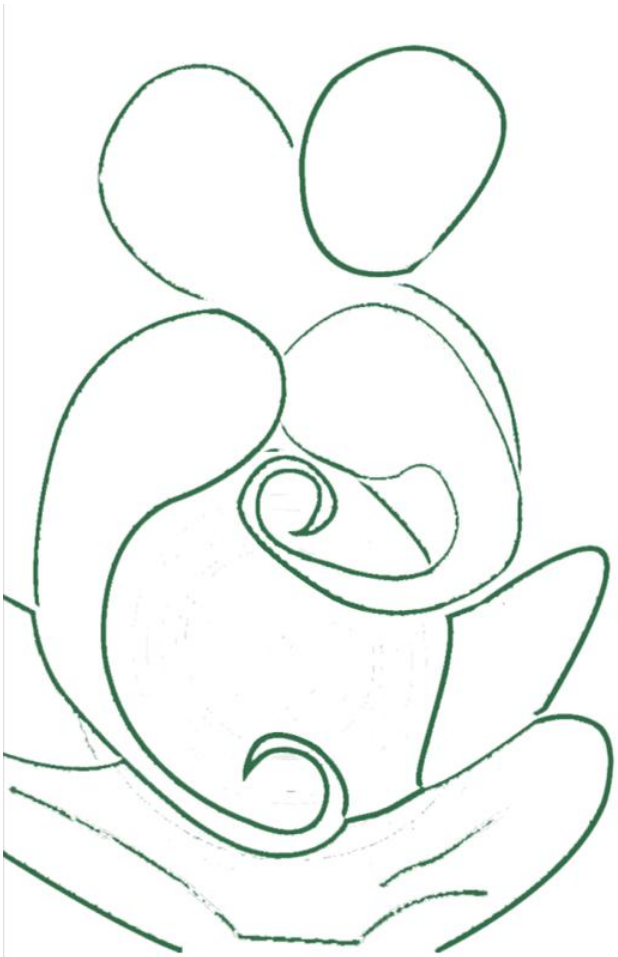
Plan de intensificación para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

International Organization for Migration (IOM)
Organisation internationale pour les migrations (OIM)
Organización Internacional para las Migraciones (OIM)



Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social
FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General
ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención
RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor de la Dirección de Promoción y Prevención
SIDIA CAICEDO TRASLAVIÑA
Consultora de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

BEATRIZ ELENA GUTIÉRREZ RUEDA
Oficial Salud
ALEJANDRO RODRÍGUEZ AGUIRRE
Coordinador Adjunto de Salud
MARTHA CECILIA MÁRQUEZ ÁLVAREZ
Monitor Senior Salud Sexual y Reproductiva— VIH/Sida

SINERGIAS
-Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social-

PABLO MONTOYA CHICA
Director General, coordinador del proyecto
ANA JUDITH BLANCO ROJAS
Coordinadora área de salud pública
ELIANE BARRETO HAUZEUR
Coordinadora área de salud sexual y reproductiva
ROSALINA MARGARITA SÁNCHEZ COAVAS
Asesora técnica, área de salud sexual y reproductiva
CARLOS ALBERTO RAMÍREZ SERRANO
Asesor técnico en ginecobstetricia y gestión
LUZ MARCELA CELIS AMÓRTEGUI
Asesora técnica en ginecobstetricia
ESMERALDA GALEANO ZABALA
Asesora técnica en el área de calidad

Tabla de contenido

Acrónimos 5

..... 6

PARTE I: ANTECEDENTES 6

1. CONTEXTUALIZACIÓN 6

2. MARCO NORMATIVO 9

3. MARCO TÉCNICO 11

3.1. Diagnóstico antenatal 11

3.2. Manejo de sífilis gestacional 13

3.3. Seguimiento de los casos de sífilis gestacional 14

3.4. Definición de caso de sífilis congénita 15

4. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 17

5. INSUMOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN 18

5.1. Revisión bibliográfica 19

5.2. Análisis de instrumentos para el seguimiento y vigilancia epidemiológica de la SG y SC 21

5.3. Análisis de bases de datos de SG y SC del sistema de vigilancia epidemiológica – Sivigila – Colombia 2012 22

5.4. Análisis de casos de sífilis congénita 26

5.5. Nodos problemáticos para la eliminación de la sífilis congénita 31

5.6. Aportes de las diferentes áreas del Ministerio de Salud y Protección Social para la eliminación de la sífilis congénita 32

5.7. Validación con expertos y socialización a actores del SGSSS 34

PARTE II: PLAN DE INTENSIFICACIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA 35

6. Principios orientadores del plan 35

6.1. Enfoque integrado 35

6.2. Enfoque de derechos 35

6.3. Proceso coordinado 36

7. Estructura del Plan 37

7.1. Meta estratégica 38

7.2. Objetivos estratégicos y metas específicas 39

7.3. Líneas estratégicas 39

7.4. Estrategias generales 40

7.5. Estrategias específicas 40
7.6. Metas intermedias 43
7.7. Acciones. 48
8. IMPLEMENTACIÓN 48
9. EVALUACIÓN 49
9.1. Indicadores 49
9.1.1. Indicador de impacto: 49
9.1.2. Indicadores relacionados con prevención primaria y salud sexual y reproductiva 49
9.1.3. Indicadores relacionados con diagnóstico, tratamiento y seguimiento 50
9.1.4. Indicador relacionado con tratamiento neonatal 52
9.1.5. Indicador compuesto 52
9.2. FUENTES DE INFORMACIÓN: 53
REFERENCIAS 53

Acrónimos

ALC	América Latina y el Caribe
APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis de Situación en Salud
BAI	Búsqueda Activa Institucional
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
CPN	Control prenatal
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dils	Diluciones
DTS	Dirección territorial de salud
EAPB	Empresa Administradora de Planes de Beneficios
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESC	Eliminación de la sífilis congénita
FTA-ABS	Fluorescent Treponemal Antibody Absorption
GAI	Guía de Atención Integral
GPC	Guía de Práctica Clínica
IEC	Información, educación y comunicación
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IVC	Inspección, vigilancia y control
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NV	Nacido vivo
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
POS	Plan Obligatorio de Salud
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
RN	Recién nacido
RPR	Reagina de Plasma Rápido
SC	Sífilis congénita
SG	Sífilis gestacional
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
Sivigila	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SISPRO	Sistema de Información de Protección Social
TH	Talento humano
TMI	Transmisión materno infantil
TPHA	Treponema Pallidum Haemagglutination
UI	Unidades internacionales
UNGASS	Asamblea Especial de Naciones Unidas para VIH/sida (siglas en inglés)
UPGD	Unidad primaria generadora de datos
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VSP	Vigilancia en salud pública

PARTE I: ANTECEDENTES

1. CONTEXTUALIZACIÓN

La sífilis congénita (SC) es causa de desenlaces adversos del embarazo como abortos, muertes fetales o neonatales (40 - 81%)[1], recién nacidos con bajo peso al nacer o con un cuadro clínico de sífilis congénita (15 - 32%)[2]. Las investigaciones señalan que los principales factores que determinan la infección fetal y sus resultados adversos son el estadio de la sífilis materna así como el tiempo de exposición en el útero[3] y por ello se considera prioritario detectar la infección materna precozmente de manera que se pueda realizar oportunamente el manejo que garantice la curación materna, prevenga la reinfección y elimine la infección congénita.

La evidencia científica es contundente en mostrar que es posible la eliminación de la sífilis congénita y esto ha impulsado los múltiples esfuerzos realizados mundialmente desde la década de los años 90 (Fig.1).

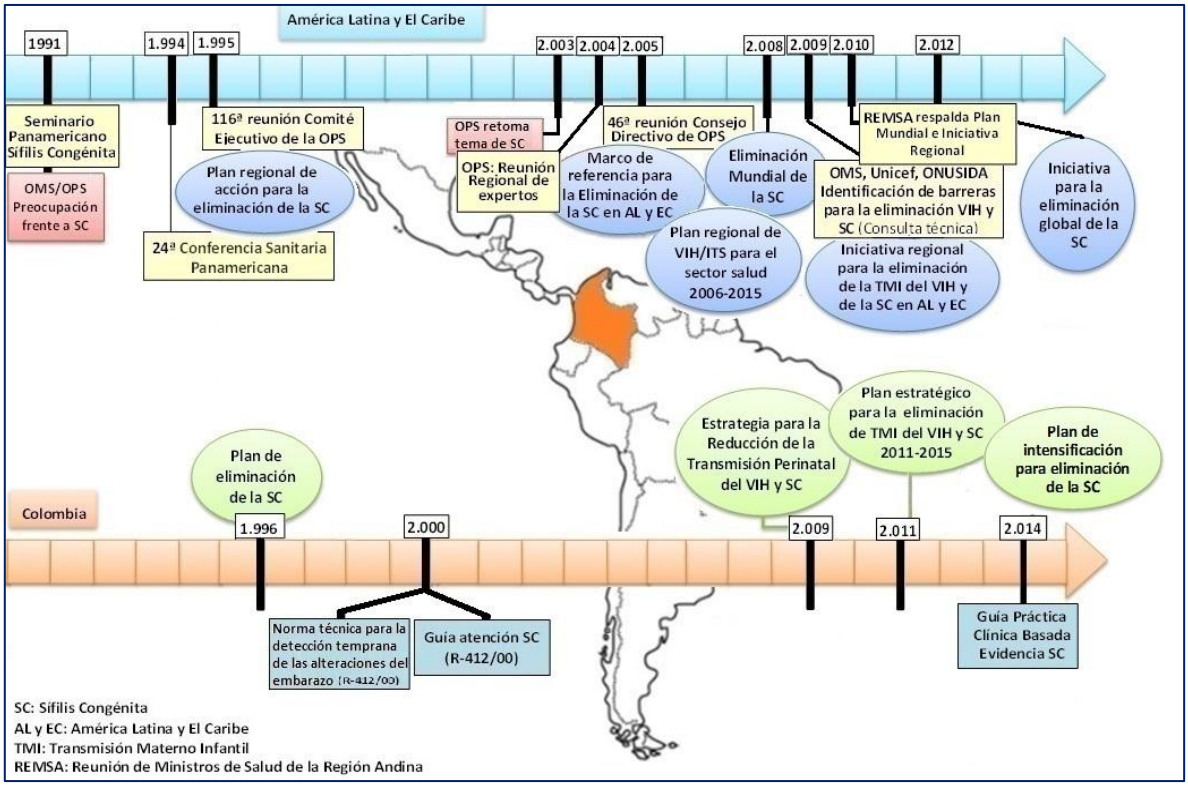


Fig. 1- Acciones regionales y nacionales para eliminación de la sífilis congénita

No obstante, a pesar de utilizar múltiples estrategias y realizar importantes inversiones, los resultados son poco satisfactorios. En 2007 se estimó que anualmente se presentaban en el mundo entre 700.000 y 1.500.000 nuevos casos de sífilis congénita, de los cuales el 25% correspondían a la región de América Latina y El Caribe (ALC)[4]. Específicamente en Colombia, las cifras muestran que se está lejos de la meta de 0,5 casos de SC por 1.000 nacidos vivos, objetivo que se esperaba alcanzar en el año 2000 (Fig. 2).

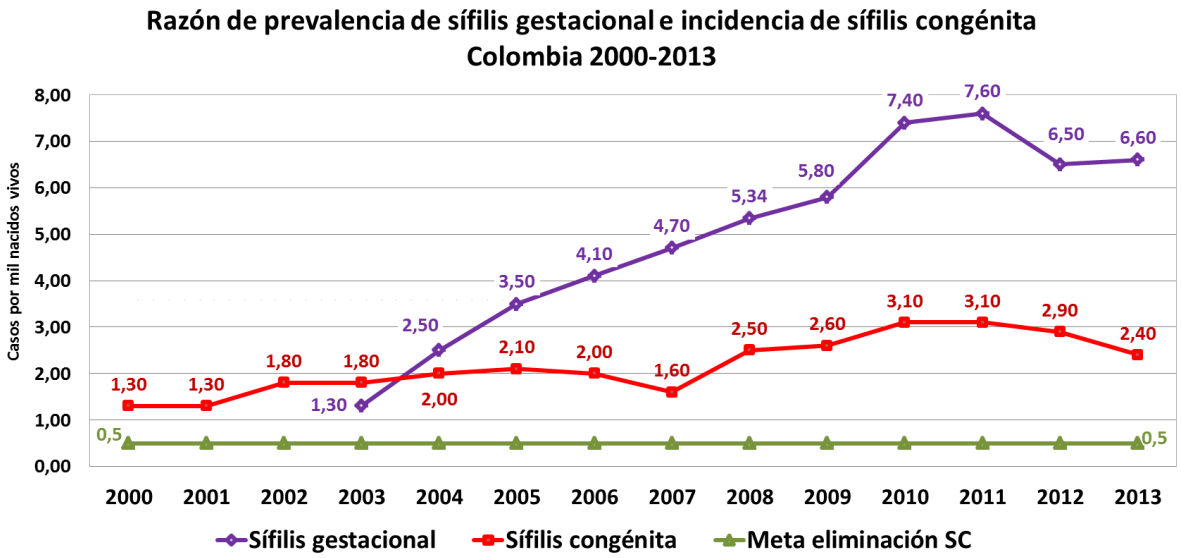


Fig. 2- Razón de prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita. Colombia 2008 – 2012

Lo que genera mayor preocupación de estas cifras es que las medidas para eliminar la sífilis congénita son sencillas y claramente costo-efectivas: tamización prenatal universal —idealmente en el primer trimestre de la gestación— y tratamiento inmediato de la gestante diagnosticada con sífilis así como de sus contactos sexuales[5,6]. Como se muestra en la tabla 1, el porcentaje de implementación de estas acciones en Colombia está muy por debajo de las metas establecidas en las estrategias mundiales y regionales para la eliminación de la sífilis congénita[7] (ESC)

Tabla 1- Indicadores sobre tamización prenatal de sífilis – Colombia 2012

Indicador	Porcentaje	Metas de las estrategias ESC
▪ Porcentaje de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis	73,6%	> 95%
▪ Porcentaje de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis antes de las 20 semanas de edad gestacional	40,2%	Meta no definida en UNGASS
▪ Porcentaje de embarazadas con serología positiva para sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para sífilis.	27,3%	> 80%

Fuente: UNGASS, 2012 (ref.7)

2. MARCO NORMATIVO

La alta incidencia de SC en Colombia no se debe a la falta de estrategias nacionales (Tabla 2) ni de normas que garanticen las acciones en salud para la eliminación de la sífilis congénita (Tabla 3), dado que las normas nacionales incluyen las recomendaciones emitidas por la OMS para la eliminación de la SC.

Tabla 2- Estrategias nacionales para la eliminación de la sífilis congénita

Año	Estrategia	Acciones consideradas	Metas (relacionadas con sífilis)
1996	**Plan nacional de eliminación de la sífilis congénita**[1]	▪ Optimización de cobertura y calidad del CPN mejorando procedimientos críticos relacionados ▪ Normatización de procesos de atención de la sífilis gestacional (SG) y sífilis congénita (SC) en el plan obligatorio de salud (POS) ▪ Fortalecimiento del sistema de vigilancia de SC	**Para el año 2000** ▪ SC: ≤ 0,5 por 1.000 Nacidos Vivos (NV) ▪ ≥ 95% de gestantes infectadas detectadas y tratadas ▪ Prevalencia de SG ≤ 1%
2009	**Estrategia para la Reducción de la Transmisión Materno infantil del VIH y de la SC**[8]	▪ Obtener interés político, desarrollar alianzas e integración con otros sectores y programas ▪ Fortalecer la gestión institucional ▪ Mejorar procedimientos para detectar la sífilis ▪ Proporcionar tratamiento adecuado a SG y SC ▪ Fortalecer procesos de vigilancia	**Para el año 2015** ▪ SC: < 0,5 por 1.000 NV
2011	**Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y SC 2011-2015**[9]	Cuatro líneas estratégicas: ▪ Promoción y fomento de la salud en comunidad ▪ Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional ▪ Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública ▪ Seguimiento, evaluación y control de acciones Cuatro objetivos específicos ▪ Aumentar la demanda inducida simultánea de las pruebas de VIH y sífilis en gestantes en el CPN ▪ Ampliar cobertura de tratamiento de sífilis y profilaxis antirretroviral para VIH en gestantes y mejorar oportunidad y grado de adecuación del tratamiento a gestante, su pareja y RN ▪ Ampliar la cobertura de la notificación de casos de VIH y sífilis y mejorar la calidad del dato. ▪ Realizar seguimiento y evaluación a la implementación del plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita	**Para el año 2015** ▪ SC: ≤ 0,5 por 1.000 NV ▪ 100% gestantes tamizadas con serología para sífilis ▪ 100% gestantes con diagnóstico de sífilis con oferta de tratamiento adecuado ▪ 95% de gestantes y RN con diagnóstico de sífilis reciben tratamiento adecuado y oportuno ▪ 95% de madres, niñas y niños con tratamiento para sífilis con seguimiento post tratamiento ▪ 50% de aumento en el inicio del tratamiento para sífilis en primer trimestre de gestación ▪ 95% de las gestantes con diagnóstico de sífilis tendrán seguimiento ▪ 90% de UPGD reportan todos los casos con diagnóstico de SG y SC al sistema de vigilancia nacional. ▪ 95% de DTS y EAPB reportan todos los indicadores del plan ▪ 90% de casos de sífilis con fichas de seguimiento diligenciadas adecuadamente

[1] La información sobre el Plan de 1996 se obtuvo de otros documentos ya que no fue posible encontrar el documento completo en Internet.

