

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

Semana epidemiológica 52 de 2018.



CONTENIDO

1.	CONTEXTO	2
2.	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO de la SIFILIS GESTACIONAL y congénita.....	2
3.	SÍFILIS GESTACIONAL.....	4
	Comportamiento de la notificación.....	4
	Magnitud en lugar y persona (datos básicos).....	4
4.	SÍFILIS CONGÉNITA.....	7
	Comportamiento de la notificación.....	7
	Magnitud en lugar y persona (datos básicos).....	7
	Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios).....	7
5.	DISCUSIÓN	9
6.	COMPROMISOS DE LAS ESE/IPS	9
7.	ESTRATEGIAS IMPULSADAS DESDE SAVIA SALUD EPS.....	10

1. CONTEXTO

La sífilis gestacional y congénita es un importante problema de salud pública en Colombia ya que puede precipitar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves y un alto costo humano, social y económico para los pacientes. Además de las consecuencias en los casos de transmisión sexual, la sífilis congénita puede producir aborto espontáneo, muerte perinatal, bajo peso al nacer, infección neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas¹.

Desde el año 2010 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Unicef y otras organizaciones, plantearon 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, planteando una meta de 0,5 casos o menos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos – NV (incluidos mortinatos). En Colombia, a pesar de todos los esfuerzos de los diferentes sectores involucrados en el seguimiento y control de dichos eventos, la sífilis congénita no ha sido eliminada, la incidencia ha pasado de 0,90 casos por 1000 nacidos vivos en 1998 a 1,10 en 2016.

1. Informe del evento Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita Colombia Período VI 2018 - <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/S%C3%8DFILIS%20CONG%C3%89NITA%20Y%20GESTACIONAL%20SEMESTRE%20I%202018.pdf>

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, de la calidad de la atención de los servicios de salud y el fortalecimiento de la detección y tratamiento de los casos de sífilis, apoyadas por el Programa y la Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal de la sífilis congénita del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para lo anterior es fundamental el fortalecimiento de los procesos de atención y vigilancia de la sífilis en gestantes y de la sífilis congénita, en el marco del plan de beneficios en salud. Se hace necesario estimar la incidencia de sífilis congénita y la razón de prevalencia de sífilis gestacional, que permita conocer la tendencia de estos eventos a nivel nacional, además de caracterizar en las variables de persona, tiempo y lugar los casos ingresados a través del sistema de vigilancia. El comportamiento de estos eventos en Savia Salud EPS para el año 2018 se informa en este documento.

2. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA

La sífilis es una enfermedad causada por la bacteria del *Treponema pallidum*, cuya transmisión se produce por medio de la exposición sexual (90% de las infecciones) o por vía prenatal/vertical, de forma hematogénica-transplacentaria o durante el

parto por el contacto sanguíneo o con lesiones de los genitales de la madre. La sífilis no se transmite por la lactancia materna, a menos que haya una lesión infecciosa presente en la mama.

Un caso confirmado de **sífilis gestacional**² es toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis, 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.

Un caso confirmado de **sífilis congénita**² es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

- **Nexo epidemiológico:** Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado, sin importar el resultado de la prueba no treponémica del neonato. Se considera tratamiento adecuado, haber recibido al menos una dosis de penicilina benzatínica de 2´400.000 UI (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.
- **Laboratorio:** Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos 4 veces mayores que los de la madre al momento del parto, lo que equivale a 2 diluciones por encima del título materno o 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 necropsia.
- **Clínica:** 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 o en los paraclínicos (Bajo peso, prematurez, pénfigo palmo-plantar, rash, hepatoesplenomegalia, rinorrea mucosanguinolenta, *hidrops fetalis*,

2. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Sífilis Gestacional y Congénita. Instituto Nacional de Salud. 2017 - https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/PRO%20Sifilis_.pdf

anemia, leucocitos >35.000, plaquetas <150.000, rayos x de huesos largos con periostitis, bandas metafisiarias u osteocondritis, líquido cefalorraquídeo con VDRL reactivo en cualquier dilución o aumento de las proteínas o aminotransferasas, hiperbilirrubinemia directa, uroanálisis con proteinuria, hematuria o cilindruria.

