


 Libertad y Orden	República de Colombia Ministerio de Trabajo y Salud Dirección General de Salud Pública	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA	 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 Sistema de Vigilancia en Salud Pública			
Boletín Epidemiológico Semanal			
Semana Epidemiológica No. 09		Febrero 23 a Marzo 1 de 2003	

CARACTERIZACION DE LOS CASOS DE SIFILIS CONGENITA, COLOMBIA 1996 A 2001. ...	1
RESULTADOS - CARACTERIZACION MATERNA	2
CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO	6
TENDENCIA POR GRUPOS DE EDAD	6
COMPORTAMIENTO DE LA SIFILIS CONGENITA 2002	8
RELACION PROGRAMA ITS Sida – Sivigila.....	8
FACTORES ASOCIADOS A LA MADRE	8
FACTORES ASOCIADOS A LOS SERVICIOS	9
RESULTADOS EN EL PRODUCTO	10
DISCUSION	10
¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?.....	11
Exposición rábica.....	11
Parálisis flácida	11
Sarampión.....	11

CARACTERIZACION DE LOS CASOS DE SIFILIS CONGENITA, COLOMBIA 1996 A 2001.

No es mucha la información disponible sobre los casos de sífilis congénita. A pesar que existe una ficha epidemiológica donde se recoge información de sexo, edad materna, edad gestacional, procedencia y clasificación del caso, no se dispone de las fichas de todos los casos reportados. La información que se recolecta es incompleta en la mayoría de los casos, las fichas no están unificadas o los datos no son suficientes para la caracterización, si se tiene en cuenta la definición de caso probable que incluye tratamiento y factores socio-económicos.

Este informe se realiza a partir de la información disponible de 2.117 fichas recuperadas (de 768 iniciales) de un total de 4.187 casos reportados al SIVIGILA, en el periodo 1996-2001, con poca recuperación de los casos de cuatro departamentos importantes para la evaluación del fenómeno como Antioquia, Huila, Quindío y Santander, y con una baja notificación de casos de una zona de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, la región Costa Atlántica.

La descripción se compone básicamente de variables relacionadas con el niño como sexo, estado al nacer (vivo-muerto), sintomatología (sintomático-asintomático), clasificación de caso (probable – confirmado) y fase de la sífilis (primaria – tardía); y con

la madre, como edad materna, edad gestacional, afiliación al SGSSS, zona de procedencia, antecedente de control prenatal, serología prenatal y peri-parto, reactividad no treponémica prenatal y peri-parto. Sólo se examina la tendencia para la sífilis congénita en grupos de edad de interés epidemiológico, el resto se analizará como medidas de periodo, acumuladas. La información será presentada en su mayoría por departamento y región Corpes. Para el total de los registros, en el análisis de cada una de las variables se descartó la categoría sin dato.

RESULTADOS - CARACTERIZACION MATERNA

La edad media de las madres fue de 24 años (desviación estándar de 6,4 años), una mediana de 23 años y moda de 23. El 50% de los valores se encuentra entre 19 y 28 años, el 75% de los casos ocurren en mujeres menores de 28 años. Encontrar 25% de las madres por debajo de 19 años, hace considerar a este grupo de alta vulnerabilidad, como lo establece la definición de caso. No se encontraron diferencias por región Corpes.

a edad gestacional promedio fue de 38 semanas (desviación estándar de 3,1 semanas, máximo de 46 y mínimo de 14) con una mediana de 39 (percentil 25 de 37 y percentil 75 de 40 semanas) y una moda de 40 semanas. El 1,9% de los casos fueron de mortalidad fetal temprana (antes de la semana 28 de gestación¹), cuya etiología sifilítica es probable pero de difícil confirmación. Los partos prematuros fueron registrados en el 25%, a término en el 71,1% y prolongados en el 2%. La afectación en los partos pretérmino y post-término indica la necesidad de insistir en el tamizaje de la gestante que tuvo alguno de estos eventos. La edad gestacional promedio de los entes territoriales se encontró entre 36 y 39 semanas.

El 62% de los casos con registro de afiliación al SGSSS (857 de 1.390) fueron no afiliadas; el 32% fueron subsidiadas y el 6% contributivas. Entre los departamentos que registraron mayor proporción de no afiliados (por encima del percentil 75) entre los casos están Atlántico, Bogotá y Caldas, de alta población; con una mayor participación de afiliados (por debajo del percentil 25 de vinculados) estuvieron Huila, Arauca, La Guajira, Boyacá, Norte de Santander, Tolima y Meta.