Tabla 3- Normatividad aplicable para la eliminación de la sífilis congénita

Concepto	Normas que lo garantizan
Acceso universal a los servicios de salud en lo referente al aseguramiento	• **Ley 100 de 1993,** sus reformas (**ley 1122 de 2007** y **1438 de 2011**) y decretos reglamentarios- Sistema General de Seguridad Social en Salud. • **Decreto 806 de 1998:** reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. • **Ley 516 de 1999-** La seguridad social como derecho inalienable. • **Ley 691 de 2001-** Población indígena como afiliada del régimen subsidiado. • **Ley 1098 de 2006-** Código de infancia y adolescencia. • **Ley 1438 de 2011-** Universalidad del aseguramiento y portabilidad nacional. • **Circular 16 de 2012 del MSPS-** Priorización de gestantes y menores de 1 año. • **Resolución 0459 de 2012 del MSPS-** Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual • **Decreto 1683 de 2013 del MSPS –** Portabilidad de afiliados. • **Decreto 3047 de 2013 del MSPS-** Movilidad entre regímenes.
Acceso en cuanto a contenidos de planes de beneficios	• **Acuerdo 117 de 1998**: Establece la obligatoriedad de implementar estrategias para inducir la demanda a los servicios de protección específica y de detección temprana. • **Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS-** Exclusión de cuotas moderadoras y copagos a servicios de P y P que incluye programas de control en atención materno infantil. • **Circular 90 de 2011 del INS-** Garantía de tamización universal de sífilis en la gestación así como el inicio inmediato y tratamiento completo a gestantes con prueba no treponémica positiva y a sus contactos sexuales por parte de IPS y EAPB. • **Resolución 2338 de 2013 del MSPS-** Facilita acceso para diagnóstico de ITS. • **Resolución 5521 de 2013 del MSPS-** Actualiza el POS. Se incluyen los insumos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las gestantes infectadas y garantiza otros elementos importantes para la eliminación de la SC.
Disponibilidad de normas y guías técnicas	• **Resolución 412 de 2000-** normas técnicas de obligatorio cumplimiento • **Manual de procedimientos de la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita de 2009** • **Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita Colombia 2011 – 2015** • **Protocolo de vigilancia y control de sífilis gestacional y congénita** • **Circular 16 de 2012 del MSPS** • **Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio de 2013** • **Resolución 2338 de 2013 del MSPS** • **Guía preliminar de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral en sífilis gestacional y congénita de 2014 del MSPS** • **Plan de respuesta nacional ante las ITS-VIH/Sida Colombia 2012-2017**
Mejoramiento de la calidad	• **Decreto 1011 de 2006-** Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) • **Resolución 1446 de 2006 del MPS-** Sistema de información para la calidad • **Decreto 2376 de 2010 del MPS-** convenios docencia servicio • **Circular Conjunta Externa No. 5 del MPS, PGN, Supersalud e INS-** Maternidad segura. • **Resolución 2003 de 2014 del MSPS-** Prioridad para la evaluación de los servicios de obstetricia
Enfoque de salud	• **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003-** eliminación de la

Concepto	Normas que lo garantizan
pública	sífilis congénita como meta, manejo de sífilis en consulta de planificación, acciones de comunicación • **Ley 1438 de 2011-** El bienestar el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. • **Resolución 1841 de 2013-** Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 en su dimensión de derechos y sexualidad • **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2014-** Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos incluyendo la atención integrada, humanizada, oportuna y de calidad a la mujer gestante y al lactante
Sistema de Vigilancia Epidemiológica	• **Decreto 3518 de 2006-** Sistema de Vigilancia en Salud Pública Sivigila • **Lineamientos de vigilancia y control en salud pública 2013 del INS**- notificación obligatoria de SG o SC • **Resolución 4725 de 2011-** Cuenta de alto costo • **Resolución 4505 de 2012**- establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las GAI para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento

3. MARCO TÉCNICO

Existe en el país una diversidad de documentos sobre el manejo de la sífilis gestacional y congénita tanto en el proceso de diagnóstico y tratamiento, así como en el seguimiento de los casos lo que genera confusión a prestadores, aseguradores y entidades de inspección, vigilancia y control (IVC).

3.1. Diagnóstico antenatal

Existen dos acercamientos al diagnóstico de sífilis gestacional: tamización con prueba no treponémica o tamización con prueba treponémica (Fig. 3).

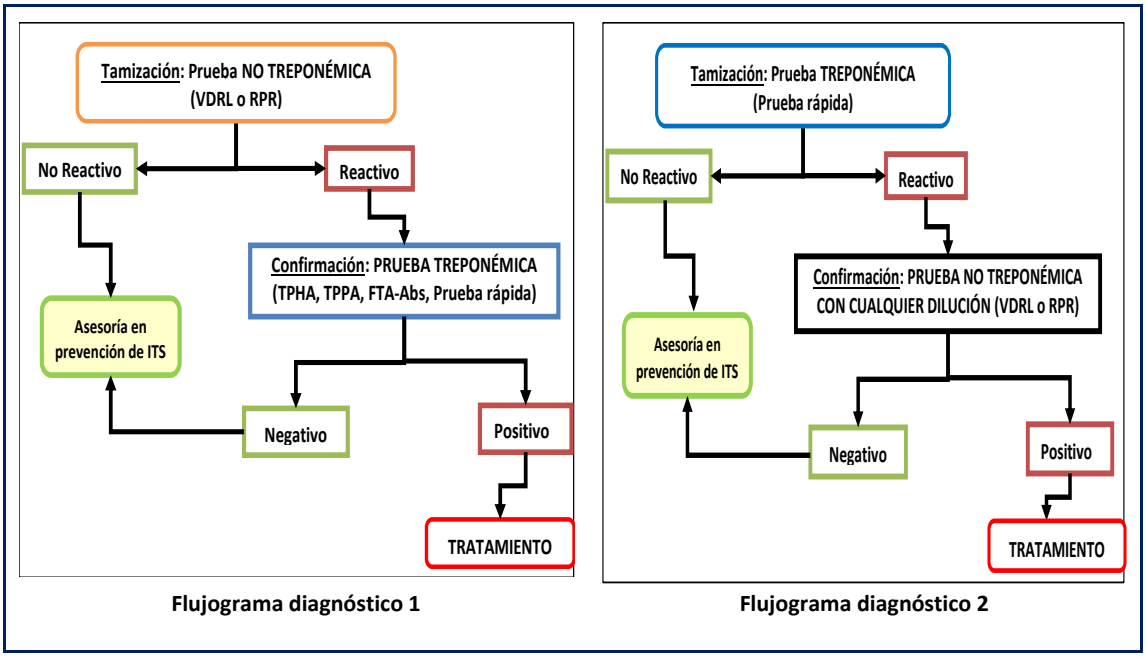


Fig. 3- Abordajes diagnósticos de la sífilis gestacional

El flujograma 1 es el que tradicionalmente se ha utilizado y es el que se fundamenta en las normas técnicas de la Resolución 412 del 2000. No obstante, el flujograma 2 es el que se ha contemplado en la Guía preliminar de práctica clínica (GPC) de SG y SC basada en la evidencia del Ministerio de Salud y Protección Social. La GPC establece las siguiente definiciones relacionadas con Sífilis Gestacional (Tabla 4) [14]:

Tabla 4- Definición de caso de sífilis gestacional

Sífilis Gestacional	Definición	Notificación
CASO PROBABLE	Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (p.ej. úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con **prueba treponémica rápida positiva**, que no haya recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo a su estadio clínico durante la presente gestación.	NO
CASO CONFIRMADO	Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (p.ej. úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con **prueba treponémica rápida positiva** acompañada de una **prueba no treponémica reactiva a cualquier dilución** (RPR, VDRL), que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada	SÍ

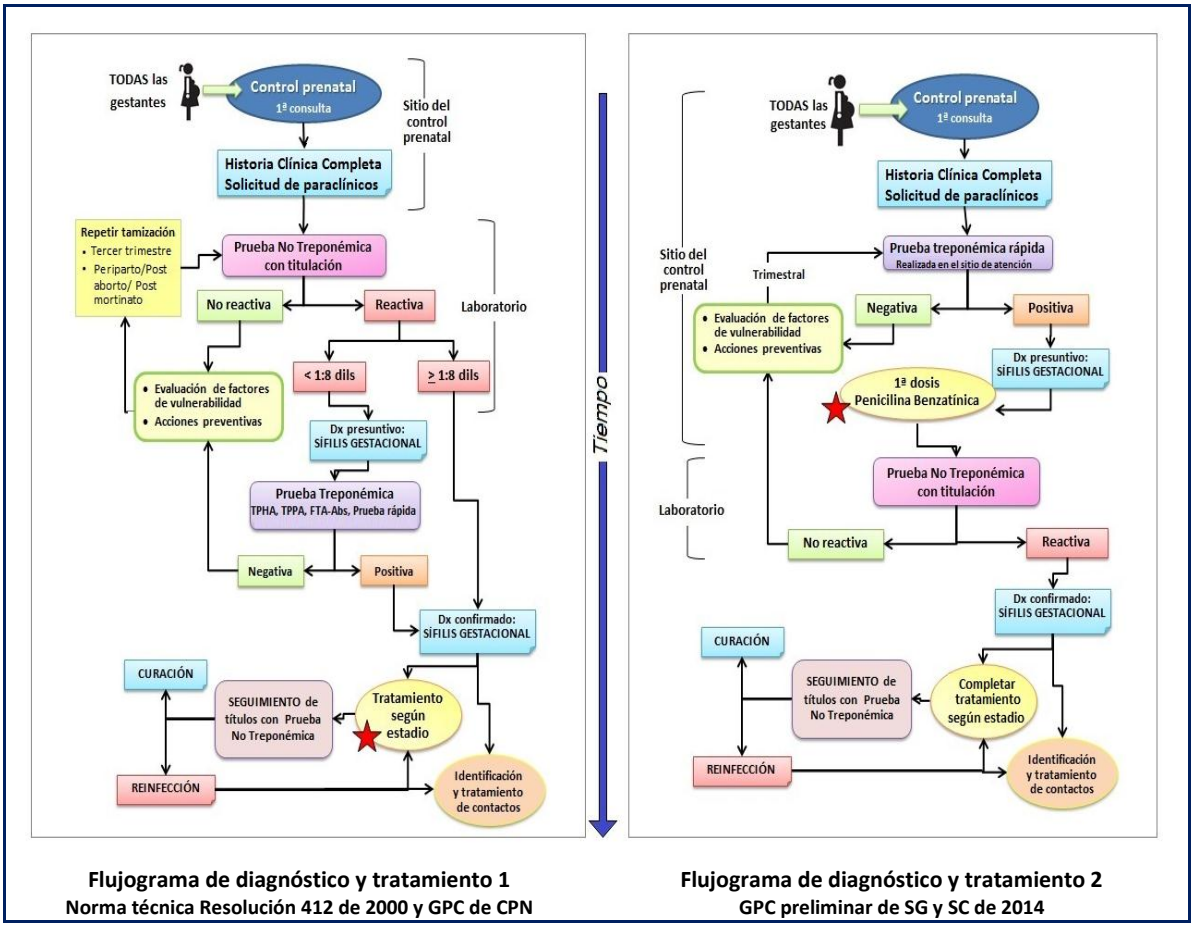
Desde el punto de vista clínico, cada abordaje diagnóstico presenta sus ventajas y desventajas; no obstante, analizadas desde el punto de vista del contexto, la tamización con prueba no treponémica requiere de un laboratorio para su realización mientras que la tamización con

prueba treponémica ofrece la posibilidad de tamizar sífilis en instituciones de salud del área rural inmersas en la estrategia de atención primaria en salud, donde se encuentra la población más vulnerable y con menos acceso a los servicios de salud[10,11].

3.2. Manejo de sífilis gestacional

No existe duda que frente a un caso diagnosticado de sífilis gestacional se debe iniciar tratamiento; sin embargo, la oportunidad del mismo varía según el tipo de tamización realizada y el tiempo de entrega de los resultados de las pruebas (estrella roja en la Fig. 4).

No sobra recordar que el flujograma 1 es el abordaje contemplado en las normas técnicas de control prenatal y sífilis gestacional y congénita de la Resolución 412 del 2000 así como en la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio de 2013[12]; mientras que el flujograma 2 es el establecido en la GPC preliminar de SG y SC de 2014 cuyo abordaje permite mejorar la oportunidad del diagnóstico y la posibilidad de dar tratamiento para la sífilis fetal evitando el daño de la sífilis congénita.



Flujograma de diagnóstico y tratamiento 1
Norma técnica Resolución 412 de 2000 y GPC de CPN

Flujograma de diagnóstico y tratamiento 2
GPC preliminar de SG y SC de 2014

Fig. 4- Abordajes de diagnóstico y tratamiento de la sífilis gestacional

Con respecto al tratamiento farmacológico, existe también diversidad relacionada con los documentos existentes (Tabla 4). Es importante señalar que el uso de penicilina cristalina no está soportado por la evidencia científica.

Tabla 5- Esquemas de tratamiento farmacológico

Documento	Criterios		Tratamiento farmacológico
Norma técnica Resolución 412 de 2000[13]	EG < 34 semanas	Sífilis temprana (< 1año)	Penicilina G benzatínica intramuscular: 2,4 millones UI (dosis única)
		Sífilis tardía (≥ 1año)	Penicilina G benzatínica intramuscular: 2,4 millones UI semanal por 3 semanas
	EG ≥ 34 semanas	Cualquier estadio	Penicilina cristalina endovenosa: 4 millones UI cada 4 horas por 10 a 14 días
GPC preliminar de SG y SC basada en la evidencia del MSPS-2014[14]	Ausencia de reacciones alérgicas a la penicilina	Sífilis temprana (< 1año)	Penicilina G benzatínica intramuscular: 2,4 millones UI dosis única al momento del resultado positivo de la prueba rápida
		Sífilis tardía (≥ 1año) Reinfección	Penicilina G benzatínica intramuscular: 2,4 millones UI semanal por 3 semanas, la 1ª dosis al momento del resultado positivo de la prueba rápida
	Antecedente de alergia a la penicilina		Desensibilización con penicilina oral y esquema según clasificación de la SG

EG: edad gestacional

3.3. Seguimiento de los casos de sífilis gestacional

Además de garantizar el tratamiento, el manejo de las gestantes con sífilis incluye el seguimiento serológico con pruebas no treponémicas hasta la negativización de las mismas. De nuevo, se encuentra que en el país existen diferentes documentos que proponen esquemas de seguimiento diferente generando confusión a los prestadores (Fig.5).