El tratamiento óptimo para la sífilis es la penicilina, ya que es efectiva para tratar la sífilis en la madre y prevenir la sífilis congénita. 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 gestante³.

Cuando se evalúa un recién nacido hijo de madre con prueba no treponémica reactiva (VDRL o RPR) se debe ubicar en uno de los cuatro escenarios posibles⁴:

Tabla 1. Definiciones de los escenarios de la Sífilis congénita

Escenario	Definición	Clasifica para reporte como Sífilis congénita
Escenario 1	Recién nacido con enfermedad probada o altamente probable y: <ul style="list-style-type: none"> • Examen físico compatible con sífilis congénita o • VDRL o RPR cuatro veces los títulos maternos o • Campo oscuro positivo o anticuerpos fluorescentes positivos. 	Si
Escenario 2	Recién nacido con examen físico normal y serología igual a la madre o con menos de cuatro veces los títulos maternos y: <ul style="list-style-type: none"> • Madre no tratada, tratada inadecuadamente o sin registro de tratamiento o • Madre tratada con eritromicina u otro antibiótico diferente a penicilina o • Madre tratada en las últimas cuatro semanas de su embarazo. 	Si

Escenario	Definición	Clasifica para reporte como Sífilis congénita
Escenario 3	Es aquel en que la madre fue tratada adecuadamente en el embarazo, con disminución adecuada de títulos y sin reinfección ni recaída.	No
Escenario 4	Corresponde a la huella o cicatriz serológica. Hay constancia de tratamiento adecuado antes del embarazo con títulos que permanecen bajos y estables (menor o igual a 1:2 diluciones si la prueba es VDRL y menor o igual a 1:4 si es RPR). Se recomienda tratar al recién nacido con una dosis de benzatínica y dejar un plan de seguimiento.	No

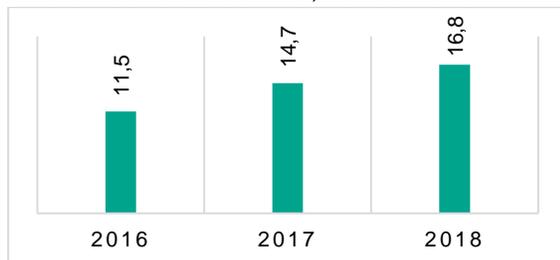
Fuente: Diagnóstico y manejo de la sífilis gestacional y congénita. Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

3. SÍFILIS GESTACIONAL

Comportamiento de la notificación

En los últimos años se muestra un incremento en la notificación de los casos de sífilis gestacional de usuarias de Savia Salud EPS, pasando de una razón de prevalencia de **11.5** casos por 1000 NV en 2016 a **14.7** en 2017 (a nivel nacional, en el año 2017 fue de 7.9). A la semana epidemiológica 52 de 2018, los casos confirmados por laboratorio fueron 301 entre 17.911 nacidos vivos, dando como resultado una razón de prevalencia en Savia Salud EPS de **16.8** casos por cada 1.000 nacidos vivos.

Gráfica 1. Razón de prevalencia de sífilis gestacional. Savia Salud EPS, 2016 a 2018.



Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud. Savia Salud EPS.

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

En el análisis realizado en la notificación individual, se encontró que el mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado con el 93% (281) de los casos. El **2,3%** (7 casos) son menores de 14 años y el grupo de edad que registró la mayor proporción de casos fue el de 20 a 24 años con el **29,9%** (90 casos). El **78,4%** de los casos de sífilis gestacional residen en la cabecera municipal (ver tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis gestacional. Savia Salud EPS, semana epidemiológica 52 de 2018.

