

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA		Página 1 de 20
	PRO-R02.003.0000-032		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de la vigilancia de sífilis gestacional y congénita en Colombia, mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, con el fin de generar información oportuna válida y confiable que permita orientar las medidas de prevención y control de la infección.

1.2. Objetivos específicos

- a. Generar procesos sistemáticos de recolección y captura de datos que permitan establecer la distribución y frecuencia de los casos de sífilis gestacional y congénita en el país.
- b. Vigilar y mantener actualizada la información materno-perinatal de los casos de sífilis gestacional y congénita que permitan identificar factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad que lleven al aumento en la incidencia del evento.
- c. Verificar el cumplimiento de la meta de eliminación de la sífilis congénita propuesta por la Organización Panamericana de la Salud.

2. ALCANCE

Este documento define la metodología para los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientaran las medidas de prevención y control de los casos de sífilis, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, según se requiera.

3. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia a través de este documento y de los actores del sistema:

Ministerio de Salud y Protección Social-Centro Nacional de Enlace.

Instituto Nacional de Salud-Subdirección de vigilancia y control en salud pública.

Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.

Unidades primarias generadoras de datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.

4. DEFINICIONES

Las contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA		Página 2 de 20
	PRO-R02.003.0000-032		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

5. CONTENIDO

5.1. Importancia del evento

5.1.1. Descripción del evento

Las infecciones de transmisión sexual -ITS- se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países.

La sífilis o lúes es una enfermedad infecciosa producida por el *Treponema pallidum*, de evolución crónica y distribución universal, de transmisión sexual o transplacentaria. Actualmente la vía de transmisión transfusional es prácticamente inexistente. La transmisión sexual se produce por inoculación del microorganismo en abrasiones causadas por micro traumatismos en piel o mucosas durante las relaciones sexuales, evolucionando a erosiones y posteriormente a úlceras. Si la enfermedad no es tratada durante la fase aguda evoluciona hacia una enfermedad crónica con manifestaciones potencialmente graves (1).

La sífilis puede afectar a la mujer gestante y transmitirse al feto; se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo, complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnología básica y de bajo costo; además tiene un impacto negativo en la transmisión del VIH/SIDA; se calcula que el riesgo de contraer la infección por VIH es de 2 a 5 veces más alto cuando está presente (2, 3).

El principio fundamental de la prevención y eliminación de la sífilis congénita (SC) consiste en detectar y tratar la infección en la gestante para prevenir la transmisión vertical. Se estima que de todas las gestantes con sífilis no tratada, sólo 20% llegará al término de la gestación y el neonato será normal. Las complicaciones incluyen aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal no inmune, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, muerte perinatal y serias secuelas en los que sobreviven. Puede llevar a muerte intrauterina en 30% de los casos, muerte neonatal en 10% y trastorno neonatal en 40%. Por ello, se deben dirigir los esfuerzos a prevenir la SC en la etapa prenatal, dadas las complicaciones antes mencionadas (2, 3).

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

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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 3 de 20
		PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

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

a) Sífilis primaria:

Se caracteriza por la aparición del “chancro” después de un periodo de incubación de aproximadamente 3 semanas (10-90 días). El chancro es la primera manifestación de la sífilis y se localiza en el punto de inoculación del treponema. Se manifiesta como una erosión indolora, circunscrita y de bordes elevados redondeados u ovals y base indurada. A veces, suele ser difícil de detectar en mujeres debido a su localización interna. Cuando el chancro se localiza en la zona genital se acompaña de cambios en los ganglios linfáticos inguinales, encontrándose a la palpación varios ganglios aumentados de tamaño, duros y poco dolorosos. Sin tratamiento el chancro involuciona y cicatriza en 2 a 6 semanas.

b) Sífilis secundaria

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

c) Periodo latente

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

d) Sífilis terciaria o tardía

La sífilis tardía ocurre varios años después de la infección afectando hasta el 40% de los casos que no reciben tratamiento. Incluye un espectro de manifestaciones clínicas, siendo las más comunes, las complicaciones cardiovasculares, las gomas y las lesiones neurológicas. Las complicaciones cardiovasculares son las más frecuentes y aparecen entre los 10 a 30 años de infección y puede manifestarse como aneurisma del arco aórtico, ostitis coronaria, regurgitación aórtica, etc. Las lesiones por gomas aparecen por lo general a los 3 a 15 años de la infección y

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA		Página 4 de 20
	PRO-R02.003.0000-032		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

comienzan como uno o varios nódulos subcutáneos indoloros en cualquier parte del cuerpo, pero con mayor frecuencia en la cara, cuero cabelludo y tronco. La superficie de estos se enrojece y ulcera, posteriormente, puede cicatrizar, pudiendo llevar a úlceras, caída del paladar o tabique nasal, etc.

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

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

Los microorganismos infecciosos (*T. pallidum*) en la sangre de una mujer embarazada pueden pasar al feto, especialmente en la fase temprana de la infección (denominada sífilis temprana). La mayor parte de las mujeres con sífilis de menos de un año de duración transmitirán la infección al niño no nato. Si bien la infección es transmisible al feto a partir de las nueve semanas de gestación, la transmisión suele tener lugar entre la 16ª y la 28ª semana del embarazo. (4)

La transmisión prenatal en la sífilis materna primaria es de 70% y en la secundaria es de 90% a 100%. En la sífilis latente temprana es de 30%, en la latente tardía la transmisión disminuye a alrededor de 20% (2, 3, 6). La sífilis no se transmite por la lactancia materna, a menos que haya una lesión infecciosa presente en la mama. (5)

La sífilis gestacional (SG) es aquella que se diagnostica durante la gestación, el post aborto o el puerperio inmediatos, y puede encontrarse en cualquiera de sus fases, aunque es más frecuente en la secundaria indeterminada (3).