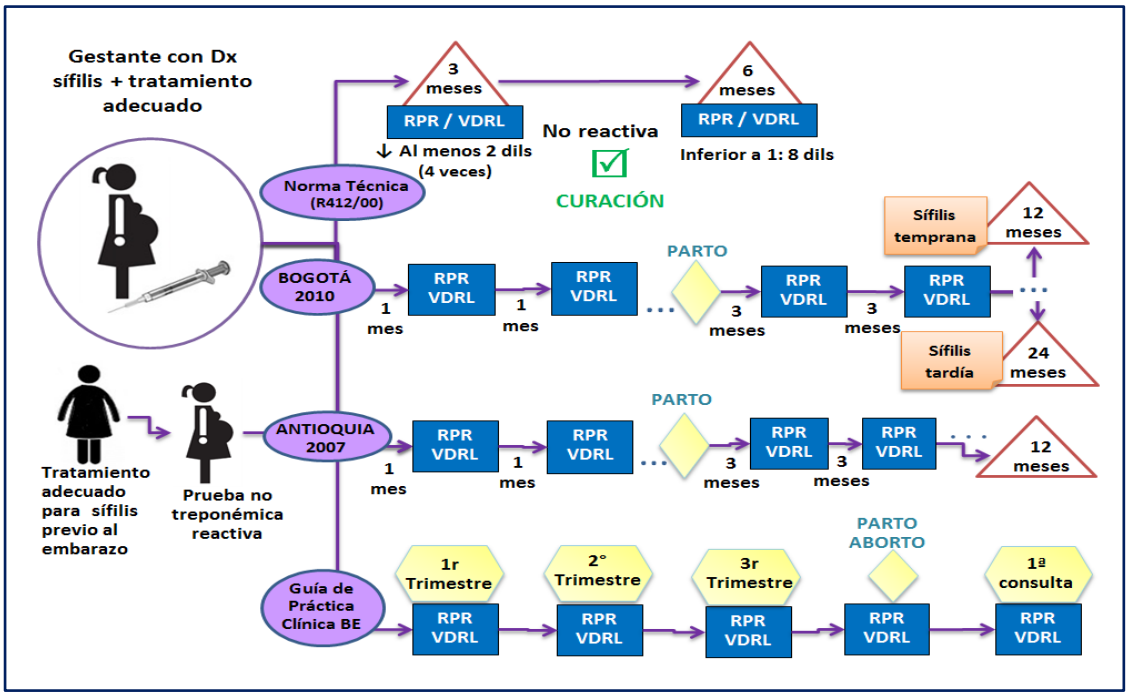


Fig. 5- Esquema de seguimiento según diferentes fuentes

El protocolo 2010 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá recomienda el seguimiento con VDRL o RPR mensual hasta el parto y luego trimestral por un (1) año después del tratamiento en caso de sífilis temprana y hasta dos (2) años en sífilis tardía [15]. Por otro lado, las guías de Antioquia de 2007[¡Error! Marcador no definido.] establecen que en caso de gestación, el seguimiento serológico debe hacerse mensual, sin importar los títulos iniciales, con el fin de detectar una reinfección, recaída o reactivación de la enfermedad que se evidenciaría por aumento de los títulos en cuatro veces el título basal. Este seguimiento serológico mensual debe hacerse también a las gestantes con antecedente de sífilis tratada adecuadamente antes del embarazo si la primera serología es reactiva así sea con títulos bajos. Finalmente, la GPC preliminar basada en la evidencia para la atención integral en SG y SC del MSPS del 2014, establece que el seguimiento debe realizarse con una prueba no treponémica (VDRL, RPR) reportada en diluciones cada trimestre de la gestación, en el momento del parto o postaborto y en la primera consulta postparto en caso de parto domiciliario[14].

3.4. Definición de caso de sífilis congénita

Si bien el presente plan tiene como objetivo lograr la eliminación de la sífilis congénita, conviene tener claro los criterios diagnósticos del caso de SC ya que, como se verá más adelante, existen importantes deficiencias en la calidad del dato epidemiológico.

Según la Guía preliminar de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral en sífilis gestacional y congénita, se considera como caso de sífilis congénita, aquel caso que

cumple con al menos uno de los siguientes criterios (tabla 4). Estos casos deben ser notificados al sistema de vigilancia epidemiológica.

Tabla 6- Definición de caso de sífilis congénita

Se considera como caso de SC si presenta …
Producto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de **madre con SG sin tratamiento o con tratamiento inadecuado** para prevenir la SC, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato. Se considera tratamiento adecuado para prevenir la SC 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 (criterio por nexo epidemiológico). **O**
Todo producto 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. **O**
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***. **O**
Todo producto 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.

***Dentro de las manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico o en exámenes paraclínicos se consideran cualquiera de los siguientes:

- **Clínica sugestiva:** Bajo peso, prematurez, pénfigo palmo-plantar, rash, hepatoesplenomegalia, rágades, rinorrea muco-sanguinolenta, *hidrops fetalis*. **O**
- **Hemograma**: Anemia, reacción leucemoide (leucocitos> 35.000 x mm3), trombocitopenia (plaquetas < 150.000 x mm3) no asociado a trastorno hipertensivo gestacional. **O**
- **Imágenes**: Radiografía de huesos largos con periostitis, bandas metafisiarias u osteocondritis. **O**
- **Líquido cefalorraquídeo** (LCR): VDRL reactivo en cualquier dilución, aumento de proteínas (>150 mg/dl en RN a término; >170 mg/dl en RN pretérmino), conteo celular >25 x mm3 a expensas de los linfocitos (meningitis aséptica) sin otra causa que lo explique. **O**
- **Pruebas de función hepática:** aminotransferasas (AST y ALT) elevada [2] e hiperbilirrubinemia directa (bilirrubina directa o conjugada > 20% de bilirrubina total). **O**
- **Uroanálisis**: con proteinuria, hematuria, cilindruria.

[2] Los valores de referencia para las pruebas de función hepáticas son: AST: 20.54 U/L ± 13.92 U/L y ALT: 7.95 U/L ± 4.4 U/L

4. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

Los insuficientes logros de la estrategia para la eliminación de la SC en Colombia —a pesar de ser un objetivo técnica y normativamente factible— obligan a considerar el fenómeno en un contexto mayor que la mirada biológica presentada en el punto anterior. La situación actual de la SC es una de las varias manifestaciones de las fallas en la calidad de la atención prenatal que reciben las mujeres en Colombia, hallazgo que ya se ha descrito en investigaciones previas sobre el tema[16]. De ello surge la importancia de abordar este "intolerable" de salud pública utilizando herramientas de mejoramiento continuo de la calidad, en particular el ciclo planear, hacer, verificar, actuar -PHVA- (Fig. 6).

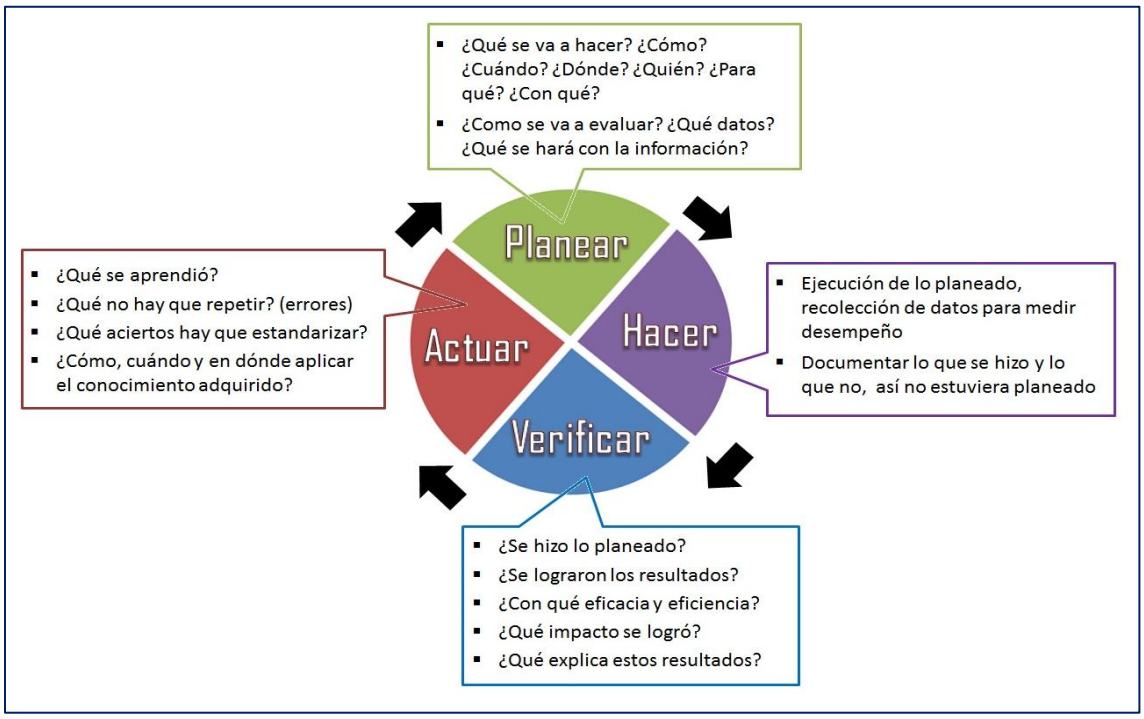


Fig. 6- Ciclo PHVA - Mejoramiento continuo de la calidad

El ciclo propone primero identificar todo lo relacionado con aquello que se piensa hacer así como la forma en que se va a evaluar los efectos de esa implementación (PLANEAR). Luego, se procede a ejecutar lo planeado, recogiendo la información que se definió previamente y documentando todo lo que se realiza así como aquello que no se pudo hacer, estuviera o no planeado (HACER). Al culminar esta etapa, se procede a evaluar los resultados obtenidos, identificando aciertos, errores y resultados que se dieron a pesar de no haber sido planeados (VERIFICAR). Con base en ese análisis, se toman decisiones para estandarizar las mejoras logradas, corregir los errores y sacar provecho del aprendizaje logrado en el proceso (ACTUAR). Es importante comprender que aunque en el primer momento no se haya logrado la meta esperada, el aprendizaje de lo que no sirve permite corregir las acciones de manera que finalmente se logre alcanzar la meta. Así pues, con el conocimiento adquirido, se inicia un nuevo ciclo PHVA y de forma progresiva, ciclo tras ciclo se van mejorando ya sean procesos, programas, servicios o toda una organización.

5. INSUMOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN

Conociendo la situación de la sífilis congénita descrita previamente y con el interés por mejorar la salud materna e infantil, el MSPS decidió construir un Plan de Intensificación para la Eliminación de la Sífilis Congénita (PIESC) que se realizó como parte del Convenio 363 firmado entre el MSPS y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y bajo el contrato de prestación de servicios PSJ1941 del 2013 suscrito entre la OIM y Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social.

Se plantearon tres principios al momento de iniciar el proceso investigativo que fundamentaría el Plan:

- Primero, partir del análisis de problemas, barreras y dificultades que existen en el país para la implementación efectiva de las tres acciones que la evidencia ha determinado como indispensables para eliminar la SC; esto es: 1) tamización y diagnóstico temprano de las gestantes, 2) tratamiento oportuno, adecuado y completo de las gestantes con sífilis y 3) detección y tratamiento de los contactos sexuales.
- Segundo, construir un plan que no fuera "más de lo mismo" ya que la historia mostraba que a pesar de su adecuada formulación, las estrategias de ESC en el país no han logrado el impacto esperado, y
- Tercero, construir el plan enmarcado en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 así como en las políticas, líneas de acción y estrategias del MSPS enfocadas en la población materno infantil, en particular Maternidad Segura, De Cero a Siempre y Curso de Vida.

Para el análisis de problemas o barreras se tomaron como insumo los siguientes productos desarrollados (Fig. 7):

1. Revisión bibliográfica sobre la SG y SC incluyendo fisiopatología, detección, tratamiento, estrategias y políticas públicas nacionales e internacionales.
2. Análisis de los instrumentos disponibles en el país para la recolección de casos de SG y SC
3. Análisis de la base de datos de SG y SC del sistema nacional de vigilancia epidemiológica (Sivigila) para el año 2012.
4. Piloto del análisis de casos de sífilis congénita de 2012 en 9 entidades territoriales.

Fig. 7- Construcción Plan de intensificación para la Eliminación de la SC

Las barreras identificadas mediante cada uno de los insumos fueron posteriormente agrupadas en nodos problemáticos creando una matriz de barreras la cual fue presentada a diferentes direcciones del MSPS como calidad, aseguramiento, promoción y prevención y epidemiología y demografía y salud, con el fin de discutir las estrategias de solución contempladas. De las reuniones surgió la propuesta inicial del plan la cual se presentó a grupo de expertos cuyas opiniones y recomendaciones se tuvieron en cuenta para su inclusión en las estrategias y acciones del Plan.

5.1. Revisión bibliográfica

Se realizó una revisión de la literatura sobre las intervenciones de promoción, prevención, vigilancia en salud pública, atención primaria en salud renovada y determinantes sociales en salud para casos de sífilis congénita y/o gestacional, utilizando la metodología propuesta en la declaración PRISMA para las revisiones sistemáticas de estudios.[17] Se consultaron las bases de datos PubMed, ScienceDirect, WHOLIS, Scielo y RedAlyC, limitando el periodo de búsqueda a los últimos 10 años hasta el 31 de octubre de 2013, excepto para la base de datos de la OMS (WHOLIS), para la que no hubo restricción de tiempo. Los términos genéricos de búsqueda utilizados fueron *reducción, eliminación, control, congénita, gestacional y sífilis*. Dentro de los documentos revisados se incluyeron estudios en salud pública, investigaciones epidemiológicas que incluyeran aspectos de sífilis gestacional y congénita, guías, protocolos y recomendaciones

en literatura gris de cualquier país. El documento resultado de la revisión[3] permitió identificar un determinado número de barreras para el logro de la eliminación de la SC (Tabla 7).

Tabla 7- Barreras para la eliminación de la SC identificadas en la revisión bibliográfica

Es una barrera para el logro de la eliminación congénita cuando en un país…
▪ Los **temas de sífilis gestacional y sífilis congénita** no son políticamente tan valorados como otros, p.ej. VIH, lo que conlleva a un menor presupuesto, escasas estrategias de información, educación y comunicación (IEC) o que las acciones realizadas sean aisladas y de bajo impacto.
▪ Existen **programas para la eliminación de la SC** pero hacen parte de estrategias verticales aisladas que conllevan a que los avances logrados paulatinamente se pierdan.
▪ La **calidad de la atención en salud** —desde el acceso al servicio hasta la forma de prestación— presenta deficiencias que persisten en el tiempo por falta de acción de los actores pertinentes, así como de las entidades designadas para vigilancia y control.
▪ Los **programas para prevención y diagnóstico** de la sífilis y otras ITS fuera del embarazo no han sido efectivos.
▪ Los **controles prenatales** son de inicio tardío, de baja calidad o sin cobertura adecuada a la población más vulnerable, generando diagnósticos y tratamiento tardíos a gestantes con sífilis
▪ La **información del control prenatal** no está a disposición de prestadores que continúan la atención prenatal o atienden el parto en otra institución, en gran medida por la fragmentación de los servicios y sistemas de información.
▪ El **talento humano en salud** presenta deficiencias en su formación en los temas de CPN, diagnóstico y manejo de ITS (incluyendo desensibilización a la penicilina o aspectos clínicos de la SC).
▪ Los **protocolos de detección, atención, notificación y seguimiento** de SG y SC son diversos generando confusión para los prestadores y para las usuarias de servicios de salud.
▪ **Mitos y creencias** en los actores del sistema de salud que se convierten en barreras para implementar tamización y tratamiento in situ de las gestantes con sífilis.
▪ El **manejo de la SG** se centra en la gestante ignorando a los contactos sexuales. Además es deficiente o ausente la educación preventiva incrementando la posibilidad de reinfección.
▪ La **privacidad y confidencialidad** en el diagnóstico y tratamiento de casos con sífilis no siempre se preserva, lo que genera reticencia en la comunidad para realizar las pruebas de tamización.
▪ La **comunidad** desconfía de la atención en salud que se brinda localmente por experiencias previas, creencias culturales o existe una fuerte estigmatización social hacia personas con ITS.
▪ Los **sistemas de vigilancia en salud pública** presentan deficiencias en la calidad del dato, tienen subregistro importante, y los datos recolectados no redundan en acciones de búsqueda activa y seguimiento de casos que generen el impacto esperado en el problema.

[3] Pendiente establecer el enlace

5.2. Análisis de instrumentos para el seguimiento y vigilancia epidemiológica de la SG y SC

La SG y la SC son consideradas desde 2007 como eventos de interés en Salud Pública requiriendo la caracterización individual y el seguimiento de cada caso notificado. En otras palabras, todo caso de SG y SC detectado, a la fecha, por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) fungiendo como unidades primarias generadoras de datos (UPGD) debe ser notificado al Institución Nacional de Salud (INS) a través de los formatos 740 (ficha de sífilis congénita) y 750 (ficha de sífilis gestacional) alimentando al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila)[9].

Por otro lado, la eliminación de la SC está contemplada en la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita del MSPS, por lo cual la Dirección Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social se reúne periódicamente con el INS para monitorear los casos notificados.

Los lineamientos de Vigilancia y Control en Salud Pública 2.013 del INS[18] establecen que la SG y SC, por ser eventos de interés en salud pública, deben ser objeto de búsqueda activa institucional (BAI) la cual debe ser realizada mensualmente por las DTS y las IPS a partir de la revisión de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) de consulta externa, urgencias así como de los registros de hospitalización y de laboratorios clínicos. Por otro lado, al menos mensualmente, se debe realizar el comité de vigilancia en salud pública (COVE) institucional y municipal en donde se analizan, entre otros, el comportamiento en la notificación de los casos y su análisis. El COVE departamental, realizado trimestralmente, ofrece el espacio de discusión de casos así como de las dificultades que existen localmente para el diagnóstico y manejo de los mismos.