Al examinar la situación por región Corpes, se encontró que la Costa Atlántica tuvo dos tercios de los casos en población no afiliada. Es de resaltar, que la mitad de los casos en la Orinoquía sucedieron en población afiliada. Ver Tabla 1.

Tabla 1

**AFILIACION AL SGSS POR REGION
SIFILIS CONGENITA 1996-2001**

REGION	No. Registros	No afiliado
AMAZONIA	164	58.5%
CENTRO	553	59.9%
COSTA	228	71.5%
OCCIDENTE	971	61.5%
ORINOQUIA	74	55.4%

¹ Mc Carthy, B. Análisis de mortalidad perinatal. 1997

El 79% de los casos con zona de procedencia registrada (1.228) provinieron de zona urbana. El comportamiento de los casos fue típicamente urbano (de acuerdo al percentil 75 y el número de registros), en los departamentos de Valle y Norte de Santander; fue rural (de acuerdo al percentil 25 y el número de registros) en Cauca, Nariño y Caquetá.

En las regiones donde se acumuló la mayor proporción de casos, Occidente y Centro Oriente, tuvieron un comportamiento básicamente urbano (cercana a 80%). En la Amazonía, el 40% de los casos procedían de zona rural. Ver Tabla 2.

Tabla 2

**ZONA DE PROCEDENCIA POR REGION
SIFILIS CONGENITA 1996-2001**

REGION	No. Registros	Urbanos
AMAZONIA	119	60.5%
CENTRO	458	81.4%
COSTA	256	70.7%
OCCIDENTE	1077	79.6%
ORINOQUIA	82	69.5%

El 46% de los casos no refirió antecedente de control prenatal. Fueron encontrados por debajo del percentil 25 de cobertura de control prenatal, con un patrón claro dado su número de casos documentados, los departamentos de Putumayo, Atlántico, Nariño y Arauca. La cobertura del control prenatal estuvo por encima del percentil 75, lo que podría relacionarse con deficiente calidad, en los entes territoriales de Córdoba, Caquetá y Caldas. La mayoría de las regiones Corpes se agrupan en cobertura del control prenatal alrededor de 55%, con un punto crítico en la Orinoquía de 42% Ver Tablas 3 y 4.

Tabla 3

**COBERTURA DE CPN POR REGION
SIFILIS CONGENITA 1996-2001**

REGION	No. Registros	Cob CPN
AMAZONIA	170	55%
CENTRO	611	61%
COSTA	244	55%
OCCIDENTE	1036	52%
ORINOQUIA	83	42%

Tabla 4

**ANTECEDENTE DE CONTROL PRENATAL POR DEPARTAMENTO
SIFILIS CONGENITA 1996-2001**

DEPARTAMENTO	No. Registros	CPN
BOYACA	10	90.0%
CUNDINAMARCA	21	81.0%
NORTE DE SANTANDER	29	75.9%
CORDOBA	71	64.8%
CAQUETA	78	61.5%
CALDAS	65	58.5%
BOLIVAR	31	58.1%
PERCENTIL 75=57,4%		
SUCRE	7	57.1%
CAUCA	43	55.8%
BOGOTA	18	55.6%
SANTANDER	107	54.2%
VALLE	626	54.2%
TOLIMA	28	53.6%
RISARALDA	124	53.2%
CESAR	31	51.6%
HUILA	18	50.0%
MAGDALENA	10	50.0%
CASANARE	13	46.2%
AMAZONAS	18	44.4%
META	9	44.4%
ANTIOQUIA	46	43.5%
PERCENTIL 25=43,3%		
QUINDIO	7	42.9%
PUTUMAYO	22	40.9%
ATLANTICO	20	40.0%
GUAVIARE	5	40.0%
NARINO	91	38.5%
GUAJIRA	8	37.5%
ARAUCA	12	25.0%
TOTAL	1568	53.9%

El 54% (845) de los que diligenciaron la variable antecedente de serología (1.865), lo registró positivo. Sólo el 73% de las que mencionaron antecedente de control prenatal, tienen a su vez, antecedente de serología. Los departamentos con más baja oferta de serología en el control prenatal (por debajo del percentil 25, 60%) fueron Magdalena, Meta, Casanare, Guaviare, Norte de Santander, La Guajira y Atlántico. El 16% de los que no refirieron antecedente de control prenatal recibieron el servicio de serología, con una participación importante de La Guajira, Casanare, Huila, Cauca y Valle del Cauca.