La sífilis congénita (SC) ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al fruto durante la gestación, ya sea por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico se ha desarrollado, aunque el *Treponema* puede pasar a la circulación fetal desde la novena semana. La SC se clasifica según el momento de aparición de las manifestaciones clínicas, las cuales dependen no sólo de la edad gestacional al momento de la infección, sino también de la etapa evolutiva de la enfermedad (más frecuente en los estadios precoces de la infección) y del inicio del tratamiento (2, 3, 6).

Manifestaciones clínicas

Sífilis congénita temprana (Antes de los dos años de edad)	Sífilis congénita tardía (Después de los dos años de edad)
Prematurez, retardo de crecimiento intrauterino Neumonitis (neumonía alba) Hepatoesplenomegalia Linfadenopatía generalizada Manifestaciones hematológicas: anemia, leucopenia o leucocitosis, trombocitopenia Manifestaciones mucocutáneas: púrpura, pénfigo palmoplantar, erupción	Dientes de Hutchinson Queratitis intersticial Nariz en silla de montar, frente olímpica Ragades, gomas en pie Lesión del sistema nervioso central: retardo mental, hidrocefalia, convulsiones, sordera y ceguera Lesiones osteoarticulares: articulaciones de Clutton, tibia

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 5 de 20
	PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

maculopapular, condilomas lata, ragadias, petequias.
 Lesiones óseas, osteocondritis, periostitis.
 Manifestaciones renales: síndrome nefrótico
 Manifestaciones del sistema nervioso central: meningitis aséptica, pseudoparálisis de Parrot
 Manifestaciones oculares: coriorretinitis, retinitis en sal y pimienta.
 Otros hallazgos: fiebre, rinorrea sanguinolenta, pancreatitis, ictericia, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, miocarditis.
 Hidrops fetal

en sable, gomas óseas, escápulas en forma de campana
 Paladar alto, mandíbula protuberante, micrognatia, fisuras periorales

La transmisión antes del cuarto mes de gestación es poco frecuente; si la madre recibe tratamiento antes de la 16 semana, es posible prevenir el daño fetal, de allí la importancia de la solicitud de pruebas no treponémicas prenatales en el primer trimestre (2, 3).

Si la madre se infecta en las primeras semanas de gestación, se produce un daño fetal grave y un pequeño porcentaje termina en aborto espontáneo. Si se infecta después de la semana 16 de gestación, ésta evoluciona hacia aborto en 25%, mortinato en 25% o infección congénita en 50% de los casos; sólo un pequeño porcentaje nacerá sano (3,7).

Se estima que hasta 90% de los recién nacidos de madres con sífilis no tratada adquiere la sífilis congénita y muchos no desarrollan síntomas hasta dos semanas a tres meses más tarde (2, 3, 6).

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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 6 de 20
		PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

5.1.2. Caracterización epidemiológica

La sífilis sigue siendo un grave problema de salud pública, se calcula que cada año hay más de 12 millones de nuevas infecciones por *Treponema pallidum*, de las cuales más de 2 millones se producen en mujeres embarazadas. Debe mencionarse que ALC tiene una tasa de sífilis materna más alta que cualquier otra región, estimada por la OMS entre 1997 y 2003 en 3,9%. Con dicha tasa se calcula que puede haber aproximadamente 459.108 casos de sífilis gestacional en la Región de las Américas (exceptuando EE.UU. y Canadá), originando cada año de 164.222 a 344.331 casos de sífilis congénita. En la mayor parte de estos casos, la infección es transmitida al feto, en general entre las semanas 16 y 28 de embarazo y conlleva un pronóstico fatal en el 30-50% de casos. La prevalencia de sífilis materna varía bastante entre los países de la región. Por ejemplo, durante 2005-2006, era del 1,4% en Argentina, del 5,75% en Haití y del 5% en Bolivia (1)

Se dispone de información válida de 15 países, de estos, en 7 países (Costa Rica, Colombia, Perú, Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina) la SC constituye un problema de Salud Pública, es decir, se reportan más de 0.5 casos por 1.000 nacidos vivos. (8)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto la meta de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública llevando la incidencia a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por 1.000 nacidos.

Para lograr esta meta, es necesario que se detecten y traten más de 95% de las gestantes infectadas, con lo que se logrará reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0% (3).

La eliminación de la SC es todavía un asunto pendiente, a pesar de contar con servicios de control prenatal de acuerdo con la norma, la tecnología adecuada y el conocimiento de cómo prevenir la infección (3).

La notificación de casos de SC en Colombia desde 1996 ha ido en aumento; sin embargo aún se evidencia sub-registro y silencio epidemiológico en gran parte del territorio nacional. La incidencia de SC varía ampliamente por regiones y departamentos; en la actualidad lejos de acercarnos al cumplimiento de la meta establecida de 0.5 por 1000 NV, la proporción de incidencia de la sífilis congénita ha pasado de 1,3 a 2,4 casos por 1000 NV y la razón de prevalencia para sífilis gestacional de 1.3 a 5,7 casos por 1000 NV en los últimos diez años.