Teniendo en cuenta lo anterior y reconociendo la importancia estratégica de la información sobre SG y SC, el equipo técnico recopiló y analizó los protocolos, guías e instrumentos utilizados por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Instituto Nacional de Salud (INS) para la notificación y seguimiento de estos eventos. Es importante anotar que en el momento del estudio las fichas de notificación del INS estaban siendo objeto de ajustes para simplificar su diligenciamiento y garantizar la calidad, confiabilidad y utilidad del dato recolectado, por lo que muchos de los problemas identificados ya fueron corregidos.

En la tabla 8 se presentan las barreras identificadas en el documento resultado de la revisión de los instrumentos para el seguimiento y vigilancia epidemiológica de la SG y SC [4].

[4] Pendiente establecer el enlace

Tabla 8- Barreras para la eliminación de la SC identificadas en la revisión de instrumentos de seguimiento y vigilancia epidemiológica

Barrera	Hallazgos que sustentan la barrera
No inclusión de indicadores de la OMS claves en la ficha de notificación	El Plan de Eliminación de la Sífilis Congénita de la OMS[19] propone una serie de indicadores clave para el monitoreo y evaluación de este evento como son: tratamiento a contactos sexuales (indicador 6), proporción estimada de gestantes infectadas con sífilis que recibieron tratamiento antes de la semana 24 de gestación (indicador 14). La nueva ficha de notificación que unifica en un solo documento la SG y la SC permite monitorear estos indicadores 6 y 14.
Notificación sin seguimiento	Los instrumentos disponibles permiten una cuantificación de casos a posteriori pero no facilitan la implementación de acciones oportunas para que los casos de SG identificados sean seguidos para asegurar su adecuado manejo y el de sus contactos.
Análisis individual de casos de SC deficientes e inadecuados	En los casos que hubo análisis, se encontró gran heterogeneidad en las metodologías utilizadas para la realización de estas reuniones.
Planes de mejoramiento inadecuados, sin implementar o sin seguimiento	Aunque estén escritos, los planes de mejoramiento no establecen tiempos ni responsabilidades claras y se convierten en uno más de los múltiples planes de mejoramiento que tienen las IPS. En la mayoría de los casos, los planes de mejoramiento no tienen seguimiento y cuando lo hay, la falta de cumplimiento no genera ninguna acción correctiva.

5.3. Análisis de bases de datos de SG y SC del sistema de vigilancia epidemiológica – Sivigila – Colombia 2012

Con el fin de identificar los factores de vulnerabilidad y riesgo asociados a la transmisión materno infantil de la sífilis en Colombia se consideró analizar la información recolectada en las bases de datos de vigilancia epidemiológica de sífilis gestacional y congénita. En consenso con el MSPS y el INS, se realizó el análisis descriptivo de los casos individuales notificados a través de las fichas 740 y 750 del Sivigila durante el año 2012, incluyendo un análisis de casos y controles realizado a partir del cruce de las dos fuentes de información en cuestión. En total, se analizaron 4.331 casos de sífilis gestacional y 1.912 casos de sífilis congénita (Fig. 8).

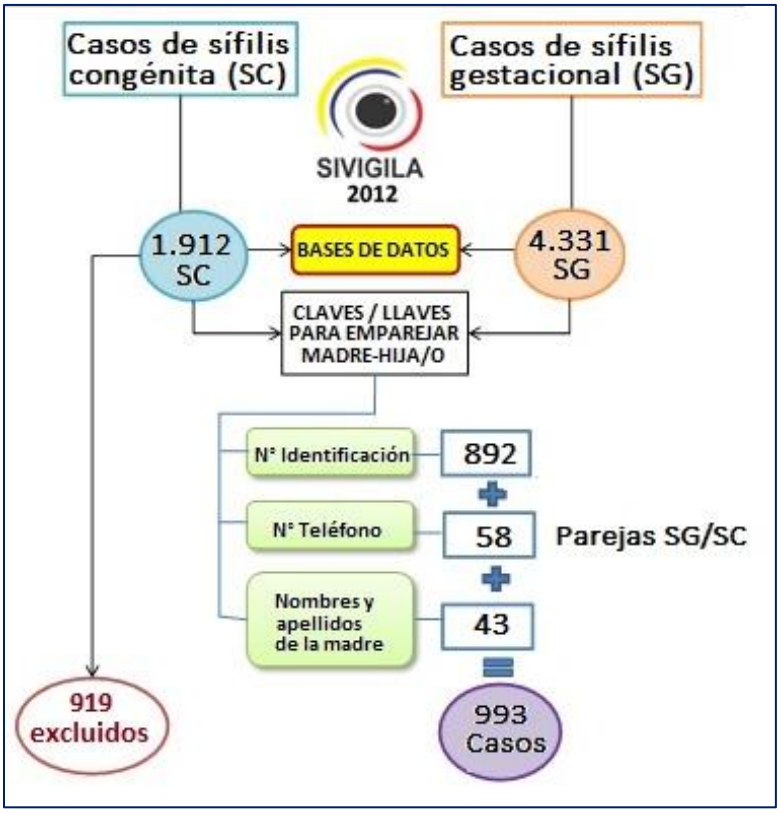


Fig. 8- Bases de datos de SG y SC - Sivigila 2.012

Se realizó un análisis epidemiológico descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias, proporciones e incidencias para las variables consignadas en la ficha de datos básicos (cara A), la cual contiene información general sobre el evento y la UPGD notificadora, identificación del paciente, notificación, seguimiento y clasificación final del caso así como la ficha de datos específicos para cada uno de los eventos (Cara B) que incluye antecedentes maternos, diagnóstico materno, clasificación final de sífilis, diagnóstico de contactos y tratamiento de contactos. Se determinaron las magnitudes de la sífilis congénita y gestacional de manera estratificada para las diferentes variables de la cara de datos básicos y específicos de cada evento y se calcularon la incidencia y razón de prevalencia de SC y SG respectivamente usando como denominador los 667.539 nacidos vivos registrados en la base de datos preliminar de nacidos vivos del DANE para año 2.012[20]. Los resultados obtenidos para el 2012 fueron:

- **Razón de prevalencia de sífilis gestacional**: 6,48 casos por cada 1.000 nacidos vivos
- **Incidencias de sífilis congénita**: 2,92 casos por cada 1.000 nacidos vivos

El documento resultado de este análisis[5] evidenció las siguientes barreras para el logro de la eliminación de la SC en Colombia (Tabla 9).

[5] Pendiente establecer el enlace

Tabla 9- Barreras para la eliminación de la SC, identificadas en el análisis de las bases de datos de SG y SC del Sivigila 2012

Barrera	Hallazgos que sustentan la barrera
Casos de SC sin madre registrada en la base de datos correspondiente	Del total de 1.912 casos de SC, sólo 993 tenían registro materno en la base de datos de SG. Este hallazgo podría deberse al uso de dos fichas de notificación (una para SG y otra para SC) elemento que ya se corrigió o por falta del diagnóstico durante la gestación.
Notificación de casos de SC que no corresponden con los criterios de caso	Del total de 1.912 casos de SC, se excluyeron 919 por no cumplir los criterios de caso de sífilis congénita; esto es: ser hijas o hijos de gestantes con sífilis 1) no tratadas, 2) tratadas con medicamentos diferentes a la penicilina benzatínica o 3) tratadas luego de la semana 38 de gestación.
Mala calidad del dato	Se encontraron 18% más mujeres con serología en el primer trimestre que las que iniciaron su atención prenatal en ese mismo periodo. En 32% de los casos, la edad gestacional de toma de la serología antecede a la edad gestacional de inicio de control prenatal, con diferencias de hasta 38 semanas. El 7% del total de casos de SG (314 casos) no tenía dato de la edad gestacional en la que se aplicó el tratamiento. En quienes tenían dato, 36% recibió tratamiento en el tercer trimestre. En La Guajira, Norte de Santander, Santa Marta y Guaviare el número de gestantes tratadas para sífilis supera ampliamente el número de gestantes que cumplían con la definición de caso de sífilis gestacional. La oportunidad en la notificación de los casos[6] tuvo un promedio de 10 días, con un mínimo de -1 y un máximo de 412 días. De los 1.912 casos de SC, nueve no contaban con información de la edad en el momento de la notificación y se excluyeron del cálculo. El 45,2% se reportó durante el periodo neonatal temprano, 41,7% en el neonatal tardío y el 13,1% después de los 28 días. Los principales códigos CIE-10 utilizados en la causa básica de muerte en los casos de SC fueron: “A509- Sífilis congénita sin otra especificación” (21%), “P95X- Muerte fetal de causa no especificada” (14%), “A500- Sífilis congénita precoz sintomática” (7%) y “P080- Recién nacido excepcionalmente grande (7%). De los 993 casos pareados (SG/SC), el 40% de las gestantes había recibido al menos una dosis de penicilina benzatínica antes de la semana 34 de gestación lo que teóricamente debe evitar la sífilis congénita
Vulnerabilidad particular de ciertas entidades territoriales	La proporción de casos de SG que derivó en casos de SC superó el 60% en San Andrés y Providencia, Guainía, Amazonas Arauca, Vichada, Barranquilla, Chocó, Risaralda y Putumayo. En 20 de las 37 entidades territoriales contempladas esta proporción superó el 50%. La región con mayor incidencia de sífilis congénita fue la del Pacífico con 5,8 casos por mil nacidos vivos, dos veces superior a la incidencia nacional. El departamento del Chocó presentó la mayor incidencia de sífilis congénita con 17,5 niños por mil nacidos vivos, cifra 6,1 veces mayor que la incidencia nacional. La mitad de las muertes de las niñas y niños con sífilis congénita ocurrió en tres entidades territoriales: 10 casos en el Valle del Cauca, siete en Antioquia y

[6] Se excluyó un caso que tenía como año de consulta el 2002.

Barrera	Hallazgos que sustentan la barrera
	cinco en el distrito de Bogotá. Al cruzar la condición final del recién nacido con la pertenencia étnica, se observó que la mayor proporción de muertes ocurrió entre la población afrocolombiana (p=0.01).
Fallas en el seguimiento a la información de las bases de datos	En cuanto al seguimiento y clasificación final del caso, el 90% no tuvo ajustes y el 10% restante tuvo actualizaciones no especificadas en diferentes variables de la ficha de notificación.
Deficiencia en la formación del personal de salud a cargo de población materno infantil	La gran mayoría de casos de sífilis gestacional notificados (57%) fueron clasificados como sífilis primaria. Posterior a la detección de la infección, el 93% de los casos recibió tratamiento. De los 4.024 casos tratados, el 92% recibió penicilina benzatínica, 8% penicilina cristalina y 0,6% recibió otro tratamiento. La modalidad de tratamiento más usado fue el ambulatorio con un 75%. Del total de casos que recibieron tratamiento con penicilina benzatínica, 11% inició el tratamiento después de la semana 37. El 59% de quienes fueron tratadas con penicilina cristalina recibieron este medicamento de manera ambulatoria y únicamente una tercera parte de ellas (34%) tenía más de 34 semanas de gestación cuando inició el tratamiento. El 31% de los contactos de los casos de SG notificados fue tratado siendo Valle del Cauca y Antioquia los departamentos con mayor número de contactos tratados. Del total de casos de SC se encontró que las niñas y niños valorados en la región Andina Norte presentaron mayor número de manifestaciones clínicas y paraclínicas (22%) y los de las regiones de Orinoquía y Amazonía los que menos. En el 51% de los casos de SC no se tomó muestra o no hay datos de serología de líquido cefalorraquídeo.
Deficiencia en la calidad del control prenatal	La mayoría (86%) de los casos de sífilis se detectó durante el periodo de gestación y el resto en otro momento: durante el parto (7%), puerperio (4%) y post aborto (3%). Del total de casos de SG notificados, el 17% (758) correspondió a mujeres que no tuvo controles prenatales. De los casos con información sobre el control prenatal, el 38% inició estos controles en el primer trimestre de gestación y en promedio registraron 2,6 controles al momento de la notificación del evento. La toma de serología en el mismo trimestre de inicio del CPN se encontró en el 45% de los casos. En el 75% de los casos la media del tiempo trascurrido entre el inicio del CPN y la toma de la serología fue de 6 semanas y las regiones Pacífica, Orinoquía y Bogotá fueron las que presentaron mayor cantidad de casos por encima de este periodo. El peso de las niñas y niños reportados como casos de sífilis congénita fue, en promedio, de 2.969 gramos (rango 400- 6.000 gramos). El 17% de estas niñas y niños tuvo bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos).
Deficiencia en la calidad de atención prenatal en regímenes subsidiado y especial	La distribución de casos de SG por régimen de afiliación al SGSSS mostró que el 64% estaba en el régimen subsidiado, 21% en el contributivo, 0,6% en régimen especial, 0,2% en excepción y 14% carecía de afiliación. Sin embargo, la incidencia más alta según régimen de afiliación se presentó en las gestantes pertenecientes al régimen especial o de excepción, con una tasa de 106 casos por mil nacidos vivos. Al contrastar la cantidad de semanas entre el inicio del CPN y la toma de la

Barrera	Hallazgos que sustentan la barrera
	serología según el régimen de afiliación de la gestante, las afiliadas al régimen contributivo y las no afiliadas tuvieron periodos inferiores a 6 semanas en 75% de los casos. En cuanto al tiempo trascurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento las gestantes que pertenecían al régimen subsidiado y las no afiliadas iniciaron el tratamiento en menos tiempo que las de los otros regímenes. Para SC, el 15% de los casos reportados no tenía afiliación al sistema de salud y el 70% pertenecía al régimen subsidiado. La incidencia más alta de casos de sífilis congénita se encontró en el régimen especial, seguido por la de las no afiliadas con 30,5 y 7,1 casos por cada mil nacidos vivos respectivamente.
Probable subnotificación de casos en algunos departamentos	Existe gran disparidad en las cifras de casos de SG y SC notificados lo que puede señalar falta de notificación de algunos departamentos más que una baja incidencia de sífilis.
Deficiencia en programas de detección y prevención de ITS fuera del embarazo	Del total de casos de SG notificados, el 26,4% tenía antecedentes de sífilis y 5,7% de otras infecciones de trasmisión sexual, siendo las principales hepatitis B (35%) y VIH (20%).

5.4. Análisis de casos de sífilis congénita

La identificación de los factores que inciden en la ocurrencia de los casos de sífilis congénita se realizó mediante la investigación en terreno de una muestra aleatoria, representativa de los casos de sífilis congénita ocurridos durante 2012 en 9 entidades territoriales —Bogotá, Bolívar, Cartagena, Cesar, Chocó, Córdoba, Meta, Risaralda y Valle del Cauca—.

En total se analizaron 293 de los 298 casos de SC seleccionados como muestra. En 13 casos de los revisados no se dispuso de información completa; esto es de datos tanto del control prenatal como del parto y del recién nacido para realizar el análisis del caso (Tabla 10).

Como fuentes de información se utilizaron las historias clínicas de control prenatal, parto y del recién nacido y, en los casos en que se dispuso de ello, de la información registrada en las unidades de análisis del COVE.

Tabla 10. Casos de SC revisados y analizados, en 9 entidades territoriales

Entidad Territorial	Casos	Revisados	% de revisión	% casos con información completa
Bogotá	44	43	98%	98%
Bolívar	27	27	100%	93%
Cartagena	29	29	100%	100%
Cesar	30	30	100%	100%
Chocó	31	28	90%	68%
Córdoba	34	34	100%	97%
Meta	28	27	96%	86%
Risaralda	29	29	100%	100%
Valle del Cauca	46	46	100%	100%
Total	298	293	98%	94%

En la Fig. 9 se presenta un resumen de los hallazgos generales del estudio, mostrando los momentos claves para el diagnóstico y el manejo de la sífilis gestacional y congénita en los 293 casos clínicos estudiados.

