacional y congénita, así como reforzar o actualizar al personal en las definiciones de caso y los mecanismos para el diagnóstico, garantizar la adecuada atención de los casos en términos de calidad y oportunidad, y orientar a las personas para que asistan oportunamente a los servicios de salud en los casos en que se realiza búsqueda activa de casos.



Cuando la información demuestre incremento en la incidencia de los casos, se deberá evaluar la calidad del proceso de atención. Ante la presencia de fallas es preciso concertar un plan de mejoramiento a partir de las reuniones de análisis de tal forma que se evite la existencia de otros casos similares en el futuro.

Cuando se presente un aumento en el número de casos de Sífilis gestacional y congénita es preciso revisar los criterios de definición de caso utilizados por el personal de salud, y descartar un incremento de casos debido a mala clasificación de estos.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington D.C. 2009
2. OPS. Unidad de VIH/sida. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Washington, D.C., mayo de 2004.
Disponible en: www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/eliminasisifilislac.pdf
3. OPS. El control de las enfermedades transmisibles. Decimoctava edición. Washington, 2005.
4. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. Rev Panam Salud Pública. 2004;16(3):211-7.
5. Organización Mundial de la Salud. Eliminación Mundial de la sífilis congénita: Fundamentos y estrategia para la acción. 2008.
6. Barco Burgos María Cristina. Lúes y gestación. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2001: 52(3).
Disponible en:
http://www.scielo.org.co/SciELO.php?Script=sci_arttext&pid=S003474342001000300003&lng=pt&nrm=iso
7. Casas-P Rodolfo L, Rodríguez Magda, Rivas Jorge. Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente?. Rev Colomb Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2010 Jul 15]; 60(1): 49-56.
Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342009000100007&lng=es.
8. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2323 de 2006 por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones.
9. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014.

10. República de Colombia. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Sífilis Congénita, Plan de Eliminación. Quinta Edición, 2001. P 175-182.
11. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía de atención de la sífilis congénita. Resolución número 00412 de 2000.
Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/Actual/htmnormas/ntsifili.htm>

10.CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
	2006			Creación del documento, de acuerdo a los lineamientos de salud pública a nivel nacional.	Dora Romero
	2008/9			Revisión y actualización del documento.	Adriana Osorio Rincón Darío Huertas
00	2011	08	08	Revisión y actualización del documento.	Amparo L. Sabogal Apolinar Jenny C. Peralta Carvajal Lida M. Martínez Montañez
01	2014	06	11	Revisión de contenido y formato de acuerdo a los lineamientos de salud pública a nivel nacional.	Jenny C. Peralta Carvajal Lida M. Martínez Montañez
02	2015	02	25	Ajuste acciones por Laboratorio, actualización de acuerdo a la nueva Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita	Amparo L. Sabogal Apolinar Jenny Zambrano Esther Cristina Barros
03	2015	07	21	Actualización Flujoigramas detección sífilis.	Amparo L. Sabogal Apolinar

REVISO	APROBO
<p>Alfonso Campo Acroy Subdirector de prevención, vigilancia y control en salud pública</p> <p>Equipo de trabajo de la Subdirección Red Nacional de Laboratorios</p>	<p>Oscar Eduardo Pacheco Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (E)</p> <p>Mauricio Beltrán Duran Director Técnico de Redes en Salud Pública</p>

11. ANEXOS

Anexo 1. Ficha única de notificación de sífilis gestacional y congénita

Ficha de notificación, ubicada en:

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Fichas%20de%20Notificacin%20SIVIGILA/SIFILIS%20GESTACIONAL%20F750%20CONGENITA%20F740.pdf>

Anexo 2. Diagnósticos específicos para sífilis gestacional y congénita

A50	SIFILIS CONGENITA	A500	Sífilis congénita precoz, sintomática
		A501	Sífilis congénita precoz, latente
		A502	Sífilis congénita precoz sin otra especificación
		A503	Oculopatía sifilítica congénita tardía
		A504	Neurosífilis congénita tardía [neurosífilis juvenil]
		A505	Otras formas de sífilis congénita tardía, sintomática
		A506	Sífilis congénita tardía, latente
		A507	Sífilis congénita tardía, sin otra especificación
		A509	Sífilis congénita, sin otra especificación
A51	SIFILIS PRECOZ	A510	Sífilis genital primaria
		A511	Sífilis primaria anal
		A512	Sífilis primaria en otros sitios
		A513	Sífilis secundaria de piel y membranas mucosas
		A514	Otras sífilis secundarias
		A515	Sífilis precoz, latente
		A519	Sífilis precoz, sin otra especificación
A52	SIFILIS TARDIA	A520†	Sífilis cardiovascular
		A521	Neurosífilis sintomática
		A522	Neurosífilis asintomática
		A523	Neurosífilis no especificada
		A527	Otras sífilis tardías sintomáticas
		A528	Sífilis tardía, latente
		A529	Sífilis tardía, no especificada
O98	Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	O981	Sífilis que complica el embarazo, el parto y el puerperio

Fuente: Código Internacional de Enfermedades (CIE 10) décima versión.