5.2. Estrategia

5.2.1. Vigilancia pasiva:

La cual operará desde las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) hasta el nivel central a través de la consolidación de la información generada y el análisis y diagnóstico situacional periódico del evento en los municipios, distritos y departamentos.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 7 de 20
	PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

5.2.2. Vigilancia activa:

Debido a la epidemiología (síntomatología inespecífica, modos de transmisión, reinfección y secuelas), al impacto de la enfermedad en la población infantil, a la cobertura del control prenatal, al tamizaje (diagnóstico precoz) y al tratamiento oportuno, la incidencia puede variar, por lo cual debe realizarse:

- **Búsquedas activas institucionales** en el registro individual de prestación de servicios (RIPS) en búsqueda del diagnóstico específico de sífilis gestacional y congénita, de resultados de laboratorio y certificados de defunción.
- **Búsqueda activa comunitaria** buscando aquellas gestantes que no han recibido atención prenatal y por lo tanto no han sido tamizadas.

5.3. Información y configuración del caso

5.3.1. Definición operativa de caso

Tipo De caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por laboratorio	Sífilis gestacional: Se define como una mujer gestante con prueba serológica de selección para sífilis (RPR o VDRL) reactiva en 1:8 o más diluciones, o en menor dilución si ella tiene una prueba treponémica positiva.
Caso confirmado por Nexo epidemiológico	Sífilis congénita: Es el recién nacido, mortinato o aborto, de madre con sífilis gestacional con tratamiento inadecuado o sin tratamiento. Un tratamiento inadecuado consiste en: cualquier terapia materna con antibiótico diferente a la penicilina, terapia administrada a la madre con menos de 30 días de anterioridad a la terminación de la gestación. Nota: Si cambia la definición de caso en la Guía de atención del Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptará la misma para el Protocolo de Vigilancia.

Idealmente las pruebas treponémicas deberían realizarse a todas las gestantes con pruebas no treponémicas reactivas para descartar los falsos positivos y con ello evitar tratamientos innecesarios y el conflicto psicosocial en torno a la paciente.

Es importante tener en cuenta que existen diferentes tipos de pruebas treponémicas, entre ellas: FTA-ABS (*Fluorescent-Treponemal antibody absorbed*), TPHA (*Treponema pallidum, Haemagglutination Assay*), TPPA (*Treponema pallidum particle agglutination*) y pruebas rápidas.

Sin embargo, a pesar de que las pruebas treponémicas son más específicas que las no treponémicas, no se recomienda su uso en pacientes que hayan tenido esta infección con anterioridad, debido a la prolongada permanencia de los anticuerpos en el organismo, que hace que el resultado de esta prueba sea positivo por el resto de la vida (9).

Las pruebas rápidas podrían solucionar en buena parte los problemas de costos, la no realización por baja demanda, falta de tecnología y lugares de difícil acceso.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 8 de 20
		PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

En la actualidad, existen más de 20 pruebas rápidas confirmatorias para sífilis disponibles en el mercado. Son exámenes sencillos que se realizan en el lugar de la consulta y pueden llevarse a cabo fuera del entorno de laboratorio, con capacitación mínima del personal, sin equipo especializado y con la recolección, de una cantidad mínima de sangre completa (10)

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

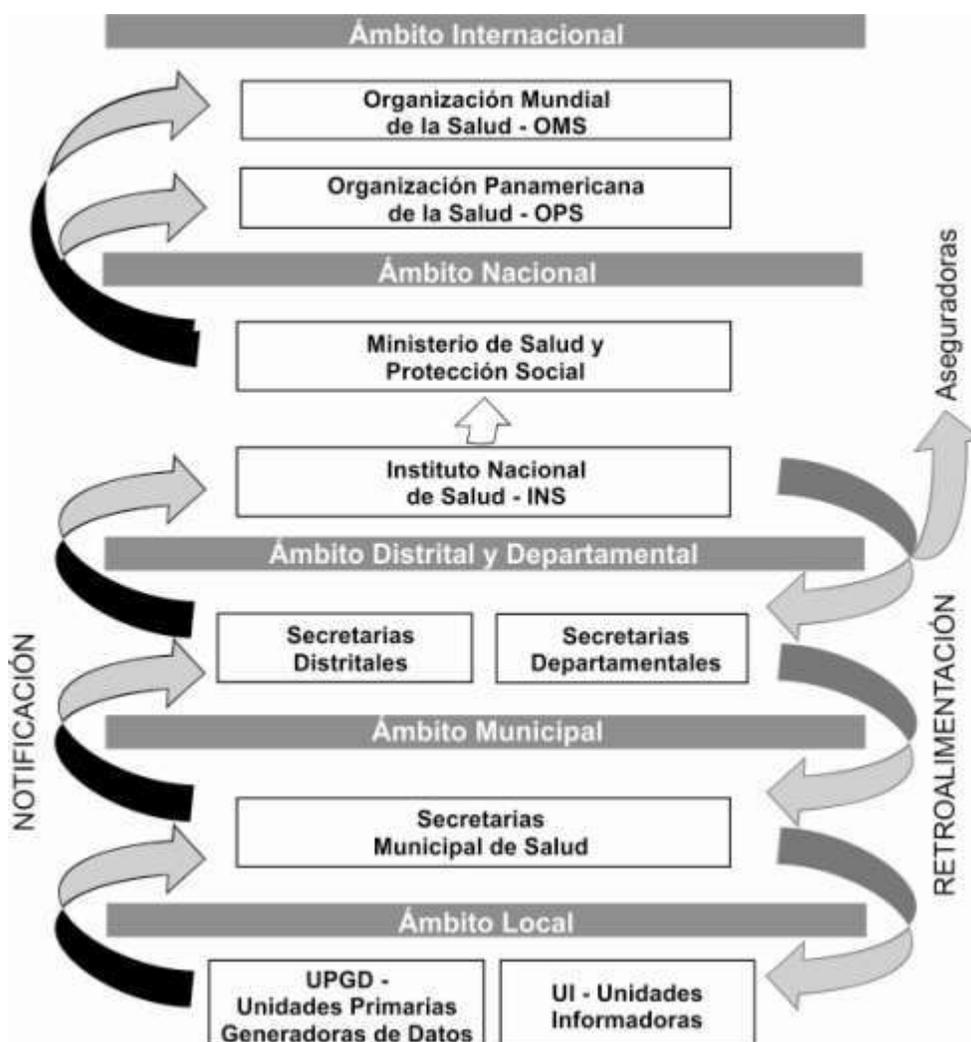
Resultado e interpretación de las pruebas serológicas	
Resultado	Interpretación
No treponémica (-) Treponémica (-)	Se puede excluir la infección. Una excepción sería la infección reciente, por lo que si hay sospecha se deben repetir las pruebas después de 15-21 días
No treponémica (+) Treponémica (+)	Es una infección sifilítica La entrevista ayudará a establecer si es reciente o antigua, conocida o desconocida. Si se confirma que había sido diagnosticada y tratada correctamente puede ser una cicatriz serológica, sin embargo, se debe hacer un seguimiento cuantitativo con prueba no treponémica.
No treponémica (-) Treponémica (+)	Es una reacción treponémica específica (99,5%-100%) Generalmente refleja la persistencia normal de anticuerpos al Treponema y no infección activa
No treponémica (+) Treponémica (-)	Es una reacción cardiolipínica no muy específica que se puede deber a otras patologías, incluyendo la gestación. Generalmente se trata de un falso positivo y no es un caso de sífilis gestacional. Confirmar con otras pruebas treponémicas (FTA-abs, TPHA)