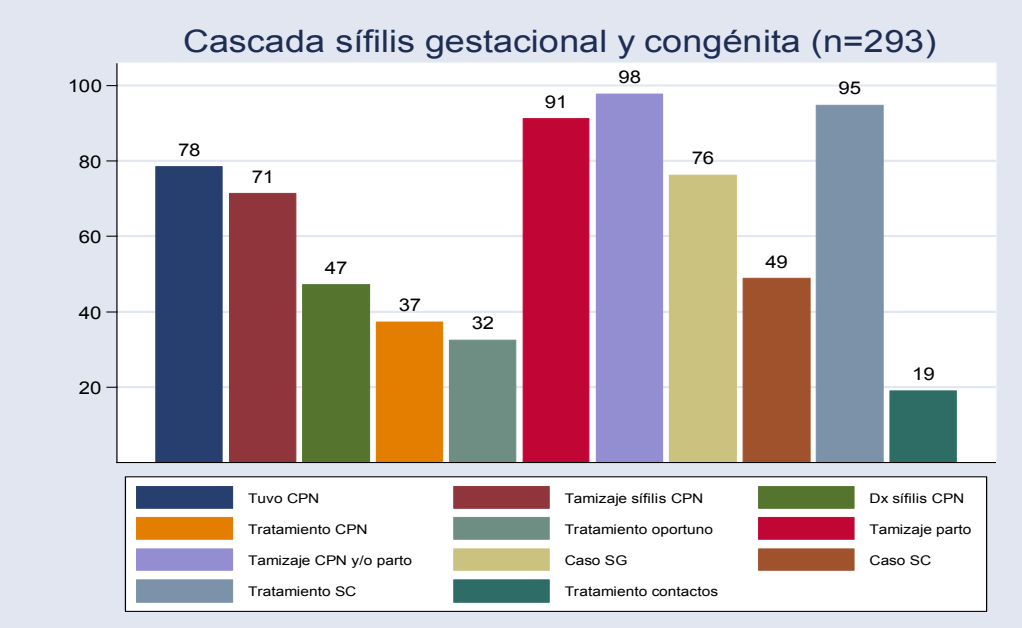


Fig. 9- Hitos en el proceso de diagnóstico y manejo de los casos de SG y SC. Análisis de casos de sífilis congénita en 9 entidades territoriales, 2012.

Recapitulando, un 78% de las madres de niñas y niños con sífilis congénita recibió atención prenatal, 71% fue tamizada para sífilis durante el control prenatal, 47% cumplió con la definición de caso de SG durante el embarazo y 37% tratada en este servicio (32% con tratamiento oportuno, es decir, más de 30 días antes del parto). Solamente la mitad de los casos diagnosticados como sífilis congénita cumplió con los criterios de la definición de caso, lo que tiene serias implicaciones en términos de costos para el sistema por hospitalización y tratamiento de estas niñas y niños, adicional a los fenómenos de discriminación y violencia que pudieron presentarse en estas familias por el diagnóstico errado de una ITS.

Se recopiló información sobre los diferentes factores que intervinieron en la ocurrencia del caso. Los principales hallazgos de este análisis concuerdan con los resultados mencionados en los otros estudios realizados en el marco de la construcción del plan, destacándose las barreras relacionadas con la no administración del tratamiento a contactos, ausencia de controles prenatales, diagnóstico tardíos de la sífilis, falta de adherencia a los cuidados y tratamiento entre otros (Fig. 10).

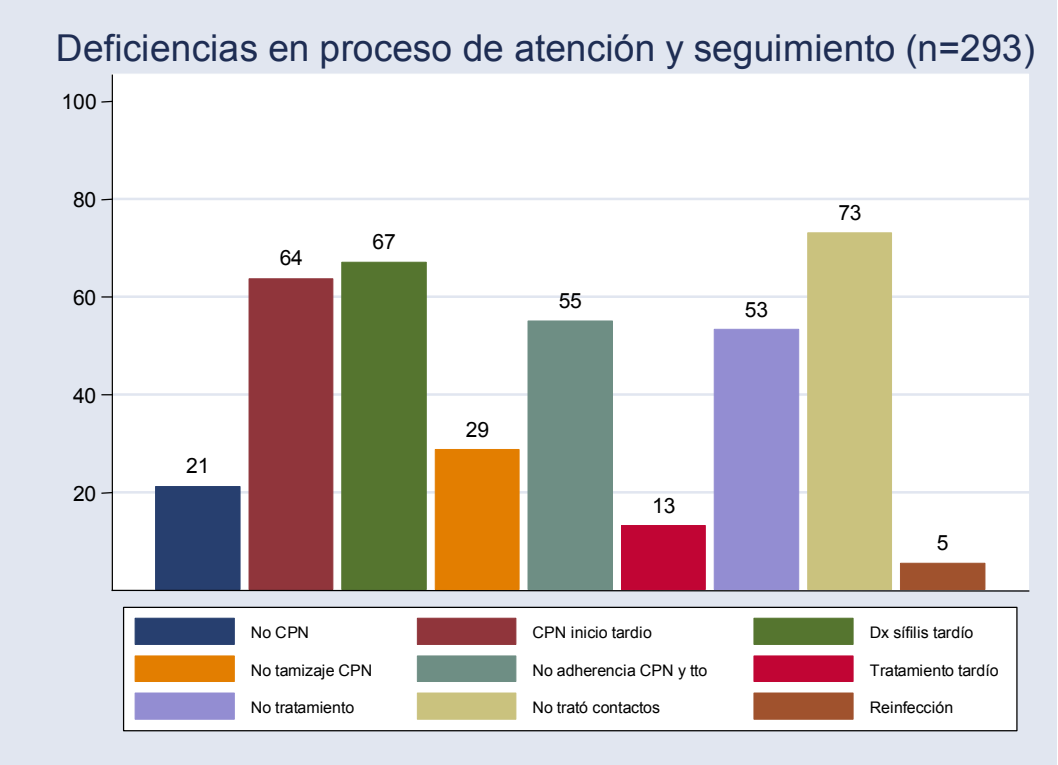


Fig. 10- Deficiencias en proceso de atención y seguimiento

En Tabla 11 se presentan el consolidado de barreras para el logro de la eliminación de la SC que se identificaron en este análisis[7].

Tabla 11- Barreras para la eliminación de la SC, identificadas en el estudio de casos de SC en 9 entidades territoriales

Barrera	Hallazgos que sustentan la barrera
Fallas en aplicación de medidas para la ESC que afectan principalmente a población más vulnerable	El análisis de las características de las madres de niñas y niños con sífilis congénita mostró que: • La mayoría era ama de casa, especialmente en Córdoba y Cesar. • El 14% no tenía afiliación al SGSSS (rango entre 3% en Chocó y 30% en Bogotá) • El 6,8% no tenía ningún nivel educativo, 23,5% algún nivel de primaria (10,9% incompleta), 47,4% algún nivel de secundaria (31,4% incompleta) y solo 2% alcanzó algún nivel técnico, tecnológico o universitario. En Chocó el porcentaje de madres sin educación fue del 26%, 21% en Córdoba y 14% en Cesar. • El 50,5% tenía tres o más embarazos (17,4% entre cinco y diez embarazos) • En el grupo de consumidoras de SPA el porcentaje sin control prenatal fue del 48%. • Dentro de la muestra de madres, hijas e hijos con sífilis se encontraron

[7] Pendiente establecer el enlace

Barrera	Hallazgos que sustentan la barrera
	personas consumidoras de sustancias psicoactivas (SPA), habitantes de calle, personas con discapacidad y población en situación de desplazamiento que son consideradas población vulnerable.
Deficiencias en demanda inducida	• El 21,2% de las madres de niñas y niños con SC no tuvo control prenatal. Los mayores porcentajes sin CPN se observaron en Córdoba (27%), Cesar (23%) y Chocó (21%). • El primer control fue realizado luego del 1r trimestre en 47% de los casos (11% en 3r trimestre).
Barreras de acceso al control prenatal	• Las principales barreras de acceso al CPN detectadas fueron: carencia de recursos (51%), carencia de medios de transporte (48%), lejanía de la IPS (42%), la mujer no considera necesario el CPN (23%). • El tiempo de desplazamiento al CPN para algunas madres llega a ser hasta de 180 minutos. • El gasto promedio para acceder a la IPS fue de $4.221 pesos (puede llegar hasta $50.000), principalmente destinado a gastos de transporte. • Demora 1 u oportunidad del reconocimiento del problema (36,8%), Demora 2 o tiempo entre la toma de la decisión y la acción (13,2%) y Demora 3 o problemas de acceso a la atención médica y la logística de referencia (6,6%). • Casi 10% de las madres de las niñas y niños con SC cambió su EAPB durante la gestación
Control prenatal y atención del parto no acordes con normas técnicas y guías	• El 20,1% de las madres de niñas y niños con SC tenía registro de antecedente de sífilis. De este grupo, 74,6% había recibido tratamiento. • La realización de los paraclínicos básicos contemplados en la norma técnica no fue universal: hemograma (83%), parcial de orina (76%), hemoclasificación (74%), urocultivo (28%), test de O' Sullivan (29%) y citología vaginal (29%). • Se encontró registro de la asesoría para la prueba voluntaria de VIH (APV) en 75%, consentimiento informado en 66% y tamizaje para VIH en el 86%. • Específicamente en sífilis se encontró tamizaje antenatal en el 91% de los casos. Las entidades territoriales donde hubo menor tamizaje para sífilis fueron Chocó (41%), Meta (56%) y Córdoba (70%). • El 43% de todos los casos diagnosticados con SG fueron identificados en el momento parto, incluyen mujeres sin CPN, con CPN pero no tamizadas y aquellas que fueron tamizadas pero que no cumplieron con el criterio de SG (infección posterior al tamizaje). • Problemas de la calidad de la atención (Demora 4) en 53% de los casos analizados que incluyeron: falta de estrategias de captación y seguimiento a gestantes, diagnóstico tardío, inconsistencias en los reportes de laboratorio, tratamiento mal administrado, inadecuado o inoportuno, CPN deficiente por incumplimiento de las guías y protocolos y falta de articulación entre los programas de la IPS y las EAPB.
No adherencia al algoritmo diagnóstico de las normas técnicas y guías	• No se realizó prueba confirmatoria al 33% de gestantes cuya tamización con prueba no treponémica fue reactiva con títulos <1:8 dils. • La confirmación con prueba treponémica se realizó sólo en el 42,5% de las mujeres cuyo tamizaje con prueba no treponémica fue reactiva con títulos menores a 1:8 dils.

Barrera	Hallazgos que sustentan la barrera
	• Sobreutilización de pruebas no treponémicas según algoritmo diagnóstico y de seguimiento establecido por norma.
Manejo de caso de SG y SC no acorde con la norma técnica ni con las guías	• 14% de las mujeres con prueba no treponémica reactiva con títulos mayores a 1:8 dils, no recibió tratamiento • Del total de casos de sífilis gestacional (acordes con la definición de caso), 19% no recibió tratamiento. • Dentro las mujeres tratadas para SG, el 12% recibió una sola dosis de penicilina y el 84% recibió 3 o más dosis. En promedio, recibieron 2,7 dosis de penicilina (p25 2, p75 6). • 17% de los casos de SG tratados no fueron oportunos para prevenir la SC. • El tratamiento oportuno para evitar la SC (más de 4 semanas antes del parto) presentó diferencias importantes entre entidades territoriales siendo de solo 45% para Cartagena, 50% para Bolívar, 60% en Cesar y también en Córdoba. • 20% de mujeres tratadas no cumplía criterios para el diagnóstico de SG. • En el grupo de mujeres que tuvieron seguimiento serológico cuantitativo después del tratamiento, el 10% presentó luego aumento de títulos, lo que sugiere una posible reinfección. • Dentro de los casos notificados erradamente como SC (51%), la mayoría de niñas y niños (95%) recibió tratamiento hospitalario por 10 días, por lo general en una unidad de cuidados intensivos neonatales.
Deficiencias en las actividades de educación y prevención de ITS para la gestante	• La información que se dio a las madres de niñas y niños con SC sobre temas relacionados con la SG y SC: consecuencias para el RN, importancia del seguimiento, uso del condón, importancia del tratamiento propio y de los contactos no fue universal, con importantes diferencias entre entidades territoriales • La entrega de condones fue deficiente siendo Valle del Cauca la que más frecuentemente lo hizo (53%) y Bolívar y Cartagena las que menos (4% en ambos).
Falta de tratamiento a contactos sexuales	• En el 63% de los casos de SG se reportó el número de contactos, que osciló entre 1 y 5 parejas. • El 20% de los contactos recibió tratamiento. La cobertura de tratamiento de contactos fue más alta en Bogotá (36%) y más baja en Meta (6%).
Deficiencias de EAPB e IPS en la evaluación de adherencia al programa de atención prenatal y del seguimiento a gestantes con sífilis	• El 29% de las IPS y el 20% de las EPS cuentan con programa de evaluación de adherencia al programa de atención prenatal • Solo el 28% de las IPS y el 17% de las EPS realizan acciones ante problemas de adherencia • Solo el 51% de las IPS y el 40% de las EAPB cuentan con programas especiales de seguimiento a las gestantes con sífilis. • El 8% de las IPS y el 5% de las EPS no cuentan con ningún mecanismo (fichas, bases de datos, actas de COVE, etc.) para hacer seguimiento de gestantes con sífilis.
Fallas en la vigilancia epidemiológica	• Del total de madres con hija o hijo reportado como SC y tamizadas durante el control prenatal, sólo el 66% cumplía con la definición de caso de sífilis gestacional. • El 43% de los casos no fue notificado al Sivigila. En Bolívar, más de la

Barrera	Hallazgos que sustentan la barrera
	mitad de los casos no fueron notificados al Sivigila. • Entre los casos de SC, más de la mitad (51%) no cumplía con la definición de caso por nexo epidemiológico (madre con sífilis gestacional y no tratada al menos 30 días antes del parto) • El tiempo entre el nacimiento y el momento de notificar al Sivigila el caso de SC fue en promedio 9,2 días, periodo que en algunos casos llegó a ser de 37 días. • En el 26% de los casos de SG/SC la IPS realizó una unidad de análisis del caso. Las entidades territoriales con menor porcentaje de unidades de análisis fueron Córdoba (3%) y Meta (4%). • En promedio, la participación de las EAPB en las unidades de análisis fue del 60%.

5.5. Nodos problemáticos para la eliminación de la sífilis congénita

Las barreras para el logro de la eliminación de la sífilis congénita identificadas mediante los cuatro insumos previamente descritos se priorizaron y posteriormente se organizaron en cinco nodos problemáticos que se constituyen en la barrera que impiden que se realicen la detección y tratamiento oportuno de las gestantes y el tratamiento de los contactos sexuales (Fig. 11).

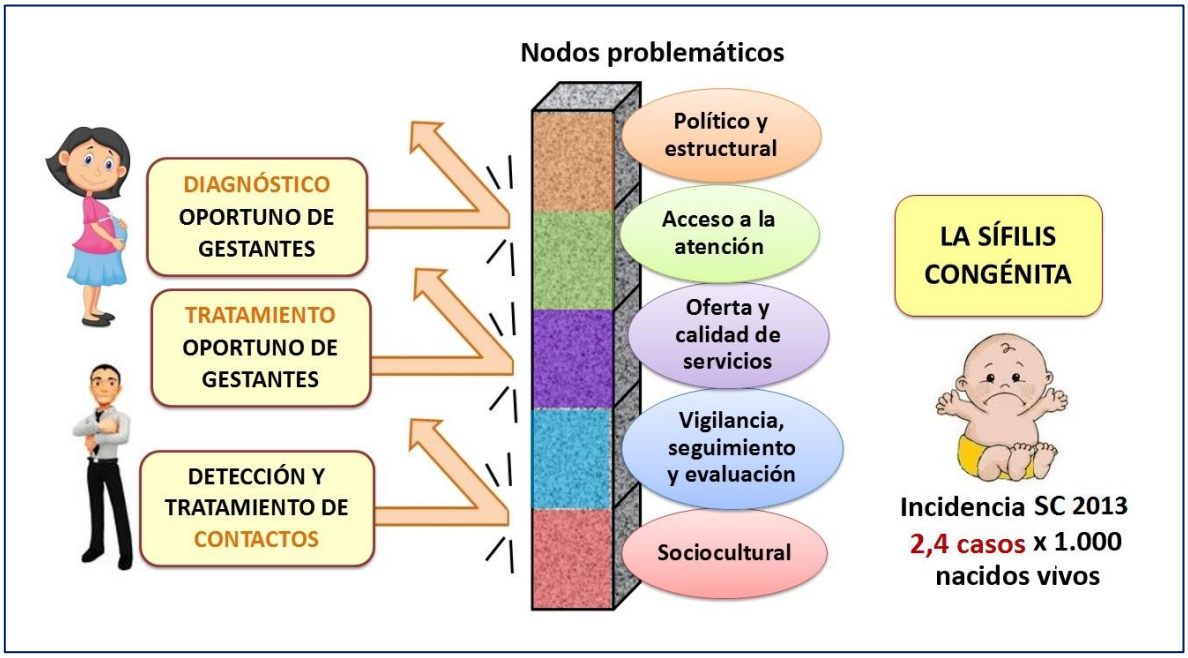


Fig. 11- Nodos problemáticos para la eliminación de la SC

Las características de cada nodo problemático se presentan en la tabla 12.