Variable	Categoría	Casos	%
Tipo de régimen	Subsidiado	281	93,3%
	Contributivo	20	6,6%
Pertenencia étnica	Indígena	1	0,3%
	Raizal	3	1,0%
	Negro, mulato afrocolombiano	31	10,3%
	Otro	266	88,4%
Grupos de edad	<= 14 años	7	2,3%
	15 – 19 años	82	27,2%
	20 – 24 años	90	29,9%
	25 – 29 años	60	19,9%
	30 – 34 años	38	12,6%
	35 – 39 años	19	6,3%
Zona de residencia	40 – 44 años	5	1,7%
	Cabecera municipal	236	78,4%
	Centro poblado	16	5,3%
	Rural disperso	49	16,3%

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud. Savia Salud EPS, semana epidemiológica 52 de 2018.

En el mapa 1 y tabla 3, se identifica la distribución de los municipios según la razón de prevalencia de casos de sífilis gestacional. Los cinco primeros

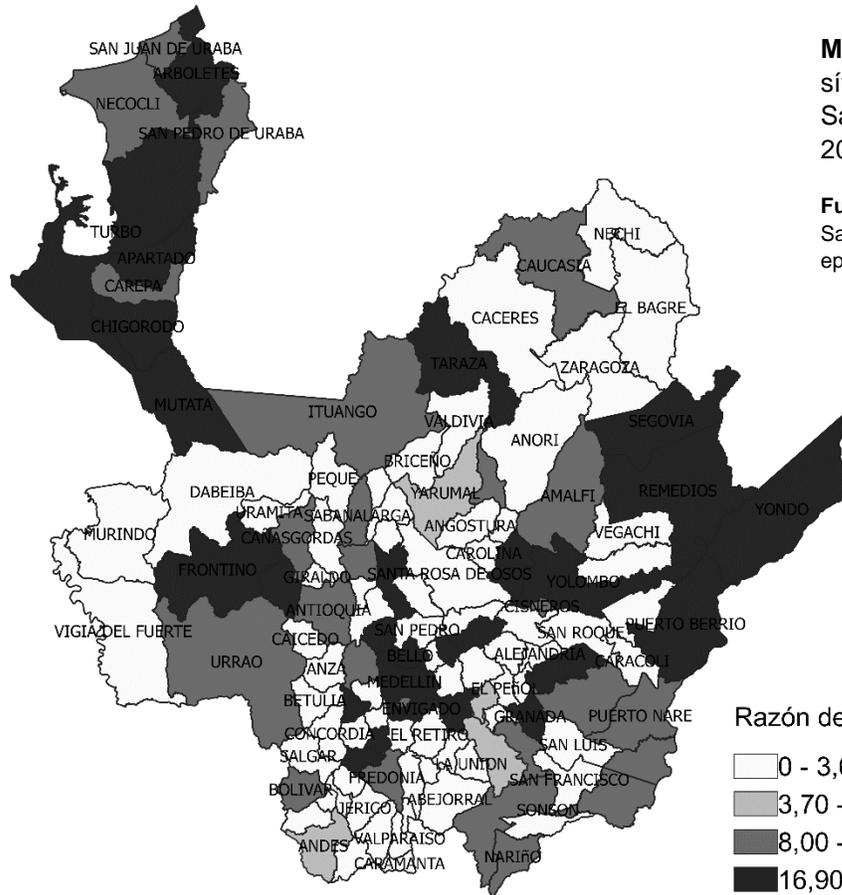
3. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014 - <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc%20%E2%80%933guia-completa-sifilis.pdf>
 4. Guía: Diagnóstico y manejo de la sífilis gestacional y congénita. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. 2007 - <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/572df1ef-4ca2-4b20-b062-b0a948a935f2/multiguia02.pdf?MOD=AJPERES>

lugares los ocupan Armenia (90,9), Abriaquí (66,7), Apartadó (55,2), Amagá (40,8) y Puerto Berrio (39,4).

A semana epidemiológica 52 de 2018, no se notificaron casos de mortalidad materna atribuible a la infección por sífilis gestacional.