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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 9 de 20
	PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

5.4. Proceso de vigilancia

5.4.1. Flujo de la información



 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA		Página 10 de 20
	PRO-R02.003.0000-032		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

5.4.2. Notificación

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

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

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

Se deben diligenciar las fichas 750 para Sífilis gestacional cuando el caso se encuentre confirmado por laboratorio y 740 para Sífilis congénita cuando el caso se encuentre confirmado por nexos epidemiológicos.

REG-R02.001.000-001	Ficha de notificación Datos básicos
REG-R02.001.000-024	Ficha de notificación Sífilis Congénita
REG-R02.001.000-025	Ficha de notificación Sífilis Gestacional

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

Se entiende como notificación negativa cuando durante la semana no se presenta ningún evento de interés en salud pública, en el aplicativo se notifica con el evento 000; y como silencio epidemiológico la ausencia de registros en la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

5.5. Análisis de los datos

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA		Página 11 de 20
	PRO-R02.003.0000-032		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

5.5.1. Indicadores

Ver manual de indicadores de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública

5.6. Orientación de la acción

5.6.1. Acciones Individuales

La sífilis materna se considera una enfermedad de notificación obligatoria en Colombia desde el año 2003. El tamizaje de sífilis debe realizarse de rutina como parte de la atención prenatal.

La vigilancia de sífilis materna se basa en datos durante la atención prenatal regular y de forma pasiva, la cual debe tener una cobertura de 100% en todo el país. Es importante vincularla a programas como el de maternidad segura y de prevención de la transmisión materno-infantil de VIH especialmente.

La detección de sífilis gestacional y congénita tendrá lugar, según el contexto, a través de criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. Tanto la clínica como el laboratorio juegan un papel crucial en el diagnóstico de sífilis gestacional.

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

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

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

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

- Pruebas de laboratorio
Se deben ordenar pruebas serológicas no treponémicas (RPR o VDRL) a la gestante en tres momentos específicos; durante la primera consulta de atención prenatal; si existen factores de riesgo en el tercer trimestre (entre las 28 y 32 semanas de gestación), sin embargo, en Colombia se debe hacer siempre y no sólo a las que tengan factores de riesgo, dado que somos población con alta incidencia de SC; y al momento de la terminación de la gestación, sea aborto, mortinato, parto a término o pretérmino por cualquier mecanismo (vaginal o por cesárea) para establecer el diagnóstico del binomio madre – hijo; si la terminación de la gestación no fue institucional, la prueba debe realizarse en la primera consulta del puerperio o posaborto. Si la prueba serológica no

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 12 de 20
	PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

treponémica es positiva, debe considerarse la realización de prueba treponémica (FTA-Abs, TPHA, TPPA, Prueba rápida) de acuerdo con los antecedentes de sífilis.

- Toda mujer con sífilis gestacional y sus parejas sexuales deben recibir asesoría o consejería para la toma de ELISA para VIH y hepatitis B.

Estudio del recién nacido con sífilis congénita: aunque la mayoría de los casos de sífilis congénita son asintomáticos, a todos los neonatos de madres con prueba no treponémica o treponémica reactiva o positiva para sífilis se les hará evaluación clínica y de laboratorio incluyendo lo siguiente:

- Examen físico en búsqueda de evidencias de sífilis congénita
- Test serológico no treponémico cuantitativo (de sangre periférica, nunca de sangre de cordón)
- Test treponémico si se considera necesario.
- LCR para análisis de células, proteínas y VDRL
- Radiografías de huesos largos
- Parcial de orina
- Otros estudios clínicamente indicados: Radiografía de torax, cuadro hemático, recuento de plaquetas, pruebas de función hepática, examen oftalmológico, potenciales evocados.
- Evaluaciones por exámenes complejos de los neonatos dependen de la presencia de anomalías al examen físico, y su realización debe efectuarse con criterio de utilidad, es decir, siempre que los resultados impliquen cambios en el tratamiento, seguimiento, o rehabilitación.