Para la evaluación del antecedente de serología y su reactividad solamente se tomó la variable reactividad, que correspondió al 82% de los que se diligenció el antecedente como positivo (588 de 723). Del total que reportaron el resultado de la serología en el control prenatal (588), el 65% fueron reactivas a pruebas no treponémicas. Casi la totalidad de los casos de los que tuvieron serología en el periodo prenatal fueron reactivos en Boyacá, La Guajira, Guaviare, Magdalena, Putumayo, Sucre y Caquetá. Esta reactividad en casos de sífilis congénita, puede indicar deficiencias en la calidad de la atención, principalmente en el tratamiento, o errores en la clasificación de los casos.

De los 1.417 fichas en las que se diligenció antecedente de serología en peri-parto, el 90% fue positivo. Esta oferta es crítica en los departamentos de Atlántico (23%), Magdalena (44%), Meta, Cesar, Bogotá, Tolima y Bolívar. Es óptima la oferta (100%) en Boyacá, La Guajira, Huila, Risaralda y Sucre.

El 98% de los que diligenciaron la reactividad de la prueba (92% de 1.417) fueron positivos a la prueba. Casi la totalidad de los entes territoriales estuvieron cerca de la medida nacional.

El 81% de los que tuvieron una prueba reactiva en el control prenatal y antecedente de prueba en el periparto, tuvieron prueba reactiva en el parto (472 de 582), lo que continúa evidenciando deficiencias en el tratamiento o en el seguimiento de los casos de sífilis gestacional. Los departamentos de Bolívar, Tolima, Cesar, Cundinamarca, Magdalena, Meta y Guaviare tuvieron dos tercios de los casos de posible persistencia de la infección (por debajo del percentil 25). Por encima del 88,7% se encontraron Antioquia, Atlántico, Quindío, Caquetá, Risaralda, Boyacá y Cauca.

El 39% de los que tuvieron una prueba reactiva durante el parto también tuvieron una reactiva en el control prenatal, indicando más de un tercio de tratamientos deficientes. Esta situación superó el percentil 75 (antecedente de reactividad mayor de 60%) en los departamentos de Caquetá, Cundinamarca, Boyacá, Valle, Cauca, Risaralda y Huila. Tienen poca persistencia, por debajo de 25%, los departamentos de Nariño, Arauca, Meta, Magdalena, Norte de Santander, Quindío y Guaviare.

Persisten en la reactividad tanto desde el control prenatal como del parto, los departamentos de Caquetá, Risaralda y Cauca, que deben ser abordados para revisar su definición y clasificación de caso o para verificar la eficacia del tratamiento. Al parecer, los departamentos de Magdalena, Meta y Guaviare mantienen persistencias bajas en los dos escenarios.

En la región de la Amazonía y Occidente la persistencia de reactividad entre control prenatal y parto fue cercana a 90%; mientras que el antecedente de reactividad en el control prenatal entre los reactivos en el periparto fue de 50% en la Amazonía; la persistencia en la Amazonía, bien puede relacionarse con un deficiencias en la clasificación de caso. Ver Tabla 5.

Tabla 5

**PERSISTENCIA DE REACTIVIDAD EN SIFILIS GESTACIONAL
SIFILIS CONGENITA. COLOMBIA 1996-2001**

REGION	reactiva cpn y parto	reactiva cpn	persistencia	reactiva parto	persistencia
AMAZONIA	76	81	93.8%	153	49.7%
CENTRO	163	219	74.4%	454	35.9%
COSTA	52	71	73.2%	189	27.5%
OCCIDENTE	166	187	88.8%	446	37.2%
ORINOQUIA	15	24	62.5%	63	23.8%

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO

El 49% fueron de sexo masculino (1.162 de 2.370). El 2,4% de los casos (2.128) fueron óbitos o abortos; de estos 51 muertos al nacer, 11 fueron abortos, 28 pretérmino y 23 a término. Los departamentos de Amazonas, Casanare – estos dos, por su baja incidencia - Cundinamarca, Huila y Sucre registraron tasa de letalidad mayor de 5%.

En el 18.5% de 1.287 registrados, el niño tenía sintomatología compatible con sífilis congénita, no obstante, la ficha no permite identificar el tipo de síntomas. Reportaron mayor proporción de sintomáticos, con mayor cantidad de casos, Atlántico, Meta, Cesar, Boyacá, Cundinamarca y Caldas. No reportaron sintomáticos más de 14%, Bogotá, Valle, Antioquia, Casanare, Córdoba, Risaralda y Amazonas.