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El **91,4%** de los casos (275) fueron diagnosticados durante el embarazo, el **4,7%** (14) en el parto, el **2,0%** (6) en el puerperio y el **2,0%** (6) en el post aborto.



Mapa 1. Razón de prevalencia de sífilis gestacional por municipio. Savia Salud EPS – Semana 52 de 2018.

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud. Savia Salud EPS, semana epidemiológica 52 de 2018.

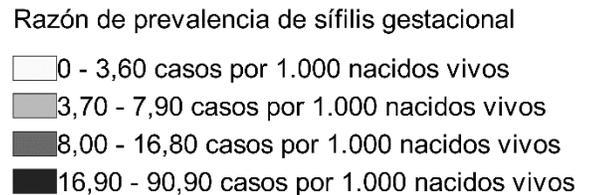


Tabla 3. Número de casos y razón de prevalencia de sífilis gestacional por municipio. Savia Salud EPS – Semana 52 de 2018.

Municipio	Número de casos	Razón de prevalencia
Armenia	1	90,9
Abriaquí	1	66,7
Apartadó	34	55,2
Amagá	2	40,8
Puerto Berrio	10	39,4
Segovia	5	38,5
Frontino	1	37,0
Chigorodó	17	36,6
Venecia	1	31,3
Gómez Plata	1	30,3
Belmira	1	28,6
Yondó	4	27,2
Bello	18	26,5
Remedios	2	26,3
Rionegro	4	26,0
Turbo	16	23,5
Envigado	2	23,0
Girardota	3	22,7
Medellín	99	22,4
Granada	1	20,8
Sabaneta	1	20,8
Arboletes	5	20,3
Mutatá	6	19,9
Barbosa	3	19,6
Yolombó	1	19,6
San Jerónimo	1	18,9
La Estrella	1	18,5
San Rafael	2	18,3
Tarazá	2	18,3
Liborina	1	16,4
Puerto Nare	1	16,4
Amalfi	1	16,1
San Juan de Urabá	3	15,9
Cisneros	1	15,6
Fredonia	1	15,6
San Pedro de Urabá	6	15,0
San Carlos	1	14,7
Ebéjico	1	14,1
Ituango	3	13,8
Itagüí	4	13,2
Santafé de Antioquia	1	12,7
Campamento	1	12,5
Carepa	4	12,4
Urrao	4	12,2
Necoclí	4	12,0
Sonsón	3	11,5

Municipio	Número de casos	Razón de prevalencia
Nariño	1	11,1
Sabanalarga	1	10,4
Puerto Triunfo	1	10,3
Caucasia	5	10,3
Cocorná	1	9,9
Cañasgordas	1	9,5
Ciudad Bolívar	1	9,3
Yarumal	2	7,8
Carmen de Viboral	1	7,2
Marinilla	1	6,7
Andes	1	3,7
Total	301	16,8

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud. Savia Salud EPS, semana epidemiológica 52 de 2018.

De las 301 mujeres gestantes incluidas en la base de sífilis, 243 (**80,7%**) tuvieron control prenatal, quedando 58 (**19,3%**) sin dicha atención. De las gestantes que tuvieron control prenatal, el **44,0%** lo iniciaron en el primer trimestre.

El incluir la prueba rápida treponémica como método de detección de caso en cada trimestre de la gestación, garantiza la captación de casos nuevos de infección para así iniciar tratamiento en el mismo día de la consulta y prevenir efectos adversos en la gestación³.

Estas pruebas rápidas, son un ensayo inmunocromatográfico en fase sólida para la detección cualitativa de anticuerpos específicos contra el *Treponema pallidum*. Sirve tanto para tamizaje como para confirmación, en lugares donde no se dispone de otras pruebas o donde hay dificultades de acceso para el retorno de pacientes por los resultados; para así obtener un diagnóstico y tratamiento oportunos y evitar tratamientos innecesarios cuando salen negativas.