El recién nacido y la madre no deben ser dados de alta si el resultado de la serología materna no ha sido determinado durante la gestación o a la terminación de la gestación.

El seguimiento y tratamiento serán de acuerdo con lo estipulado por las guías de atención de la sífilis congénita de la Resolución 00412/2000 y se recomiendan las consideraciones específicas para sífilis de las guías de tratamiento de las enfermedades transmitidas sexualmente – 2006, de los CDC (11, 12).

5.6.2. Acciones Colectivas

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

- Promover la utilización de servicios de salud y el comportamiento de búsqueda de atención.
- Promover medidas generales para fomentar la educación sexual a través de campañas de promoción de comportamientos saludables relacionados con la sexualidad y la reproducción.
- Control de las ITS en los grupos vulnerables (adolescentes, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, de bajo nivel socio-económico y educativo, entre otras) mediante información, educación y comunicación.
- Prover servicios de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, los cuales deben ser

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 13 de 20
	PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

culturalmente apropiados, accesibles y aceptables.

- Favorecer la producción de conocimiento acerca de las causas y posibles soluciones a los factores que limitan la accesibilidad de la población a los servicios de atención del embarazo, parto y puerperio. Se sugiere trabajar con la metodología de grupos focales.
- Información a la comunidad y vinculación de ésta al proceso de vigilancia epidemiológica para la detección de casos probables.
- Realizar búsqueda activa comunitaria trimestralmente con el fin de hallar gestantes sin control prenatal ni serologías para hacerles seguimiento.
- Realizar censo de parteras y establecer un programa de trabajo articulado entre las instituciones de salud y este grupo comunitario (12).
- La detección de la sífilis materna implica la asistencia de la gestante a los servicios de atención prenatal y la disponibilidad de pruebas no treponémicas y treponémicas para determinar el estado positivo. La detección y notificación requiere del esfuerzo y la voluntad del profesional responsable.
- Debido a la realidad contextual del país, la notificación de los mortinatos y los abortos no es regular; se dan partos no institucionales y la información relacionada con el número de casos e incidencia de sífilis gestacional y congénita es parcial. Esta situación debe corregirse mediante una búsqueda activa institucional con periodicidad trimestral en otras fuentes de información tales como los certificados de defunción y los registros del servicio de ginecología y laboratorio. Teniendo en cuenta que la concordancia del número de casos por laboratorio y los notificados al Sivigila debe ser total, debe hacerse énfasis en las siguientes situaciones.
 - Cuando no hubo notificación de casos por parte del municipio (silencio epidemiológico).
 - Cuando las UPGD no han realizado la notificación semanal negativa regularmente
 - Cuando hay relato o rumor de casos en la región o área.
 - Cuando el supervisor deba verificar la calidad de la vigilancia.

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

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

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

Las instituciones prestadoras de salud (IPS), a través de la oficina de epidemiología, deberán

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA		Página 14 de 20
	PRO-R02.003.0000-032		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

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

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

El COVE departamental debe realizarse trimestralmente y convocar a los profesionales encargados de la vigilancia. En éste deben discutirse los casos de sífilis gestacional y congénita y mortalidad atribuible al evento; además, es el escenario propicio para que los municipios expresen las dificultades en su capacidad de respuesta por recursos humanos, tecnológicos o financieros.

Este COVE debe hacer parte de los realizados para otros eventos de interés en salud pública, y de él debe surgir un plan de mejoramiento tendiente al control del evento.

Se recomienda la integración de la vigilancia de sífilis gestacional con el programa de prevención de la transmisión perinatal del VIH y el de maternidad segura.

Acciones importantes

- Fortalecimiento de la cobertura y calidad del control prenatal en la red de servicios institucionales, mejorando su mercadeo social.
- Desarrollo y mantenimiento de la red de laboratorios y del control de calidad para las pruebas de diagnóstico en la madre y el recién nacido.
- Vigilancia sobre el cumplimiento de las actividades establecidas en la norma de atención de control prenatal y de parto y recién nacido (Resolución 412/2000).
- Fortalecimiento en el cumplimiento del protocolo de vigilancia de sífilis gestacional y congénita en las instituciones de salud.
- Coordinación con las instituciones formadoras del recurso humano en salud y las asociaciones y sociedades científicas para la capacitación y divulgación de estas normas y protocolos (13).