El 55% de los casos fueron clasificados como probables, con proporciones mayores de confirmación, aparentemente (pues no existe una variable para verificarlo en la ficha), fueron Boyacá, Magdalena, Meta, Risaralda, Atlántico, La Guajira y Córdoba. Las mayores proporciones de casos probables, mayores de 70%, fueron reportados por Amazonas, Caquetá, Cesar, Norte de Santander, Cauca, Nariño y Quindío.

El 96% de los casos se consideraron como sífilis temprana. El 4% restante correspondería a casos que fueron detectados después de 2 años de nacimiento como lo establece la definición clínica; sin embargo, al comprobarlo con los registros, sólo 4 de 27, cumplen con esta definición. Es de vital importancia la recuperación de los casos de sífilis congénita como vigilancia centinela, no como vigilancia rutinaria; para este caso, es indispensable, en mención a los numeradores y sus respectivos denominadores, reportar al SIVIGILA, únicamente los casos en recién nacidos vivos o muertos.

TENDENCIA POR GRUPOS DE EDAD

Al evaluar la tendencia del periodo 1996-2001, no se observa un comportamiento regular (explicable por coeficientes r^2) ni en el grupo de menores de 18 años (adolescentes) ni en el de mayores de 37 años (añosas). Ver gráficos 1 y 2.

Gráfico 1

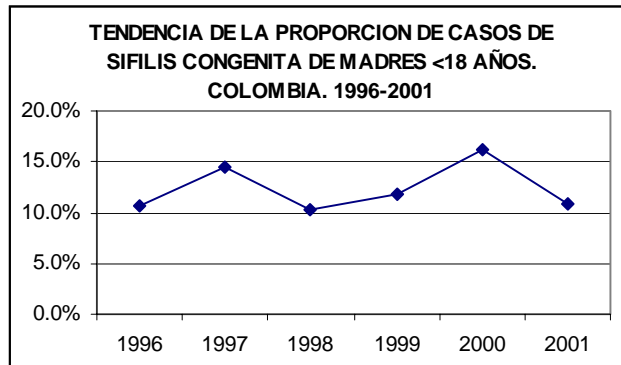
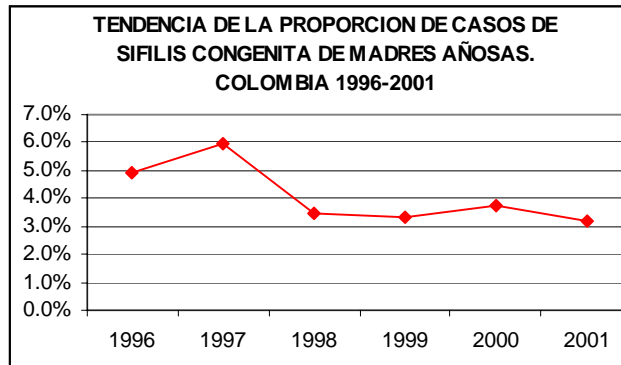
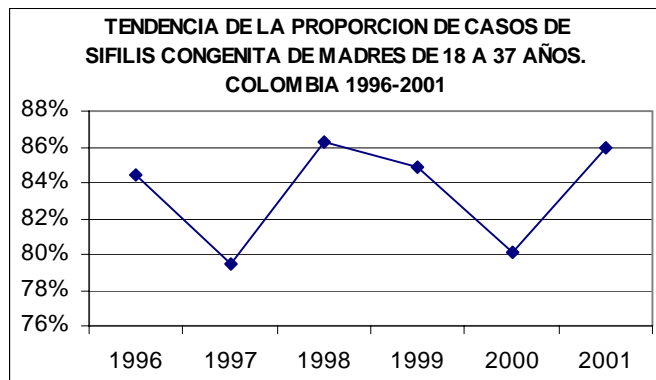


Gráfico 2



En el grupo restante, en la proporción de casos que son de madres de 18 a 37 años, no se evidenció tendencia en la participación. Sin embargo, si se mirasen las 3 gráficas (3, 4 y 5) al mismo tiempo, se observa que al descender los casos en este grupo, aumenta la participación en los otros dos. Mientras la participación de las madres adolescentes oscila en el 10%, la de las madres añosas ha disminuido un 50% en los 6 años, y la del resto de madres entre un 80 y 85%.