De las 117 ESE/IPS pertenecientes a la Red Prestadora de Savia Salud, hasta enero de 2019, solo el **11,1%** (13) habían implementado la prueba rápida treponémica para sífilis como método de tamizaje trimestral para la gestante. En la tabla 4, se listan estos municipios.

Tabla 4. ESE/IPS que han reportado la implementación de la prueba rápida treponémica como método de tamizaje trimestral para la gestante. Savia Salud EPS - 2018.

Sonsón	Marinilla	Concepción
San Luis	Cocorná	La Ceja
Granada	San Carlos	San Francisco
Turbo	Chigorodó	La Unión
Carmen de Viboral		

Fuente: Indicadores de seguimiento – Resolución 10093. Savia Salud EPS.

De las 301 gestantes reportadas a la semana epidemiológica 52 de 2018, al **43,2%** (130) de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al **2%** (6) dos dosis y al **47,8%** (144) tres dosis; 21 gestantes (7%) no recibieron tratamiento. Solamente al **58,5%** (176) de los contactos sexuales de las 301 gestantes con sífilis, se les administró tratamiento para sífilis.

4. SÍFILIS CONGÉNITA

Comportamiento de la notificación

La incidencia de Savia Salud EPS en el 2016 fue de **2,1** casos por 1000 NV y ha venido en aumento hasta llegar a **2,8** casos por 1000 NV en el 2018 (semana epidemiológica 52), lo que muestra que no se han cumplido las metas planteadas en el Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita 2011-2015.

Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

En el análisis realizado de la notificación individual de los 51 casos de sífilis congénita, se encontró que el **39,6%** (20) de los casos se presentaron en mujeres y el **60,4%** (31) en hombres. El régimen subsidiado tiene el mayor porcentaje de casos con el **98,1%** (52 casos). La proporción de casos en afrocolombianos es del 3,8% y el porcentaje restante (96,2%) en otra pertenencia étnica. El **73,6%** (39) de los casos notificados residen en la

cabecera municipal (ver tabla 5).

Tabla 5. Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis congénita. Savia Salud EPS, semana epidemiológica 52 de 2018.

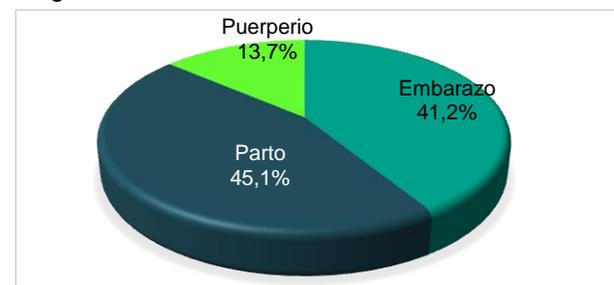
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	20	39,6%
	Masculino	31	60,4%
Tipo de régimen	Contributivo	1	1,9%
	Subsidiado	50	98,1%
Pertenencia étnica	Negro, mulato afrocolombiano	2	3,8%
	Otro	49	96,2%
Zona de residencia	Cabecera municipal	38	73,6%
	Centro poblado	5	9,4%
	Rural disperso	8	17,0%

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud. Savia Salud EPS, semana epidemiológica 52 de 2018.

Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 41,2% (21) de las madres de los casos fueron diagnosticados durante el embarazo, el 45,1% (23) en el parto y el 13,7% (7) en el puerperio (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Condición de la madre al momento del diagnóstico de sífilis. Savia Salud EPS, 2018.



Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud. Savia Salud EPS, semana epidemiológica 52 de 2018.

De las madres de los 51 casos notificados como sífilis congénita, 34 (66,7%) tuvieron control prenatal, quedando 17 (33,3%) sin dicha atención. De las que tuvieron control prenatal, solamente el 8,8% (3 casos) lo iniciaron en primer trimestre.

Al 66,0% (34) de las madres de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al

5,7% (3) dos dosis y al 18,9% (9) tres dosis. Cuatro Cinco (5) madres (9,4%) no recibieron tratamiento.