5.6.3. Acciones de laboratorio

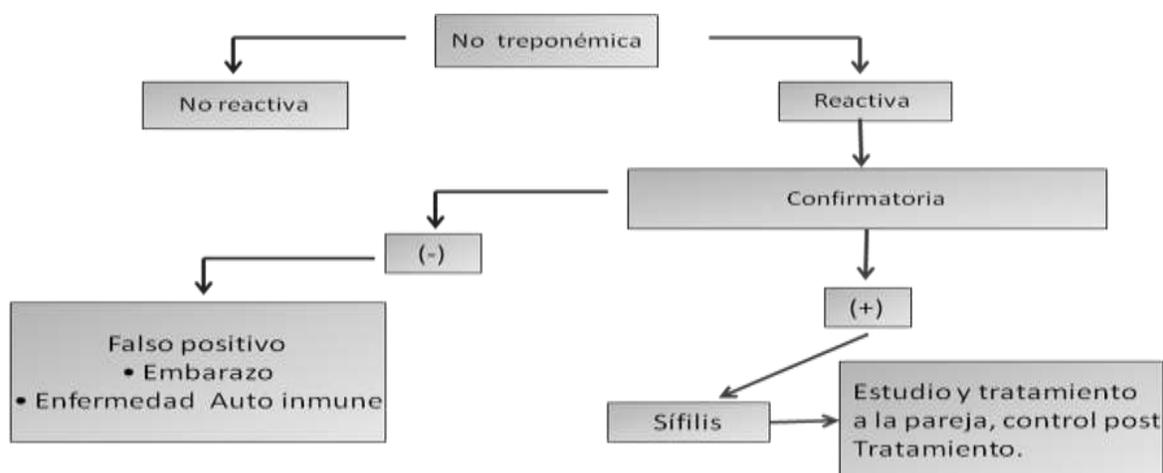
Criterios

Tipo de muestra: Sangre idealmente tomada en ayunas para obtener suero.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 15 de 20
	PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

Toma y envío de la muestra: Tomar la muestra en tubo seco estéril sin anticoagulante, dejar un tiempo entre 15 y 30 minutos para lograr la retracción del coagulo, centrifugar siguiendo el manual de procesos internos y separar el suero. La muestra del recién nacido debe tomarse de vena periférica, ya que la del cordón umbilical no es recomendable por el traspaso de anticuerpos maternos. Si la muestra requiere enviarse a un laboratorio de referencia, caso específico de la prueba confirmatoria, se conserva y remite refrigerada, completamente sellada y debidamente rotulada con la información epidemiológica relevante al caso.

Algoritmo para el diagnóstico



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

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington D.C. 2009
2. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. Rev Panam Salud Pública. 2004;16(3):211-7.
3. OPS. Unidad de VIH/sida. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Washington, D.C., mayo de 2004. Hallado en: www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/eliminasisifilislac.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Eliminación Mundial de la sífilis congénita: Fundamentos y estrategia para la acción. 2008.
5. Casas-P Rodolfo L, Rodríguez Magda, Rivas Jorge. Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente?. Rev Colomb Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2010 Jul 15]; 60(1): 49-56. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342009000100007&lng=es.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA			Página 16 de 20
				Versión: 00
	PRO-R02.003.0000-032			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08		

6. Barco Burgos María Cristina. Lúes y gestación. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2001: 52(3). Hallado en: http://www.scielo.org.co/SciELO.php?Script=sci_arttext&pid=S003474342001000300003&lng=pt&nrm=iso
7. WHO. Eliminating congenital syphilis. 2004, 82:433-438. Hallado en: [Http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/congenital_syphilis_advocacy.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/congenital_syphilis_advocacy.pdf)
8. OPS. El control de las enfermedades transmisibles. Decimoctava edición. Washington, 2005.
9. Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. Clin Microbiol Rev 1995;8:1-21.
10. World Health Organization. Uso de las pruebas rápidas para sífilis (E) Disponible en <http://www.who.int/bookorders/anglais/d>. Consultado el 11 de marzo de 2011.
11. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. MMWR.2006, 55 (Aug 4): No. RR-11. 22-35. Hallado en: <http://www.cdc.gov/MMWR/PDF/rr/rr5511.pdf>
12. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía de atención de la sífilis congénita. Resolución número 00412 de 2000. Hallado en: <http://www.saludcolombia.com/Actual/htmlnormas/ntsifili.htm>
13. República de Colombia. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Sífilis Congénita, Plan de Eliminación. Quinta Edición, 2001. P 175-182.

7. CONTROL DE REGISTROS

Control del Registro									
Identificación		1ra. Fase: archivo de gestión				2da. Fase disposición inicial			3ra. fase disposición final
COD	Nombre	Ordenación documental	Responsable	Lugar	Tiempo de retención	Método usado	Responsable	Tiempo	Método utilizado
REG-R02.001.000-001	Ficha de notificación Datos básicos	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	NA
REG-R02.001.000-024	Ficha de notificación Sífilis Congénita	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	NA
REG-R02.001.000-025	Ficha de notificación Sífilis Gestacional	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	NA

8. CONTROL DE REVISIONES

VERSION	FECHA APROBACION			RESPONSABLE APROBACION	MOTIVO DE CREACION O CAMBIO
	AA	MM	DD		
00	2011	08	08	Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública	Creación del documento de acuerdo a los lineamientos en salud pública a nivel nacional.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 17 de 20
	PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1. Ficha única de notificación de sífilis gestacional