Gráfico 3



COMPORTAMIENTO DE LA SIFILIS CONGENITA 2002

De acuerdo a la información recuperada del periodo 1996-2001, se hará una comparación de los datos disponibles en las fichas epidemiológicas de notificación de caso de Sífilis Congénita que han sido enviadas al Programa ITS Sida del Instituto Nacional de Salud, correspondientes a los casos notificados durante 2002.

Una vez se disponga de todas las fichas recuperables de casos notificados de 2002, debe completarse este informe. Esta información fue solicitada a los entes territoriales para su envío cada mes, sin embargo, ante el irregular cumplimiento de esta solicitud, se realizó el requerimiento de la misma en la última semana de noviembre.

RELACION PROGRAMA ITS Sida – Sivigila

De 33 entes territoriales que han reportado casos hasta octubre 31 de 2002, se dispone sólo de fichas de 12 entes, con registro importante de Bogotá, Valle, Norte de Santander, Nariño, Cundinamarca y Cesar. El departamento de Antioquia envía su base de datos, que contiene información muy general que no permite su homologación con la base nacional. En la tabla 1 se registra la notificación por Sivigila y por el programa, encontrando que en departamentos como Amazonas, La Guajira y Norte de Santander no se ha ajustado la información por Sivigila.

De 708 casos notificados, se han recibido fichas de 310 (30%). Por el proceso intensivo que se está realizando para solicitar las fichas, en el primer periodo de 2003, se debe aumentar este registro. Sin embargo, es de anotar que el programa habitualmente recibía alrededor de 100 registros.

FACTORES ASOCIADOS A LA MADRE

La edad materna promedio fue de 24,4 años, con un rango entre 22 y 25 años para todos los departamentos. El 25% de todas las gestantes estaba por debajo de 19 años y el 10% por encima de 34 años.

La edad gestacional media fue de 38 semanas, con un rango entre 37 y 39 de promedio por departamento. El 10% tenía menos de 34 semanas (prematurez) y 10% por encima de 40.

El 66% de los casos, la madre no estaba afiliada al SGSSS (n=228), del 34% afiliado, dos tercios son subsidiados. Norte de Santander, Valle y Cesar presentan no afiliadas, mayores de 66%. El 84% de los casos notificados mediante ficha proviene de zona urbana, con un rango que varía entre 50 y 100%.

Diferencia programa ITS/Sida Sivigila Sífilis Congénita Oct 31 2001

Departamento	Sivigila	Programa	Diferencia	%
AMAZONAS	0	1	-1	
ANTIOQUIA*	115		115	100%
ARAUCA	14	9	5	36%
ATLANTICO	1		1	100%
BOGOTA	147	85	62	42%
BOLIVAR	15	1	14	93%
BOYACA	16	2	14	88%
CALDAS	29	12	17	59%
CAQUETA	16	7	9	56%
CASANARE	10		10	100%
CAUCA	15		15	100%
CESAR	36	30	6	17%
CHOCO	2		2	100%
CORDOBA	21		21	100%
CUNDINAMARCA	16	13	3	19%
GUAINIA	0		0	
GUAVIARE	0		0	
HUILA	33		33	100%
LA GUAJIRA	1	5	-4	-400%
MAGDALENA	17		17	100%
META	44	31	13	30%
NARIÑO	22	19	3	14%
NORTE DE STDER.	54	65	-11	-20%
PUTUMAYO	7	2	5	71%
QUINDIO	10		10	100%
RISARALDA	18		18	100%
SAN ANDRES	0		0	
SANTANDER	70		70	100%
SUCRE	8		8	100%
TOLIMA	24		24	100%
VALLE	255	27	228	89%
VAUPES	1	1	0	0%
VICHADA	1		1	100%
TOTAL	1018	310	708	70%

*Se recibio base de datos pero no es posible homologar

FACTORES ASOCIADOS A LOS SERVICIOS

En el 55% de los registros parar captar antecedente de control prenatal, este fue positivo, aunque no es posible captar con la ficha actual, el número de controles y el momento de captación. El rango de cobertura va de 36% en Valle a 100% en Cundinamarca, de la muestra seleccionada (disponible). Los departamentos con menores coberturas concuerdan con los que presentan mayor peso específico de casos.

Todos los casos con control prenatal tuvieron serología, de los cuales, el 64.1% era reactivo en el momento del examen. El rango de positividad se encuentra entre 50 y

89%, lo que podría indicar fallas importantes en el tratamiento o en la clasificación de caso.