Solamente al 18,9% (9 casos) de los contactos sexuales de las 51 madres de casos notificados como sífilis congénita, se les administró tratamiento para sífilis.

De los 51 casos notificados como sífilis congénita, el 96,1% (49) nacieron vivos y se presentaron 2 mortinatos (3,9%). De los 49 nacidos vivos, el 28,6% (14 casos) fueron recién nacidos pretérminos (ver tabla 6).

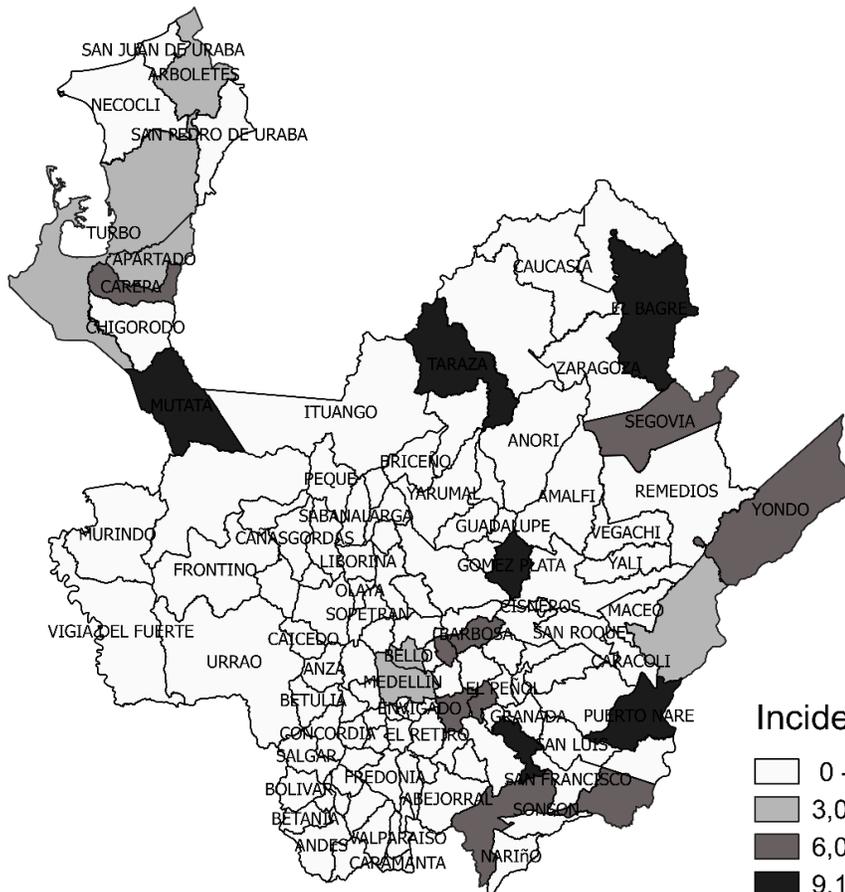
Tabla 6. Edad gestacional al nacimiento de los casos de sífilis congénita. Savia Salud EPS, semana epidemiológica 52 de 2018.

Edad Gestacional	Nº casos	%
22-27 semanas (inmaduro)	0	0%
28-36 semanas (prematuro)	14	28,6%
37-42 semanas (a término)	35	71,4%
Total	49	100%

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud. Savia Salud EPS, semana epidemiológica 52 de 2018.

En el **mapa 2** y en la **tabla 7**, es posible observar los municipios con mayor incidencia de sífilis congénita. Los tres primeros lugares los ocupan Gómez Plata (30,3), Puerto Nare (16,4) y El Bagre (15,9).

De los casos de Sífilis Congénita analizados por la médica asesora en ginecología, se puede concluir que la mayoría de los casos tienen en común, factores como tratamiento inoportuno o inadecuado, ingreso tardío al control prenatal o no realización de controles prenatales, mala adherencia al tratamiento por parte de la gestante, falta de tratamiento a los contactos, manejo inadecuado del recién nacido y no realización de la prueba treponémica rápida.