Tabla 12- Nodos problemáticos

Nodo problemático	Descripción
NP-1 Político y estructural	Agrupa todas las barreras relacionadas con el posicionamiento político del tema de SG/SC incluyendo los convenios internacionales para la ESC, las normativas que regulan la implementación de las estrategias y acciones para la ESC así como las características de las instituciones que regulan estas estrategias y acciones.
NP-2 Acceso a la atención	Agrupa todas las barreras que impiden a la familia gestante acceder a una atención oportuna, integral de calidad. Se incluyen los problemas en el aseguramiento, las barreras geográficas, socioeconómicas y culturales.
NP-3 Oferta y calidad de servicios	Agrupa todas las barreras relacionadas con la formación del talento humano en salud, adherencia a guías, procesos de inducción y reinducción institucional, calidad de la atención brindada a la gestante durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido, así como las características de los programas de atención a la población materno perinatal gestionados por las IPS y las EAPB.
NP-4 Vigilancia, seguimiento y evaluación	Agrupa todas las barreras relacionadas con la calidad de la data desde su recolección, procesamiento y presentación. Se incluye aquí las características de las fichas de notificación, calidad del registro así como barreras detectadas en las unidades de análisis de los casos de SC y en el flujo de información de los casos de SG y SC detectados
NP-5 Sociocultural	Agrupa todas las barreras relacionadas con los mitos y creencias del talento humano en salud a cargo de la atención de la población materno perinatal que impiden la adecuada implementación de las medidas para la ESC. Asimismo, se incluyen las creencias de la gestante o su familia que redundan en demora o no realización de tamización y tratamiento de gestantes y tratamiento de los contactos sexuales.

5.6. Aportes de las diferentes áreas del Ministerio de Salud y Protección Social para la eliminación de la sífilis congénita

La matriz de barreras, organizadas por nodo problemático, con las estrategias planteadas para superarlas fue discutida con diferentes áreas del MSPS que realizaron sugerencias y plantearon algunas dificultades de implementación relacionadas con las estrategias consideradas por el equipo técnico.

En la tabla 13 se condensan los aportes a la matriz final según área del MSPS consultada.

Tabla 13- Discusiones de la matriz de barreras y estrategias con áreas del MSPS

Área del MSPS	Recomendaciones y sugerencias
Promoción y Prevención	• El tratamiento de contactos puede organizarse de la misma manera que lo hace el programa de lepra; esto es, que sean tratados en el sitio donde se diagnostique a la gestante, con recursos provenientes del programa de salud pública puesto que la sífilis es una entidad de interés en salud pública. • Implementar el análisis del 100% de los casos de sífilis congénita en el nivel territorial (institucional, municipal, distrital y departamental) y sólo enviar al nivel nacional los COVE de mortalidad por SC. • Es una prioridad fortalecer las capacidades locales para el análisis de los indicadores así como para la gestión de casos. • Articular las acciones del Plan de intensificación para la eliminación de la SC con las de Curso de Vida. • No es viable implementar un aplicativo para historia clínica de control prenatal unificado a nivel nacional. • No es viable emitir una circular desde el MSPS que defina las responsabilidades por actor en lo relacionado con las acciones para la eliminación de la SC. • No es necesario generar un espacio nuevo de trabajo integrado de los programas que atienden a la población materno infantil ya que existe en Curso de Vida un equipo multidisciplinario con integrantes de todas las direcciones del MSPS.
Aseguramiento	• Es importante delimitar los tiempos para cada acción • Deben establecerse indicadores claves para monitoreo del plan (no más de 15) • La matriz debe incluir los datos y fuente que justifican cada una de las barreras encontradas • Es factible implementar el concepto de “pagador seguro” para garantizar la atención de las gestantes y los contactos de mujeres con SG para evitar barreras de acceso por aseguramiento para estos grupos de población.
Calidad	• El formato unificado para evaluar adherencia a guías de CPN es una acción viable • Dar aplicación a la definición incluida en la Resolución 1446 de 2006 (la sífilis congénita como un evento adverso) para que en todas las IPS cada caso se analice y gestione como un evento adverso. • Es viable para el MSPS actualizar la GPC del CPN, acorde con la metodología existente para ello, de manera que no vaya en contravía con la GPC preliminar de SG y SC. • Es viable la propuesta de montar la plataforma virtual para que los prestadores se capaciten en las guías de práctica basadas en evidencia.
Prestación de servicios	Es viable incluir en la página web del MSPS en la sección de preguntas frecuentes sobre habilitación referencias a tres (3) mitos que generan barreras para la implementación de la tamización y tratamiento de sífilis en el sitio de atención; a saber: 1) Aclarar los requisitos para realizar la prueba rápida para sífilis y VIH. 2) Todos los niveles de atención pueden aplicar la penicilina. 3) Las Guías para eventos de interés en salud pública, como la SG y SC, son de obligatorio cumplimiento.
Sistema de Información	• No es viable crear un sistema de información particular para el seguimiento de casos de SG o SC ya que mediante SISPRO (Sivigila, cuenta de alto costo y Resolución 4505) se dispone de toda la información necesaria para ello.

Área del MSPS	Recomendaciones y sugerencias
	• Con el fin de asegurar que SISPRO ofrece todas las variables necesarias para el plan debe analizarse las variables incluidas en RIPS, Sivigila, 4505, RUAF, cuenta de alto costo y otros medios que se integran al SISPRO. De no estar alguna de las variables necesarias se podrían incluir en los reportes. • SISPRO no se ha considerado como sistema de información que permita la gestión clínica. • En la página del MSPS se van a publicar todas las poblaciones de referencia para los programas específicos a partir de los ASIS territoriales, de manera que todos los actores puedan utilizar estos datos como denominadores para la gestión de sus programas.

5.7. Validación con expertos y socialización a actores del SGSSS

El 27 de junio de 2014 se realizaron dos eventos de presentación y discusión de los documentos preliminares del Plan de Intensificación para la Eliminación de la Sífilis Congénita.

En la mesa de expertos se contó con la participación de representantes del MSPS, de las DTS, academia, IPS, INS, entidades de control y tomadores de decisiones relevantes para el tema de sífilis. En mesas temáticas se revisaron y discutieron las estrategias y acciones para cada una de las líneas estratégicas consideradas en el plan. Los aportes de cada uno de los actores del SGSSS se analizaron en plenaria y se llegó a consensos que fueron incorporados a los documentos finales. El mismo día se socializó el plan a representantes de EAPB, IPS y de la academia (Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Bosque y Universidad Javeriana) quienes aportaron desde su experiencia la viabilidad de las acciones propuestas.

En el proceso de socialización asistieron principalmente representantes de EAPB quienes ofrecieron aportes para clarificar algunos aspectos del Plan de Intensificación de Eliminación de la Sífilis Congénita.

Por otro lado, se recibieron cuestionarios diligenciados individualmente relacionados con la claridad y comprensión de texto. Los aportes en este tema también se incluyeron en los documentos finales.

PARTE II: PLAN DE INTENSIFICACIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

6. Principios orientadores del plan

En armonía con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, las políticas, líneas de acción y estrategias en salud materna e infantil del Ministerio de Salud y Protección Social y los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, el presente Plan de Intensificación para la Eliminación de la Sífilis Congénita, se fundamenta en los siguientes principios orientadores:

6.1. Enfoque integrado

La sífilis congénita es un claro indicador de deficiencias en la atención prenatal por lo que su eliminación no se debe abordar en el marco de un programa vertical sino como un elemento del control prenatal oportuno, integral y de calidad que deben recibir todas las mujeres. La atención durante la gestación es además el espacio donde pueden confluir los servicios de atención primaria, planificación familiar, prevención de ITS y salud sexual y reproductiva, entre otros, permitiendo el abordaje integral de la salud de la mujer, su pareja y sus hijas e hijos[21]. Esta visión integral hace parte de la Ruta Integral de Atenciones de la Estrategia de Cero a Siempre y el Enfoque de Curso de Vida. No sobra recordar que una atención prenatal adecuada en tiempo y contenidos no solo previene la sífilis congénita sino que impacta la salud general de la mujer y de su hija o hijo, tal como lo señala la OPS: "*Desde los estudios psicosociales hasta las neurociencias, muestran que el impacto de las atenciones o agresiones vividas en la etapa gestacional o la primera infancia, son determinantes de salud o enfermedad en las etapas avanzadas de la vida*"[22].

6.2. Enfoque de derechos

Enmarcar la eliminación de la SC en un control prenatal oportuno, integral y de calidad, implica reconocer a la mujer gestante como sujeto de derechos que, desde el sector salud, deben ser protegidos y garantizados por todas las personas que entren en contacto con ella durante su atención. En armonía con el PDSP 2012-2021, el presente Plan de Intensificación para la Eliminación para la Sífilis Congénita (PIESC) reconoce la salud como un derecho fundamental cuya garantía requiere un abordaje diferencial, poblacional y de determinantes sociales.

Es importante resaltar aquí que el reconocimiento de los Derechos Humanos (DDHH) de las mujeres se enlaza con el reconocimiento de las inequidades que experimentan por el hecho de ser mujeres y que, frente a una infección de transmisión sexual (ITS), pueden manifestarse como discriminación, maltrato institucional y violencia de pareja.

Considerando lo anterior, el PIESC, se fundamenta en los siguientes derechos:

- Derecho de las mujeres a una atención en salud oportuna y de calidad durante la gestación, parto y puerperio.
- Derecho de mujeres y hombres a los avances científicos que permiten una detección de la sífilis en el mismo momento de la consulta.
- Derecho de mujeres y hombres a que se preserve la confidencialidad sobre su estado serológico.
- Derecho de mujeres y hombres a recibir el tratamiento completo para la sífilis y que se les realice el seguimiento pertinente para confirmar la curación.
- Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, incluyendo la eliminación de discriminación, tratos crueles e inhumanos en la atención en salud.
- Derecho de todos los recién nacidos a recibir una atención inmediata que permita la evaluación de su estado de salud y la toma de las medidas pertinentes que permitan preservarla.
- Derecho de todos los recién nacidos con sífilis congénita a recibir un tratamiento adecuado y completo así como un seguimiento completo hasta confirmar la curación.
- Derecho de mujeres y hombres a información oportuna y completa sobre cómo protegerse de las infecciones de transmisión sexual y a dónde acudir para recibir los cuidados pertinentes en caso de infección.

6.3. Proceso coordinado

Acorde con los planteamientos definidos el PDSP 2012-2021, el PIESC considera una "*articulación intersectorial para la reducción de condiciones de vulnerabilidad y prevención de la transmisión de ITS-VIH/SIDA en poblaciones mayormente afectadas o en contextos de vulnerabilidad*" incluyendo un trabajo coordinado con el sector educación para reducir el estigma y la discriminación y favorecer la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las ITS. Así mismo, propende por el fortalecimiento del sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

Específicamente en el sector salud, la eliminación de la SC requiere un compromiso real de los diferentes actores del SGSSS (aseguradores, prestadores, decisores, comunidad) así como una articulación de los diferentes programas de atención materno perinatal (maternidad segura, eliminación de la TMI del VIH, etc.) del MSPS con el fin de optimizar los recursos disponibles, evitar duplicidad en las acciones y sobrecarga a los prestadores.

7. Estructura del Plan

El Plan de intensificación para la eliminación de la Sífilis Congénita (PIESC) en Colombia está estructurado de manera que la meta estratégica, alcanzar y mantener una incidencia de SC igual o inferior a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos en el 2021 según el PDSP 2012-2021, se logra a través del cumplimiento de tres objetivos estratégicos con metas específicas; esto es, en las gestantes: diagnóstico oportuno y tratamiento oportuno y en los contactos sexuales: tratamiento. El logro de los tres objetivos estratégicos solo se consigue al sobrepasar cinco nodos problemáticos que agrupan las barreras detectadas mediante cuatro fuentes de información (revisión de la literatura, revisión de instrumentos, análisis de base de datos Sivigila 2012 y análisis de casos de SC) y priorizadas con base en su impacto sobre la calidad de atención (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, y seguridad en la atención), la sinergia con otros programas de atención materno perinatal (atención integral) y el posible impacto en la consecución de la meta propuesta en cuanto a la eliminación de la sífilis congénita (ME).

En la Fig. 12 se resumen los elementos estructurales principales del PIESC.

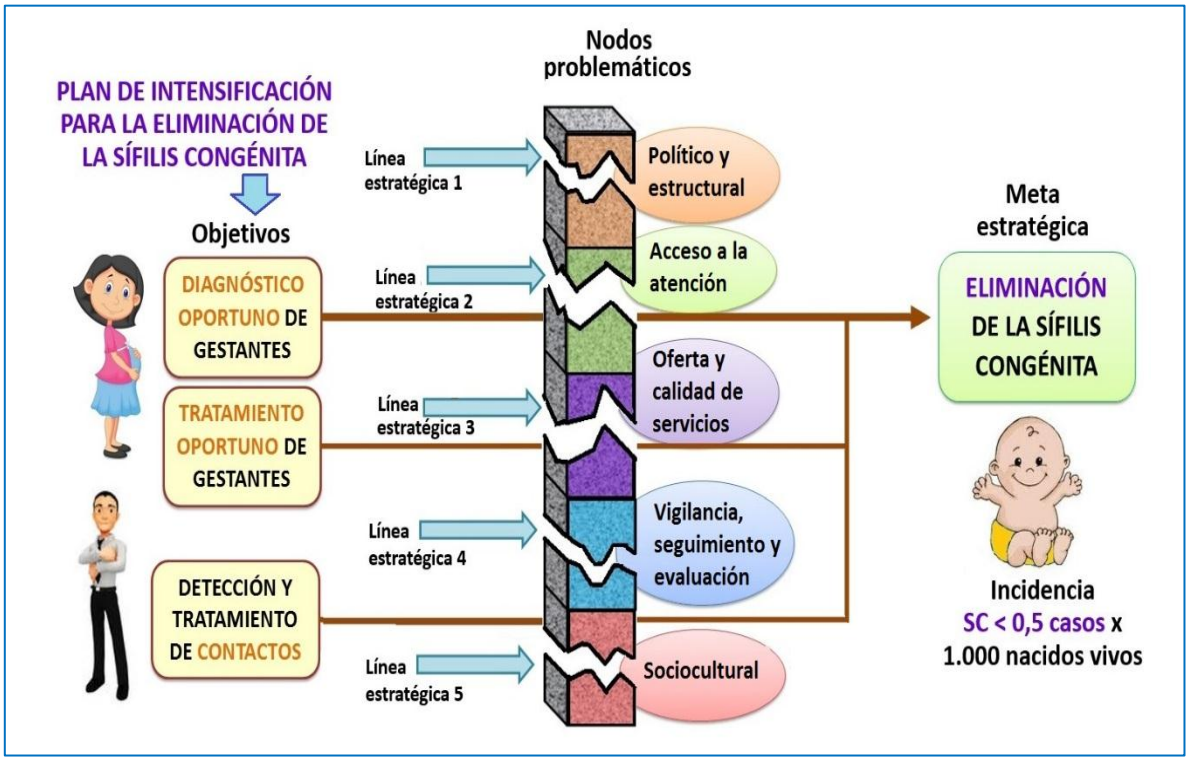


Fig. 12- Estructura Plan de intensificación para la eliminación de la SC

La manera de sobrepasar los cinco nodos problemáticos es mediante cinco líneas estratégicas que están soportadas en los cuatro pilares de la OMS para la eliminación de la sífilis congénita adaptados al caso colombiano, así como en los principios orientadores del plan (Fig. 13).

Fig. 13- Integración de pilares OMS y núcleos problemáticos en el Plan de Intensificación para la ESC

Las líneas estratégicas están compuestas por varias estrategias generales y estas, a su vez, por una o varias estrategias específicas en las que participan una o varias acciones. Para evaluar el avance en la implementación del PIESC se determinaron una o dos metas intermedias por cada estrategia específica (fig. 14).