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		Sistema de Información SIVIGILA		Ficha de Notificación	
Datos básicos					
1. INFORMACIÓN GENERAL				REG-R02.003.0000-001 V:01 AÑO 2011	
1.1. Nombre del evento			1.2. Fecha de notificación		
			Código Día Mes Año		
1.3. Semana*	1.4. Año:	1.5. Departamento que notifica		1.6. Municipio que notifica	
* Epidemiológica	Año				
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato			1.8 Código de la UPGD		1.9. Nit UPGD
			Depto. Municipio Código Sub.		
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE					
2.1. Primer nombre		2.2. Segundo nombre		2.3. Primer apellido	
2.4. Segundo apellido		2.5 Teléfono		2.6 Fecha de nacimiento	
				Día Mes Año	
2.7. Tipo de documento de identificación				2.8. Número de identificación	
<input type="checkbox"/> RC (1) Registro <input type="checkbox"/> TI (2) T. de ID. <input type="checkbox"/> CC (3) C.C. <input type="checkbox"/> CE (4) C. extranjería <input type="checkbox"/> PA (5) Pasaporte <input type="checkbox"/> MS (6) Menor sin ID. <input type="checkbox"/> AS (7) Adulto sin ID.					
2.9. Edad	2.10. Unidad de medida de la edad			2.11. Sexo	2.12. País de ocurrencia del caso
Años Meses Días Horas Minutos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			<input type="checkbox"/> M (1) Mas. <input type="checkbox"/> F (2) Fem.	
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso		2.14. Área de ocurrencia del caso		2.14.1. Cabecera mpa/Centro poblado/Rural disperso	2.14.2. Barrio de ocurrencia
Depto. Municipio		<input type="checkbox"/> 1 Cabecera municipal <input type="checkbox"/> 2 Centro poblado <input type="checkbox"/> 3 Rural disperso			2.14.3. Localidad
2.15 Vereda	2.16. Dirección de residencia	2.17. Ocupación del paciente		2.18. Tipo de régimen en salud	
		Código		<input type="checkbox"/> 1 Contributivo <input type="checkbox"/> 2 Subsidado <input type="checkbox"/> 3 Excepción <input type="checkbox"/> 4 Especial <input type="checkbox"/> 5 No afiliado	
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud			2.20. Pertenencia étnica		
Código			<input type="checkbox"/> 1 Indígena <input type="checkbox"/> 2 ROM, Gitano <input type="checkbox"/> 3 Raizal <input type="checkbox"/> 4 Palenquero <input type="checkbox"/> 5 Negro, Mulato, Afro colombiano <input type="checkbox"/> 6 Otros		
2.21. Grupo poblacional					
<input type="checkbox"/> 5 Otros grupos poblacionales <input type="checkbox"/> 7 Discapacitados <input type="checkbox"/> 9 Desplazados <input type="checkbox"/> 13 Migrantes <input type="checkbox"/> 14 Carcelarios <input type="checkbox"/> 16 Gestantes					
3. NOTIFICACIÓN					
3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente			3.2. Fecha de consulta		3.3. Inicio de síntomas
Depto. Municipio			Día Mes Año		Día Mes Año
3.4. Clasificación inicial de caso			3.5. Hospitalizado		3.6. Fecha de hospitalización
<input type="checkbox"/> 1 Sospechoso <input type="checkbox"/> 2 Probable <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. nexa epidemiológico			<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		Día Mes Año
3.7. Condición final		3.8. Fecha de defunción		3.9. No. certificado defunción	
<input type="checkbox"/> 1 Vivo <input type="checkbox"/> 2 Muerto		Día Mes Año			
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha			3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha		
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES					
4.1. Seguimiento y clasificación final del caso					4.2. Fecha de ajuste
<input type="checkbox"/> 0 No aplica <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. nexa epidemiológico <input type="checkbox"/> 6 Descartado <input type="checkbox"/> 7 Otra actualización					Día Mes Año
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD Avenida calle 26 No. 51-20 Bogotá, D. C. Tel.: (1) 220 7700 Ext. 1396 / 1399 / 1117 línea gratuita 01 8000 113 400 Contactenos: www.ins.gov.co / sivigila@ins.gov.co					

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 18 de 20
	PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Sistema de Información SIVIGILA Ficha de Notificación	 
--	---

Sífilis gestacional Cód. INS: 750		
<small>REG-R02.003.0000-025 V01 AÑO 2011</small>		
RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS		
A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. No. de identificación
4. ANTECEDENTES MATERNOS		
4.1. ¿Historia previa de sífilis? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	4.2. Historia obstétrica (incluye el embarazo actual) 1. No. gestaciones <input type="text"/> 2. Vivos <input type="text"/> 3. Abortos <input type="text"/> 4. Mortinatos <input type="text"/>	
4.3. Otras ITS <input type="checkbox"/> 1 VIH <input type="checkbox"/> 2 Hepatitis <input type="checkbox"/> 3 Otra <input type="checkbox"/> 4 Ninguna	4.4. ¿Alergia a la penicilina? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	
5. DIAGNÓSTICO MATERNO		
5.1. Condición al momento del diagnóstico <input type="checkbox"/> 1 Embarazo <input type="checkbox"/> 2 Parto <input type="checkbox"/> 3 Puerperio <input type="checkbox"/> 4 Post aborto		5.2. Lugar de atención de parto <input type="checkbox"/> 1 Hospital <input type="checkbox"/> 2 Domicilio <input type="checkbox"/> 3 Otro
5.3. ¿Control prenatal en embarazo actual? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		5.4. Número de controles prenatales <input type="text"/>
5.5. Edad gestacional de inicio del control prenatal <input type="text"/> Semanas	5.6. Edad gestacional de toma de serología <input type="text"/> Semanas	5.7. Resultado serología <input type="checkbox"/> 1 Reactiva <input type="checkbox"/> 2 No reactiva
5.8. Resultado de serología <input type="checkbox"/> 1 0 DILS <input type="checkbox"/> 2 1 DILS <input type="checkbox"/> 3 2 DILS <input type="checkbox"/> 4 4 DILS <input type="checkbox"/> 5 8 DILS <input type="checkbox"/> 6 16 DILS <input type="checkbox"/> 7 32 DILS VDRL / RPR <input type="checkbox"/> 8 64 DILS <input type="checkbox"/> 9 128 DILS <input type="checkbox"/> 10 256 DILS <input type="checkbox"/> 11 512 DILS <input type="checkbox"/> 12 1024 DILS <input type="checkbox"/> 13 2048 DILS <input type="checkbox"/> 14 Sin dato		
5.9. Prueba treponémica confirmatoria (FTA-ABS, TPHA, Rápida) <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		5.10. Resultado de prueba treponémica <input type="checkbox"/> 1 Positiva <input type="checkbox"/> 2 Negativa <input type="checkbox"/> 3 Sin dato <input type="checkbox"/> 4 No se tomó
5.11. ¿Se administró tratamiento a la madre? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	5.12. Modalidad tratamiento <input type="checkbox"/> 1 Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2 Hospitalario	5.13. Semana gestacional de inicio <input type="text"/>
5.14. Motivo de no tratamiento <input type="checkbox"/> 1 Remisión a II o III nivel <input type="checkbox"/> 2 No se ordenó el tratamiento <input type="checkbox"/> 3 No adherencia a tratamiento <input type="checkbox"/> 4 Se perdió la paciente <input type="checkbox"/> 5 Otro		
5.15. Medicamento administrado <input type="checkbox"/> 1 Penicilina cristalina <input type="checkbox"/> 2 Penicilina benzatínica <input type="checkbox"/> 3 Otro		5.16. ¿Cuál medicamento? <input type="text"/>
5.17. Nivel de complejidad de la institución tratante <input type="checkbox"/> 1 I <input type="checkbox"/> 2 II <input type="checkbox"/> 3 III <input type="checkbox"/> 4 IV		
6. CLASIFICACIÓN FINAL DE SÍFILIS		
<input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Secundaria <input type="checkbox"/> 3 Terciaria <input type="checkbox"/> 4 Latente tardía <input type="checkbox"/> 5 Latente temprana		
7. DIAGNÓSTICO DE CONTACTOS		
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		
8. TRATAMIENTO DE CONTACTOS		
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	Página 19 de 20
	PRO-R02.003.0000-032	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