Mapa 2. Incidencia de sífilis congénita por municipio. Savia Salud EPS – Semana 52 de 2018.

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud. Savia Salud EPS, semana epidemiológica 52 de 2018.

Incidencia de Sífilis Congénita

- 0 - 2,9 casos por 1.000 nacidos vivos
- 3,0 - 5,9 casos por 1.000 nacidos vivos
- 6,0 - 9,0 casos por 1.000 nacidos vivos
- 9,1 - 31,0 casos por 1.000 nacidos vivos

Tabla 7. Número de casos e incidencia de sífilis congénita por municipio. Savia Salud EPS – Semana 52 de 2018.

Municipio	Número de casos	Incidencia sífilis congénita
Gómez Plata	1	30,3
Puerto Nare	1	16,4
El Bagre	1	15,9
Mutatá	3	9,9
Cocorná	1	9,9
Taraza	1	9,2
Segovia	1	7,7
Sonsón	2	7,7
Girardota	1	7,6
Yondó	1	6,8
Marinilla	1	6,7
Barbosa	1	6,5
Rionegro	1	6,5
Carepa	2	6,2
Bello	4	5,9
Apartado	3	4,9
Medellín	21	4,8
Turbo	3	4,4
Arboletes	1	4,1
Puerto Berrio	1	3,9
Total	51	2,8

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud. Savia Salud EPS, semana epidemiológica 52 de 2018

5. DISCUSIÓN

En el plan de eliminación de la sífilis congénita, se plantea dentro de los objetivos programáticos la necesidad de aumentar la cobertura de atención prenatal a más del 95%, sin embargo, el análisis de los datos muestra ausencia de control prenatal en un **19,3%** (58) de los casos de sífilis gestacional y en un **33,3%** (17) de las madres de casos de sífilis congénita, lo que indica deficiencias en la demanda inducida. Adicionalmente, se observa que solo el **44%** del total de casos de sífilis gestacional y el **8,8%** de las madres de casos de sífilis congénita iniciaron control prenatal en el primer trimestre. Asimismo, un **7%** (21) de las gestantes con sífilis y un **9,4%** (5) de las madres de casos de sífilis congénita que asistieron a control prenatal, no recibieron tratamiento, por lo tanto, se evidencia la

necesidad de reforzar la calidad del programa de atención prenatal.

La mayoría de los casos ocurren en las cabeceras municipales, tanto para sífilis gestacional como para sífilis congénita con el **78,4%** y el **73,6%** respectivamente, lo cual pudiera significar que no está relacionado con dificultades en el acceso a los servicios de salud para las usuarias. Pero también pudiera indicar un subregistro de casos procedentes del área rural.

Según el momento del diagnóstico, aún se tiene un **4,7%** de las gestantes diagnosticadas en el parto, un **2,0%** en el puerperio y un **2,0%** en postaborto; mientras que en las madres de niños con sífilis congénita se encuentra un **45,1%** diagnosticadas en el parto y un **13,7%** en el puerperio, lo que evidencia fallas en el cumplimiento de la tamización trimestral para sífilis durante el control prenatal, así como en la verificación de la realización oportuna de la prueba por la gestante.

Solamente al **58,5%** (176 casos) de los contactos sexuales de las 301 gestantes notificadas con sífilis se les administró tratamiento para sífilis. Respecto a los contactos sexuales de las 51 madres de casos notificados como sífilis congénita, solamente al **18,9%** (9 casos) se les administró tratamiento. El tratamiento del compañero es importante toda vez que es fundamental para evitar reinfecciones de la gestante.

Se observó que los municipios con mayor incidencia de sífilis congénita son: Gómez Plata, Puerto Nare y El Bagre; y los municipios con mayor razón de prevalencia de sífilis gestacional son: Armenia, Abriaquí, Apartadó, Amagá y Puerto Berrio.