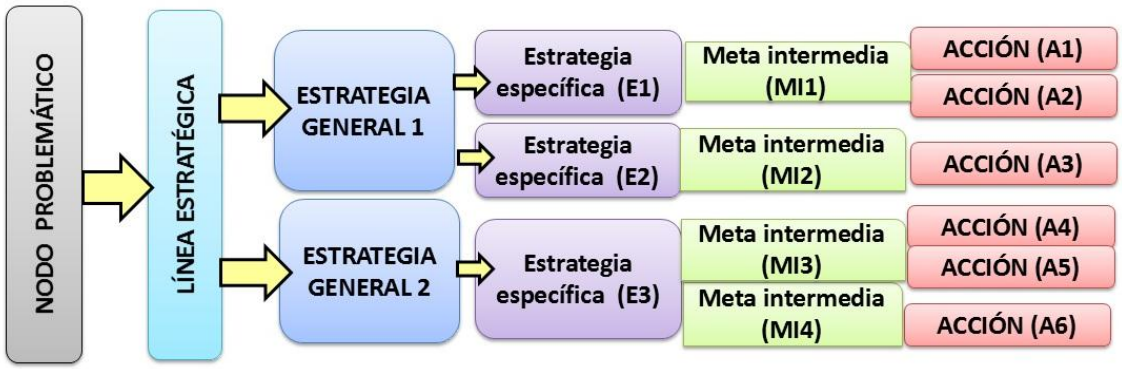


Fig. 14- Estructura básica del PIESC

7.1. Meta estratégica

Para el año 2021, haber alcanzado y mantenido la incidencia de sífilis congénita en 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.

7.2. Objetivos estratégicos y metas específicas

A través del presente plan no se pretende obviar de manera simplista el amplio marco en que está envuelta la sífilis congénita con todas las características y determinantes que llevan a este evento a ser entendido como un problema de salud pública. De manera alguna tampoco se intenta generar falsas interpretaciones referentes a la gran importancia del trabajo intersectorial a diferentes niveles, la intervención continua en el curso de vida y las medidas que son el deber ser de las intervenciones en salud desde el punto de vista de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que establecida la sífilis congénita en Colombia en un intolerable en salud pública, concentraremos los esfuerzos del plan de intensificación de la estrategia para la eliminación en aquellas actividades que han demostrado mayor efectividad en la disminución de la sífilis congénita. Esto, por supuesto, no quiere decir que todas las demás intervenciones derivadas de la comprensión de la enfermedad como un resultado de lo anteriormente enunciado no deban ser tenidas en cuenta para el desarrollo de acciones en salud.

Los objetivos estratégicos (OE) de este plan, junto con sus metas específicas (ME) son:

- **OE1.** Aumentar el diagnóstico temprano de la sífilis gestacional.
  - **ME1:** En 2021 80% de las mujeres gestantes inician al CPN antes de la semana 12
  - **ME2:** En 2021 95% de las mujeres serán tamizadas para sífilis en la primera CPN
- **OE2.** Realizar el tratamiento materno oportuno y adecuado de la sífilis gestacional.
  - **ME3:** En 2021 100% de las gestantes con prueba rápida positiva reciben al menos una dosis de penicilina benzatínica
  - **ME4:** En 2021 95% de las gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional (prueba treponémica y no treponémica reactivas) reciben el tratamiento completo y oportuno
- **OE3.** Proveer el manejo adecuado de los contactos sexuales de la paciente con sífilis gestacional.
  - **ME5:** En 2021 el 80% de contactos sexuales de mujeres con sífilis gestacional son tratados

7.3. Líneas estratégicas

Para el logro de la meta estratégica, esto es una incidencia de SC igual o menor a 0,5 casos, incluidos los mortinatos, por 1000 NV, se deben alcanzar los tres objetivos estratégicos lo que se realizará mediante cinco líneas estratégicas (LE) que eliminan o superan los cinco nodos problemáticos. Las líneas estratégicas del PIESC son:

- **LE1**. Garantizar el compromiso sostenido y la promoción por parte de las instancias políticas.

- **LE2**. Ampliar el acceso a los servicios de salud materno infantil y mejorar su calidad.
- **LE3**. Garantizar pruebas de detección a las mujeres gestantes, así como su tratamiento y el de sus contactos.
- **LE4**. Establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación que permitan tomar decisiones oportunas.
- **LE5**. Cambiar los paradigmas culturales con respecto a la sífilis.

Cada línea estratégica (LE) tiene uno varias estrategias formuladas y diferentes acciones que dan respuesta a la estrategia planteada (Fig. 13).

7.4. Estrategias generales

En el marco de cada una de las líneas estratégicas se plantean cuatro estrategias generales transversales que se enuncian a continuación:

- **EG1**: Posicionamiento de la sífilis congénita como intolerable en salud pública a través de una intervención multinivel de información, educación y comunicación.
- **EG2**: Aplicación de la mejora continua para tener buenos resultados en salud materno infantil con énfasis en sífilis gestacional y congénita.
- **EG3**: Definición y puesta en marcha de variables mínimas para la gestión de la calidad en atención materno infantil con énfasis en sífilis gestacional y congénita.
- **EG4**: Garantizar el acceso a los servicios de atención materno infantil con énfasis en sífilis gestacional y congénita.

7.5. Estrategias específicas

Se plantean 30 estrategias (E1 a E30) que responden a cada una de las cinco líneas estratégicas de manera que sea posible diagnosticar oportunamente a las gestantes y tratarlas a ellas y a sus contactos sexuales. Las estrategias específicas por cada una de las líneas estratégicas del plan son:

LE1. Garantizar el compromiso sostenido y la promoción por parte de las instancias políticas.

E1: Estrategia de educación y sensibilización desde el nivel central que incluya acciones de Información, educación y comunicación (IEC) sobre sífilis gestacional y congénita en cuatro niveles: comunidad, personal de salud en contacto con población gestante, actores sectoriales y tomadores de decisiones en salud.

E2: Fortalecimiento de procesos de gestión, monitoreo y evaluación a partir del PIESC guiados por el ciclo de mejoramiento continuo.

E3: Integración de las diferentes iniciativas y proyectos en atención materno infantil a través del enfoque por procesos que permitan el abordaje conjunto de las problemáticas comunes, la elaboración de acciones sinérgicas en salud y el monitoreo permanente de resultados aplicando el ciclo PHVA.

E4: Presentación, difusión e implementación de la Guía de Práctica Clínica de Sífilis Gestacional y Congénita basada en la evidencia elevada a norma técnica.

E5: Actualización de documentos que generan disyuntivas en el manejo de mujeres embarazadas con SG y niñas y niños con SC.

E6: Generar las herramientas a nivel local y de aseguradores, para filtrar la información de casos de SG y SC para realizar el manejo y seguimiento clínico oportunos.

E7: Coordinación intersectorial de los MSPS y Ministerio de Educación Nacional, para incluir dentro del proceso de formación de los profesionales en salud los programas dirigidos a los eventos de interés en salud pública y en especial la norma técnica para manejo de SG y SC y CPN.

LE2. Ampliar el acceso a los servicios de salud materno infantil y mejorar su calidad.

E8: Generar mecanismos efectivos de prestación de servicios a la gestante para evitar barreras de acceso relacionadas con el aseguramiento.

E9: Fortalecimiento de las estrategias para la captación temprana de las gestantes, incluyendo el seguimiento periódico a la gestión por parte de las DTS, con base en los indicadores establecidos en el plan.

E10: Incluir modelos diferenciales en rutas de atención a la población materno infantil.

E11: Generar mecanismos efectivos de prestación de servicios para el manejo integral de la SG considerando que es un evento de interés en salud pública.

E12: Cumplimiento por parte del asegurador de lo dispuesto en la resolución 5521 de 2013 o las que la modifiquen o substituyan

LE3. Garantizar pruebas de detección a las mujeres gestantes, así como su tratamiento y el de sus contactos.

E13: Difusión permanente y sistemática de las Guías de práctica clínica de CPN y SG y SC, mediante un programa dirigido a profesionales que atienden gestantes.

E14: Monitoreo de la adherencia a GAI para la gestante, partiendo de la incorporación de las GAI en los currículos de pregrado y la capacitación continua a los profesionales que atienden gestantes en el país

E15: Emitir directrices para la implementación de un programa que garantice en las IPS la calidad en la atención a las gestantes.

E16: Emitir directrices para la implementación de un programa que garantice en las EAPB, la captación temprana de gestantes, gestión del riesgo, seguimiento y continuidad en la atención a las gestantes; implementarlos y realizar seguimiento.

E17: Implementación de las acciones requeridas para aplicar la Guía de Práctica Clínica de Sífilis Gestacional y Congénita basada en la evidencia, incluyendo la garantía de los insumos para el diagnóstico y tratamiento: Pruebas rápidas treponémicas, penicilina benzatínica, jeringas, etc.

LE4. Establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación que permitan tomar decisiones oportunas

E18: Actualización del protocolo de vigilancia epidemiológica con base en los nuevos lineamientos técnicos.

E19: Redefinir la línea de base de la razón de prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita de acuerdo con las definiciones de caso establecidas en la GPC de SG y SC.

E20: Aplicar el concepto contemplado en la Res 1446 de 2006 o normas que la modifiquen o substituyan, que considera la SC como un evento adverso.

E21: Uso de la información provista a través del ASIS para evaluar coberturas territoriales e institucionales con fortalecimiento de las capacidades locales.

E22: Capacitar a los equipos encargados de realizar IVC con un enfoque en seguridad del paciente.

E23: Fortalecer en la Superintendencia Nacional de Salud la capacidad de realizar acciones de IVC en la atención materno infantil.

E24: Implementar un sistema de alertas que se active ante una prueba positiva para sífilis gestacional y permita el despliegue de las acciones para el manejo y seguimiento oportuno de los casos.

E25: Implementación de un conjunto de datos mínimos que permita la gestión integrada de los programas maternoinfantiles, facilite la portabilidad y permita la interoperatividad.

E26: Incorporar el control de calidad para las pruebas rápidas treponémicas para sífilis al programa existente de la red nacional de laboratorios del INS.

E27: Garantía de continuidad para los programas de atención a la población materno infantil y de eventos de interés en salud pública, con énfasis en SG y SC en el POA

E28: Incluir la evaluación periódica de resultados de la atención en salud materno infantil con indicadores de resultado en el espacio de gestión del equipo de PyP del MSPS y de las DTS

LE5. Cambiar los paradigmas culturales con respecto a la sífilis.

E29: Información y educación a prestadores y verificadores.

E30: Alianzas estratégicas para el diseño, gestión e implementación de campañas de información, educación y comunicación (IEC) orientada a la comunidad

7.6. Metas intermedias

Para cada una de las líneas estratégicas se plantea un número de metas intermedias (MI) que permiten seguir y evaluar la implementación de las estrategias generales y específicas del plan (ver Fig. 15)

LE1. Garantizar el compromiso sostenido y la promoción por parte de las instancias políticas.

- **MI-1.** A un (1) año de la publicación del plan, el MSPS habrá diseñado una estrategia nacional de IEC multinivel dirigida a la comunidad, prestadores, tomadores de decisiones y otros actores del sistema cuyos objetivos serán posicionar en estos grupos el tema de salud materno infantil con énfasis en SG y SC y corregir de manera progresiva las barreras socioculturales para la eliminación dela sífilis congénita
- **MI-2.** A partir del segundo año de publicación del plan, la estrategia nacional de IEC para el posicionamiento del tema de salud materno infantil con énfasis en SG y SC, habrá sido ajustada a las características territoriales, su implementación estará siendo liderada por las DTS y las EAPB así como la evaluación de su impacto en la eliminación progresiva de las barreras socioculturales para la eliminación dela sífilis congénita.
- **MI-3.** A un (1) año de la publicación del plan estará organizado desde el nivel nacional un sistema de indicadores para el monitoreo de la gestión del PIESC que permitirá monitorear sus avances y resultados, el cual será replicado a nivel territorial.
- **MI-4.** A seis (6) meses de la publicación del plan las diferentes áreas involucradas con el tema de salud materno infantil a nivel nacional y territorial, articulará los planes operativos y definirá las metas conjuntas que sean pertinentes.
- **MI-5.** A partir del primer año de la publicación del plan, las diferentes áreas involucradas con el tema de salud materno infantil a nivel nacional y territorial estarán realizando el monitoreo de metas y desempeño de indicadores del PIESC.
- **MI-6.** A los tres (3) meses de la publicación del plan, el MSPS habrá elevado a norma con carácter de resolución los lineamientos técnicos referentes a la atención de la sífilis gestacional y congénita.

- **MI-7.** A los seis (6) meses de la publicación del plan el MSPS habrá actualizado y armonizado las normas técnicas relacionadas con atención materno infantil que sean contrarias a la GPC de SG y SC.
- **MI-8**. A partir del tercer mes de la publicación del plan las EAPB y su red de prestadores estarán implementando un sistema de seguimiento de SG que partirá de las alarmas generadas por las IPS y laboratorios clínicos que procesen una prueba positiva para sífilis en una gestante, así como de las alertas que provengan de los sistemas de información.
- **MI-9**. A un (1) año de la publicación del plan los actores clave del SGSSS habrán establecido y estarán implementando los mecanismos para obtener de las fuentes de información oficiales los datos requeridos para la gestión oportuna de los casos de SG.
- **MI-10**. A un (1) año de la publicación del plan los ECAES para estudiantes de áreas de la salud estarán incluyendo preguntas relacionadas con la GPC de SG y SC y las GAI de CPN
- **MI-11**. A un (1) año de la publicación del plan todas las DTS tendrán un proceso estandarizado de inducción y reinducción para la GAI de atención prenatal y la detección y manejo integral de la SG y SC.

LE2. Ampliar el acceso a los servicios de salud materno infantil y mejorar su calidad.

- **MI-12**. Durante los seis (6) meses posteriores a la publicación del plan se habrá reglamentado la normatividad para eliminar barreras de atención a gestantes en relación con el aseguramiento, movilidad entre regímenes, portabilidad, no afiliación.
- **MI-13.** A los seis (6) meses de la publicación del plan, y como parte del fortalecimiento de la gestión del PIESC para monitorear los avances y resultados, se habrán establecido a nivel territorial los espacios periódicos para evaluar los avances en la atención materno infantil, incluyendo lo relacionado con SG y SC.
- **MI-14.** Dentro del primer año de la publicación del plan el MSPS habrá emitido las herramientas para fortalecer los procesos de demanda inducida.
- **MI15.** Durante el año posterior a la publicación del plan se incluirá progresivamente el enfoque de atención diferencial a las rutas de atención materno infantil para las poblaciones que lo requieran.
- **MI-16.** A partir del sexto mes de la publicación del plan todas las EAPB estarán implementando el procedimiento de notificación a la EAPB del o los contactos sexuales de mujeres con SG para su tratamiento oportuno.
- **MI-17**. A partir del primer año de la publicación del plan y trimestralmente, se hará seguimiento a los mecanismos establecidos por las EAPB para garantizar el acceso a los servicios de salud materno infantil.

LE3. Garantizar pruebas de detección a las mujeres gestantes, así como su tratamiento y el de sus contactos.

- **MI-18.** A partir del primer año de la publicación del plan el MSPS habrá puesto en funcionamiento una herramienta para la actualización del talento humano en salud en CPN, SG y SC que esté ligada a procesos de habilitación.
- **MI-19**. A partir del primer año de la publicación del plan el MSPS habrá establecido un lineamiento para evaluar de forma estandarizada la adherencia a GAI de CPN y a la GPC de SG y SC.
- **MI-20**. Dentro de los seis (6) primeros meses de la publicación del plan, el MSPS habrá emitido directrices para la implementación y el seguimiento de un programa de atención materno infantil desde las EAPB e IPS.
- **MI-21**. A partir del primer año de la publicación del plan todas las IPS que atiendan gestantes tendrán kits de atención materno infantil que incluyan los insumos necesarios para la atención de esta población que serán definidos por el MSPS y tendrán el personal capacitado para usarlo correctamente.

LE4. Establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación que permitan tomar decisiones oportunas

- **MI-22**. Dentro de los seis (6) primeros meses de la publicación del plan el INS habrá actualizado la ficha de notificación del Sivigila con las definiciones de caso de la GPC para SG y SC y tendrá los controles de calidad necesarios para evitar la notificación de casos que no cumplen con dichas definiciones.
- **MI-23**. Dentro del primer año de la publicación del Plan el INS habrá definido una metodología para estandarizar el estudio de casos de SC que incluya la identificación de acciones inseguras y factores contributivos, que será implementado por IPS y EAPB en el análisis de todos los casos de SC.
- **MI-24**. A los veinticuatro (24) meses de la publicación del Plan todas las DTS, EAPB y ESE y 70% de las IPS estarán entrenadas en la implementación de la metodología de análisis de caso definida.
- **MI-25**. A los seis (6) meses de la publicación del plan las DTS estarán manejando indicadores territoriales de salud materno infantil que evalúen la calidad de la atención de estos grupos con énfasis en SG y SC.
- **MI-26**. A partir del primer año de la publicación del plan las instituciones con funciones de IVC tendrán un equipo funcional formado en la GPC para SG y SC, el PIESC y programas de curso de vida, realizando el seguimiento, vigilancia y control a los procesos de atención materno infantil.