9.2. Anexo 2. Ficha única de notificación de sífilis congénita

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Sistema de Información SIVIGILA Ficha de Notificación	 
--	---

Sífilis congénita Cód. INS: 740		REG-R02.003.0000-024 V:01 AÑO 2011
RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS		
A. Nombres y apellidos del paciente		B. Tipo de ID*
C. No. de identificación		
* TIPO DE ID: 1 - RC - REGISTRO CIVIL 6 - MS - MENOR SIN ID		
D. Nombres y apellidos de la madre		E. Tipo de ID*
F. No. de identificación		
* TIPO DE ID: 1 - RC - REGISTRO CIVIL 2 - TI - TARJETA IDENTIDAD 3 - CC - CEDULA CIUDADANÍA 4 - CE - CEDULA EXTRANJERÍA 5 - PA - PASAPORTE 6 - MS - MENOR SIN ID 7 - AS - ADULTO SIN ID		
4. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS DEL NIÑO		
4.1. Datos del recién nacido		4.2. Sexo
Peso <input type="text"/>	Talla <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino
4.3. Manifestaciones bio-clínicas		
4.3.1 Aborto <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No 4.3.2 Mortinato (EG > 22 semanas) <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No 4.3.3 Prematuridad (menor 37 sem.) <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No 4.3.4 Alteraciones del LCR <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No 4.3.5 Lesiones cutáneas o mucocutáneas <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No 4.3.6 Rinitis serosanguinolenta <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No 4.3.7 Hepatoesplenomegalia <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No 4.3.8 Hidropesía <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	4.3.9 Lesiones óseas (periostitis, bandas radiolúcidas, osteocondritis) <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No 4.3.10 Alteraciones renales (hematuria, leucocituria, proteinuria, cilindruria) <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No 4.3.11 Alteraciones hematológicas <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No 4.3.12 Alteraciones de la función hepática <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No 4.3.13 Sordera <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No 4.3.14 Alteraciones oculares <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No 4.3.15 Asintomático <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	
4.4. ¿Se tomó serología al nacimiento?		
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		
4.5. Resultado serología al nacimiento		
<input type="checkbox"/> 1 0 DILS <input type="checkbox"/> 2 1 DILS <input type="checkbox"/> 3 2 DILS <input type="checkbox"/> 4 4 DILS <input type="checkbox"/> 5 8 DILS <input type="checkbox"/> 6 16 DILS <input type="checkbox"/> 7 32 DILS (VDRL / RPR) Sangre: <input type="checkbox"/> 8 64 DILS <input type="checkbox"/> 9 128 DILS <input type="checkbox"/> 10 256 DILS <input type="checkbox"/> 11 512 DILS <input type="checkbox"/> 12 1024 DILS <input type="checkbox"/> 13 2048 DILS <input type="checkbox"/> 14 Sin dato		
4.6. Resultado serología LCR		
<input type="checkbox"/> 1 Reactivo <input type="checkbox"/> 2 No reactivo <input type="checkbox"/> 3 No se tomó <input type="checkbox"/> 4 Sin dato		
4.7. Tratamiento	4.8. Modalidad tratamiento	4.9. Medicamento administrado
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2 Hospitalario	<input type="checkbox"/> 1 Penicilina cristalina <input type="checkbox"/> 2 Penicilina procaínica <input type="checkbox"/> 3 Otro
4.10. Motivo de no tratamiento del niño		
<input type="checkbox"/> 1 Remisión a II o III nivel <input type="checkbox"/> 2 No cumplimiento de la guía 412 de 2000 <input type="checkbox"/> 3 Falleció <input type="checkbox"/> 4 Otro		

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA		Página 20 de 20
			Versión: 00
	PRO-R02.003.0000-032		Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Grupo Enfermedades Transmisibles Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/05	Revisado por: Amparo Liliana Sabogal Apolinar Contratista Líder Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

9.3. Anexo 3. Diagnósticos específicos para sífilis gestacional y congénita

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

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