6. COMPROMISOS DE LAS ESE/IPS

Teniendo en cuenta que la Sífilis Congénita es una patología prevenible y el compromiso de Colombia a nivel internacional desde 1994, es alcanzar una

incidencia menor a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos, incluyendo mortinatos, se recomienda:

- Fortalecer la aplicación del protocolo de vigilancia en salud pública para Sífilis Gestacional y Congénita del Instituto Nacional de Salud enfatizando en la definición de caso, con el fin de mejorar la notificación en todos los niveles que reportan.
- Capacitar a los profesionales de la salud de todos los niveles, en la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.
- Garantizar la disponibilidad e implementación de las pruebas treponémicas rápidas para el tamizaje trimestral de las gestantes y al momento del parto.
- Reforzar las campañas de información, educación y comunicación, con el fin de mitigar el efecto de ambos eventos de interés en salud pública.

7. ESTRATEGIAS IMPULSADAS DESDE SAVIA SALUD EPS

- Captación temprana al control prenatal: Acciones de demanda inducida en articulación con todos los actores relacionados en el proceso de atención: EAPB, ESE/IPS, Ente Territorial, otros.
- Continuidad de la estrategia de fortalecimiento de competencias de los profesionales responsables de la atención de la población gestante: a través de capacitaciones en guías de atención obstétrica en las que se incluyen aspectos claves en la prevención de la sífilis congénita.
- Seguimiento a la cohorte de gestantes para verificación del cumplimiento en la tamización para sífilis por la red prestadora.
- Continuidad al seguimiento nominal de cohortes de gestantes con sífilis para garantizar cumplimiento de tratamiento oportuno de casos y seguimiento serológico por la red prestadora, además del tratamiento de contactos, priorizando municipios críticos.

- Retroalimentación a las ESE/IPS con inoportunidad en el reporte de cohorte de seguimiento de casos de sífilis gestacional.
- Comité conjunto con la ESE Metrosalud (Medellín) para seguimiento de los casos de Sífilis Gestacional y Congénita, identificando brechas y acordando acciones de intervención.
- Seguimiento a la implementación de la prueba treponémica rápida en las ESE/IPS.
- Asistencia técnica para la verificación de la Vigilancia Epidemiológica de Sífilis Gestacional y Congénita a la red de ESE/IPS.
- Articulación con Vigías de la Salud para captación de gestantes con diagnóstico de sífilis con inasistencia al programa de Control Prenatal.
- Visitas de asistencia técnica al programa de atención prenatal en las subregiones.
- Estrategia de seguimiento por psicología por Telemedicina a gestantes con diagnóstico de sífilis a partir de noviembre de 2018, con el objeto de generar adherencia al tratamiento y corresponsabilidad en autocuidado.
- Se implementó la estrategia de reporte de VDRL/Pruebas Treponémicas positivas semanalmente por parte de las ESE/IPS a la EPS, con el objeto de realizar seguimiento enfocado a la identificación oportuna de casos de sífilis gestacional.
- Fortalecimiento de la gestión desde Vigilancia Epidemiológica en la consecución de historias clínicas de casos de sífilis congénita enfocado a realizar el análisis por especialistas asesores oportunamente, que permita realizar acciones de mejora con las ESE/IPS de forma temprana.
- Implementación para el año 2019 de evaluación de adherencia a la GPC de Sífilis Gestacional y congénita por Ginecóloga Asesora en ESE/IPS priorizadas.

Dr. Juan David Arteaga Flórez
Gerente

Dr. Carlos Enrique Cárdenas Rendón
Subgerente de Salud

**Equipo que participó en la elaboración del
Boletín:**

Dra. Marisol Tamayo Vélez
Coordinadora Epidemiología

Dra. Olga Lucía Londoño Franco
Médica Epidemióloga

Enf. Laura Sánchez Vásquez
Profesional en Epidemiología