- **MI-27**. A partir del primer año de la publicación del plan, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá un equipo funcional formado en la GPC de SG y SC que trabajará de forma coordinada con MSPS, INS, DTS, realizando el seguimiento, vigilancia y control a los procesos de atención materno infantil.
- **MI-28**. A partir de los seis (6) meses de la publicación del Plan, todas las EAPB con sus redes de prestación de servicios estarán implementando un procedimiento que garantice la notificación inmediata de pruebas positivas para sífilis y VIH en gestantes y desencadene su seguimiento.
- **MI-29**. A partir del segundo año posterior a la publicación del plan el MSPS habrá establecido las fuentes de información para el manejo de datos estandarizados del programa de salud materno infantil a nivel nacional.
- **MI-30.** Dentro del primer año de la publicación del plan, el INS habrá definido el funcionamiento del sistema de control de calidad de la red de laboratorios, incluyendo las IPS que realizan pruebas rápidas para sífilis y VIH.
- **MI-31.** A partir del año siguiente a la publicación del plan, las DTS tendrán referentes para atención materno infantil de manera continua al menos 92% del año.
- **MI-32.** A partir del año siguiente a la publicación del plan las EAPB actualizarán el tablero de indicadores trimestralmente.

LE5. Cambiar los paradigmas culturales con respecto a la sífilis.

Esta línea estratégica está en relación con la línea estratégica 1 (LE1) por lo que se evaluará mediante las metas estratégicas MI-1 y MI-2

Fig. 15- Metas intermedias del PIESC

7.7. Acciones.

Las acciones a desarrollar para la implementación del plan se presentan en el Anexo 1 (Tabla de Excel).

Las actividades de ejecución inmediata están dirigidas a generar medidas rápidas de fondo que permitan construir los pilares para el desarrollo del sistema de gestión integrado para la eliminación de la sífilis congénita, rompiendo las barreras más próximas y permitiendo la cimentación de la implementación del plan.

8. IMPLEMENTACIÓN

Con base en la estructura propuesta del plan de intensificación, es evidente que no todas las acciones tienen la misma relevancia, facilidad para la implementación, impacto, actores y temporalidad. Dado lo anterior, para implementar el plan, se proponen dos etapas claramente definidas:

- **Periodo de transición** (un año): implica la preparación y la generación del sustrato necesario para poder realizar las medidas de fondo que permitan llevar cabo la implementación final.
- **Periodo de implementación** (hasta el 2021).

Una vez puesto en marcha el plan de intensificación para la sífilis congénita se espera que durante el primer año, período de transición, su incidencia no se modifique sustancialmente. Una vez se emita la resolución acogiendo la GPC de SG y SC y se inicie la ejecución de las actividades inmediatas se anticipa un incremento progresivo de la incidencia de sífilis congénita, en especial debido a la importante subnotificación documentada a través de estudios previos (71%). La depuración de los casos verdaderos llevará a que esta tendencia al incremento se estabilice (en la actualidad se observa hasta un 51% de falsos positivos reportados) y se espera que aproximadamente dos años después de iniciar la implementación se cuente con datos que reflejen la situación real. Con esa construcción de línea de base se realizará el monitoreo de los indicadores propuestos de tal manera que se apunte a través de la gestión del plan, al cumplimiento de la meta estratégica articulada con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Por otro lado, otro efecto deseable esperado, es que a través de los principios orientadores de coordinación, enfoque integrado y procesos coordinados se logre a través de las actividades y paquetes de acciones propuestos una sinergia orientada a la integración de programas relacionados con la salud materno infantil desde el nivel central articulados con un enfoque del continuo de atención y con la gestión de procesos orientados al resultado como herramienta básica de integración y decisión-acción en un marco de mejoramiento continuo del sistema y con una participación activa y sinérgica de sus actores.

9. EVALUACIÓN

9.1. Indicadores

Los indicadores de gestión (ver anexo 2) en el Plan de Intensificación para la Eliminación de la Sífilis Congénita están alineados con las estrategias de monitoreo del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Organización Panamericana de la Salud adaptados al contexto nacional y en especial a las propuestas generadas a través de la GAI de SG y SC y las fuentes de información disponibles.

Los indicadores se deben poder desagregar y analizar por entidad territorial y área de residencia, pertenencia étnica, edad materna, edad gestacional al iniciar la atención prenatal, régimen de afiliación al SGSSS y EAPB, grupo poblacional, entre otras variables que permitan identificar brechas que se deben abordar desde las instancias pertinentes para su corrección.

9.1.1. Indicador de impacto:

I1. Incidencia de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos por año.

La incidencia de sífilis congénita es la relación entre el número acumulado de casos nuevos en un año definido (incluidos mortinatos), y el número de nacidos vivos en el mismo marco temporal. Este indicador es una medida del riesgo de los nacidos vivos de presentar sífilis congénita.

$$\textbf{Incidencia SC} = \frac{\text{Casos nuevos de SC (vivos + mortinatos)}}{\text{Número de nacidos vivos}} \times 1000$$

9.1.2. Indicadores relacionados con prevención primaria y salud sexual y reproductiva

I2. Porcentaje de mujeres embarazadas que tuvieron consulta de atención prenatal

Pretende cuantificar los resultados en cobertura de atención prenatal como indicador de acceso y utilización de la atención durante la gestación. Equivale al número de mujeres embarazadas que asisten a las consultas de control prenatal para un año dado, desagregándolo por: al menos una consulta realizada y cuatro o más consultas realizadas por número estimado de mujeres embarazadas en los últimos 12 meses, obtenido a partir del número de nacidos vivos en los últimos 12 meses.

$$I2 = \frac{\text{Número de gestantes que asisten a CPN}}{\text{Número de gestantes}} \times 100$$

I3. Prevalencia de sífilis en embarazadas tamizadas para sífilis

Valora el progreso hacia el control de la infección de sífilis entre las mujeres en edad reproductiva. Corresponde al número de embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional sobre el número de embarazadas estudiadas para sífilis.

$$I3 = \frac{\text{Número de gestantes con sífilis gestacional}}{\text{Número de gestantes tamizadas para sífilis}} \times 100$$

9.1.3. Indicadores relacionados con diagnóstico, tratamiento y seguimiento

I4. Porcentaje de mujeres embarazadas estudiadas para sífilis durante el embarazo

Equivale al número de embarazadas tamizadas para sífilis en la atención prenatal en los últimos 12 meses sobre el número de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses. Este indicador evalúa el resultado de los servicios de atención prenatal en el último año para identificar el estado serológico de sífilis de las mujeres gestantes en cualquier momento de su embarazo y en las primeras 20 semanas de gestación.

$$I4 = \frac{\text{Número de gestantes tamizadas para sífilis en CPN}}{\text{Número de gestantes atendidas en CPN}} \times 100$$

I5. Porcentaje de mujeres embarazadas estudiadas para sífilis en la primera visita de atención prenatal

Número de mujeres tamizadas para sífilis en la primera visita prenatal, en los últimos 12 meses sobre número de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses.

$$I5 = \frac{\text{Número de gestantes tamizadas para sífilis en 1ª consulta}}{\text{Número de gestantes atendidas en CPN}} \times 100$$

I6. Porcentaje de embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional que reciben al menos una dosis de penicilina benzatínica para prevenir la SC

Número de embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional en un periodo dado tratadas con al menos una dosis de 2,400,000 UI de penicilina benzatínica por lo menos 30 días antes del parto por número de embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional en el mismo periodo.

$$I6 = \frac{\text{Número de gestantes con SG tratadas con al menos 1 dosis de benzatínica}}{\text{Número de gestantes con diagnóstico de SG}} \times 100$$

I7. Porcentaje de mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional cuyos contactos sexuales son tratados adecuadamente.

Número de embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional en un periodo dado cuyos contactos sexuales han sido Identificados y tratados para sífilis con tres dosis de 2,400,000 UI de penicilina benzatínica por el número de embarazadas con sífilis gestacional en el mismo periodo.

$$I7 = \frac{\text{Número de gestantes con diagnóstico de SG cuyos contactos sexuales han sido identificados y tratados para sífilis}}{\text{Número de gestantes con diagnóstico de SG}} \times 100$$

I8. Porcentaje de mortinatos atribuidos a sífilis materna

Número de mortinatos nacidos de madres con diagnóstico de sífilis gestacional que no fueron adecuadamente tratadas sobre número total de mortinatos.

$$I7 = \frac{\text{Número de mortinatos nacidos de madres con diagnóstico de sífilis gestacional que no fueron adecuadamente tratadas}}{\text{Número total de mortinatos}} \times 100$$

I9. Porcentaje de mujeres con prueba de sífilis durante el parto

Evalúa el número de mujeres sometidas a pruebas de la sífilis durante el trabajo de parto y/o parto por el total de partos atendidos en instituciones de salud.

$$I9 = \frac{\text{Número de gestantes con prueba de sífilis durante el trabajo de parto o parto}}{\text{Total de partos de mujeres con parto institucional}} \times 100$$

9.1.4. Indicador relacionado con tratamiento neonatal

I10. Porcentaje de niños con diagnóstico de sífilis congénita que son tratados adecuadamente.

Número de niños con diagnóstico de sífilis congénita tratados adecuadamente según GPC por número total de niños con diagnóstico de sífilis congénita.

$$I10 = \frac{\text{Número de niñas y niños con diagnóstico de sífilis congénita tratados adecuadamente según GPC}}{\text{Número de niñas y niños con diagnóstico de sífilis congénita}} \times 100$$

9.1.5. Indicador compuesto

I11. Indicador Global de gestión en sífilis gestacional y congénita

Proporción de gestantes con sífilis gestacional sometidas a pruebas de detección y seguimiento según GPC, tratadas con al menos una dosis de penicilina benzatínica antes de las 24 semanas de gestación cuyo neonato no presentó sífilis congénita.

$$I10 = \frac{\text{Número de gestantes con sífilis gestacional sometidas a pruebas de detección y seguimiento según GPC, tratadas con al menos una dosis de penicilina antes de las 24 semanas de gestación cuyo neonato no presentó sífilis congénita.}}{\text{Número de gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional}} \times 100$$

En el proceso de fortalecimiento de la gestión del Plan para la Eliminación de la Sífilis Congénita se seguirán los indicadores que permitan la gestión clínica y programática a nivel nacional, local y de los actores del sistema, las labores de IVC, la rendición de cuentas y el mejoramiento continuo, así como la mejora de la comunicación entre los actores del sistema tanto a nivel intra como interinstitucional.

9.2. FUENTES DE INFORMACIÓN:

Las fuentes de información para los indicadores se encuentran ya construidas a través del SISPRO y en especial en las bases de datos de Sivigila, RIPS, estadísticas vitales y el reporte de la Resolución 4505 de 2012. Estas fuentes permiten la evaluación de las metas intermedias y los resultados del Plan de Intensificación para la Eliminación de la Sífilis Congénita. Sin embargo, no permiten el monitoreo oportuno de los casos y los indicadores de gestión clínica para lo cual deben fortalecerse herramientas a nivel local (IPS, EAPB, DTS).

REFERENCIAS

[1] Saraceni, V., & Leal, M. D. C. Evaluation of the effectiveness of the congenital syphilis elimination campaigns on reducing the perinatal morbidity and mortality. Rio de Janeiro, 1999-2000. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19 (5): 1341-9. Documento disponible en: http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17806.pdf (Marzo 2/2014)

[2] Tridapalli, E., Capretti, M. G., Reggiani, M. L. B., Stronati, M., & Faldella, G. Congenital syphilis in Italy: a multicenter study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;**97**:F211–F213. Documento disponible en: http://www.researchgate.net/publication/233382144_congenital_syphilis_multicentrica_2011/file/79e41509eb4bee9de6.pdf (marzo 4 /2014)

[3] Ministerio de la Protección Social & Instituto Nacional de Salud. Protocolo de sífilis congénita y gestacional. 2007.

[4] Schmid, G. P., Stoner, B. P., Hawkes, S., & Broutet, N. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. Sexually transmitted diseases 2007; 34(7): S5-S10. Documento disponible en: https://publichealth.wustl.edu/people/Documents/Stoner.paper2.CongenitalSyphilis(2007article).pdf (marzo 3/2014)

[5] *World development report.* Washington, DC: World Bank; 1993.

[6] Hawkes, S., Matin, N., Broutet, N., & Low, N. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Infectious Diseases 2011: 684-691. Documento disponible en : http://download.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473309911701049.pdf?id=eaaJ17FvfS9vQ_yUw80ru (Febrero 27/2014)

[7] República de Colombia. Informe UNGASS – 2012. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida. Documento disponible en: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CO_Narrative_Report[1].pdf (marzo 6/2014).

[8] Ministerio de la Protección Social (actual Ministerio de Salud y Protección Social). Manual de procedimientos de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, 2009. [En línea]: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MANUAL%20PROCEDIMIENTOS%20ESTRATEGIA.pdf (Febrero 20/2014)

[9] Ministerio de la Protección Social. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita Colombia 2011 – 2015. Bogotá D.C. Febrero 2011. Documento disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PLAN%20ESTRATEGICO%20ELIMINACION%20TRANSMISION%20MATERNO%20INFANTIL%20%20VIH%20-%20SIFILIS%202011.pdf (Febrero 20/2014)

[10] Revollo R., Tinajeros F., Hilari C., García S., Zegarra L., Diaz-Olavarrieta C., Conde-Gonzalez C. Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia. Salud Pública Mex 2007; 49: 422-428. Documento disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n6/a09v49n6.pdf (marzo 9/2014)

[11] Montoya P, Lukehart S, Brentlinger P, Blanco AJ, Floriano F, Sairosse J, Gloyd S. Comparison of the diagnostic accuracy of a rapid immunochromatographic test and the rapid plasma reagin test for antenatal syphilis screening in Mozambique. Bull World Health Organ 2006; 84(2): 97-104. Documento disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v84n2/v84n2a09.pdf (marzo 21/2014)

[12] MSPS, Colciencias & CINETS. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Para uso de profesionales de salud. 2013 - Guías No. 11-15. Documento disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-para-complicaciones-en-embarazo.aspx

[13] Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social). Guía de atención de la sífilis congénita. Resolución Número 412 de 2000. Documento disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20ATENCION%20DE%20LA%20SIFILIS%20CONGENITA.pdf (Marzo 2/2014)

[14] Gaitán, H. et al. Versión preliminar Guía de Práctica Clínica de sífilis gestacional y Congénita en construcción (versión mayo 2014 con evaluación de pares internacionales). [En línea] http://www.alianzacinets.org/index.php?option=com_content&view=article&id=281&Itemid=824 (mayo/ 2014)

[15] Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Sífilis Congénita. PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA 2010 [En línea] http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/S%C3%ADfilis%20Cong%C3%A9nita.pdf (Marzo 2/2014)

[16] Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS, Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, Organización Internacional para as Migraciones-OIM, UNICEF, Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social. Seguimiento a casos expuestos a

la transmisión materno infantil del VIH y evaluación de la calidad del control Prenatal. Retos y propuestas para el mejoramiento de la salud materno infantil en Colombia. 2014. *En prensa.*

[17] Liberati A., D. G. Altman, J. Tetzlaff, C. Mulrow, P. C. Gøtzsche, J. P. A. Ioannidis, M. Clarke, P. J. Devereaux, J. Kleijnen, & D. Moher. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. PLoS Medicine 2009; 6(7): e1000100. Documento disponible en: http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000100&representation=PDF (enero 30 de 2014)

[18] Instituto Nacional de Salud. *Lineamientos de vigilancia y control en salud pública*, 2013. Disponible en: http://saludcauca.gov.co/docs/2013/vsp/4.lineamientos_VSP_2013.pdf

[19] World Health Organization. Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems. 2011

[20] DANE. Bases de datos de nacidos vivos preliminar para 2012. http://dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2864-nacimientos-2012-preliminar. Accedida 29 de noviembre de 2013.

[21] OMS. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Organización Mundial de la Salud, 2008. Documento disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595856_spa.pdf (enero 27 de 2014)

[22] Vivas P., Benia W., Fernández Galeano M., y Levcovitz E. Ciclos de vida: un enfoque hacia la equidad e integralidad de la atención sanitaria. Documento conceptual-Versión preliminar para discusión. Organización Panamericana de la Salud. Montevideo, 29 de julio de 2011.