Ver Tabla 6

Tabla 6

Cobertura del CPN. Sífilis Congénita. Colombia. Ene-Oct 2002

Departamento	Con CPN	Sin CPN	Total	% CPN	Serología	% serología	Reactiva	% reactiva
VALLE	9	16	25	36%	9	100%	8	88.9%
CESAR	12	17	29	41%	12	100%	8	66.7%
OTROS	6	7	13	46%	6	100%	5	83.3%
NORTE DE SANTANDER	34	31	65	52%	34	100%	18	52.9%
META	18	11	29	62%	18	100%	9	50.0%
NARINO	11	6	17	65%	11	100%	7	63.6%
CALDAS	8	4	12	67%	8	100%	6	75.0%
CAQUETA	5	2	7	71%	5	100%	4	80.0%
ARAUCA	7	1	8	88%	7	100%	5	71.4%
CUNDINAMARCA	7	0	7	100%	7	100%	5	71.4%
TOTAL	117	95	212	55%	117	100%	75	64.1%

Otros: Vaupés, Putumayo, La Guajira, Amazonas, Bolivar, Boyacá, Bogotá

La mitad registraron antecedente de serología en el parto, que corresponde a 80,5% (n=195) de los que registraron. La totalidad de los que notificaron serología periparto tuvieron un resultado reactivo. El 100% de los que tuvieron una serología previa en el control prenatal continuaban siendo reactivos en el parto, lo que podría ratificar las deficiencias en la clasificación o tratamiento.

RESULTADOS EN EL PRODUCTO

Sólo 2 de los 310 niños, murió por causa de sífilis congénita. El 15% de los niños (30/198) tuvo síntomas al nacer, 46% (83/181) fue clasificado como confirmado y 88% (109/124) como sífilis primaria.

DISCUSION

Los resultados evidenciados en el análisis de la información disponible de fichas epidemiológicas de sífilis congénita pueden entenderse como una muestra de la realidad, más si se tiene en cuenta la representación de todas las regiones Corpes y de los departamentos más grandes o más pequeños.

Las características generales de la madre permanecen iguales a la caracterización 1996-2001 con un compromiso mayor de jóvenes, en especial de adolescentes (25%), y un estado gestacional a término. Permanecen también similares a dicho análisis el estado de no afiliación al SGSSS (66%) y la procedencia urbana (que asciende de 79 a 84%).

La cobertura de control prenatal aumentó de 46 a 55%, que puede ser preocupante en miras de atender oportunamente la sífilis gestacional más que la congénita, así como pasa de 73 a 100% la prueba no treponémica en el control prenatal. Se mantuvo la reactividad durante la gestación entre 64 y 65%. Esto demostraría fallas en cantidad y

calidad del control prenatal para la detección precoz y tratamiento oportuno de la sífilis gestacional.

La positividad en el parto de los que registraron antecedente de serología se mantuvo también cercano a 100%, lo que muestra las dificultades de acceso de la población al control prenatal, si se evalúa en conjunto con este antecedente.

Las características del feto permanecen similares en términos de mortalidad (1%) y sintomatología (de 18,5% a 15%), así como niveles de clasificación como probable, alrededor de 50%, que identifica problemas en la clasificación de caso.

La situación de la sífilis congénita en el país tiene características constantes entre 1996 y 2002 que deben ser abordadas para el éxito del Plan de Eliminación tanto a nivel nacional como local, entre las que se tiene: madres adolescentes y jóvenes, de procedencia urbana, no afiliadas al SGSSS, a término, sin antecedente de control prenatal y con serología previa reactiva o tomada sólo en el parto. Sin embargo deben abordarse poblaciones que pueden subregistrar como la de parto prematuro, afiliadas al SGSSS (contributivo) y con caso de mortalidad perinatal.

¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?

Exposición rábica

Se notificó un caso de rabia canina en el municipio de Villanueva (Bolívar) con exposición rábica a hombre de 22 años del casco urbano. La Secretaría Seccional de Salud coordinó las acciones de investigación de campo y de acción en el caso y con la comunidad.

Parálisis fláccida

Ha disminuido la notificación de casos de parálisis fláccida. Se insiste a los departamentos y distritos, y a sus municipios, para la búsqueda activa que permita cumplir con los requisitos de erradicación de la poliomielitis infantil.

Sarampión

No se han presentado casos confirmados de sarampión en los dos primeros periodos epidemiológicos.

SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.

Direcciones Territoriales de Salud que no notificaron a tiempo esta semana:

Bogotá DC , Chocó y Risaralda

La notificación es obligatoria y debe realizarse a más tardar hasta las **6 p.m. del día miércoles de cada semana.**