



**GOBERNACIÓN  
VALLE DEL CAUCA**

Secretaría de Salud  
Subsecretaría de Salud Pública

# **INFORME DE EVENTO DE INTERES EN SALUD PÚBLICA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ITS**

## **VIH - SIDA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA HEPATITIS B**

**VALLE DEL CAUCA, 2018**





## **INFORME DE EVENTO VIH-SIDA VALLE DEL CAUCA, 2018**

*Claudia Yaneth Hernández Arango  
Referente evento VIH/SIDA  
Equipo de Vigilancia Epidemiológica  
Subsecretaría de Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### **1. INTRODUCCIÓN.**

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), responsable de causar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), fue descrito por primera vez en 1981; desde entonces, a nivel mundial se ha venido registrando una pandemia tanto del virus como de su síndrome asociado. El VIH es transmitido por contacto con superficies mucosas a nivel genital, rectal u orofaríngeo (1).

El curso clínico de la infección por VIH puede dar lugar a diferentes tipos de manifestaciones: inicia por un cuadro agudo con síntomas inespecíficos, sigue con un periodo de latencia que puede ser variable de 10 a 15 años y desencadena en un síndrome caracterizado por la falla del sistema inmune. Se calcula que el riesgo de infección por VIH en la población general es menor a 0.5%, siendo mucho mayor en la población en riesgo, que pasa a ser del 8.6% (1).

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1,2 millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo (OMS, 2016). A nivel mundial cerca de 14 millones de mujeres en edad reproductiva están infectadas con el VIH/SIDA; se han reportado las cifras más altas en el África, pero el riesgo se encuentra en aumento en países en vía desarrollo como Asia y América Latina. La epidemia mundial se está estabilizando, pero a un nivel inaceptablemente alto. Se estima que, en 2009, había en todo el mundo 33 millones [31.4-35.3 millones] de personas que vivían con el VIH. El número anual de nuevas infecciones disminuyó de 3,0 millones [2,6-3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones 2,2- 3,2 millones] en 2007. (2)

Según la OPS se ha avanzado en la prevención y la eliminación de la transmisión de la madre al niño, y en la supervivencia de las madres. En 2016,

Gobernación del Valle del Cauca – Carrera 6 Calle 9 y 10 Teléfono: 6200000 Fax: 6200000

Sitio WEB: [www.valledelcauca.gov.co](http://www.valledelcauca.gov.co) e-mail: [mvictori@valledelcauca.gov.co](mailto:mvictori@valledelcauca.gov.co)

Santiago de Cali, Valle del Cauca





aproximadamente 8 de cada 10 embarazadas con VIH (1,1 millones de mujeres) recibieron antirretrovíricos.

### Situación del VIH/sida en el Caribe en 2016 (3)

- 310.000 [280.000-350.000] personas viven con VIH
- 64% [51-74%] de las personas con VIH conoce su estado
- 81% [64- >85%] de las personas diagnosticadas con VIH reciben tratamiento antirretroviral
- 67% [53-77%] de las personas en tratamiento antirretroviral tienen la carga viral suprimida
- 18.000 [15.000-22.000] nuevas infecciones por el VIH
- 9.400 [7.300-12.000] muertes relacionadas al SIDA
- 1,25 millones de nacidos vivos en 2014 en 31 países del Caribe
- 10.000 niños de hasta 14 años viviendo con VIH, 29% menos que en 2010
- 780 nuevas infecciones por el VIH en niños hasta 14 años en 2016, 56% menos que en 2010
- 10.000 [8700-12 000] nuevas infecciones por el HIV evitadas en niños hasta 14 años desde 2010 hasta 2016
- <1000 [<1000-1000] nuevas infecciones por VIH entre niños de hasta 14 años en 2016, más de un 52% menos que en 2010.
- 11 000 [9000-13 000] nuevas infecciones por VIH prevenidas entre los niños de hasta 14 años de 2010 a 2016.
- 97% de las mujeres asisten al menos a un control prenatal, y el 94% de los partos tuvieron lugar en los hospitales.
- 78% de las embarazadas se realizaron la prueba de VIH en 2016, 35% más que en 2010
- 74% [65-84%] de las embarazadas viviendo con VIH está bajo tratamiento antirretroviral, un 64% de aumento desde 2010
- 9% es la tasa de transmisión materno infantil del VIH, 52% menos que en 2010

En Colombia, el primer caso de SIDA se notificó en 1983. Cinco años después, en 1988, se realizó el primer estudio de seroprevalencia con el propósito de intentar conocer la magnitud de la epidemia y responder a ella. A partir de entonces, el Ministerio de Salud y Protección social ha puesto en marcha, de diferentes formas, programas de vigilancia epidemiológica, principalmente entre los grupos identificados como de mayor vulnerabilidad. Colombia tiene una epidemia



concentrada, es decir, que la enfermedad se presenta principalmente en grupos de alta vulnerabilidad: trabajadores y trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una prevalencia que está por encima del cinco por ciento en el grupo de HSH, mientras que en el resto de población es menor del uno por ciento. (4)

En el contexto del Valle del Cauca para el año 2017 se reportaron un total de 1.706 casos nuevos de VIH sida, 1.404 correspondían a VIH; 222 en estadio SIDA y 79 muertes (**Sivigila 2017**). Siendo el mecanismo de probable de trasmisión más frecuente el tener relaciones sexuales sin protección (heterosexual, homosexual y bisexual), datos que sugieren que, para el departamento, también la epidemia se mantiene concentrada, presentándose principalmente en grupos de alta vulnerabilidad.

Teniendo un panorama del comportamiento del VIH/SIDA a nivel mundial, de las Américas y a nivel local, es importante realizar actualización del comportamiento en la notificación del evento en el Valle del Cauca, con una periodicidad anual, con el objeto de monitorear las acciones de prevención y control implementadas, ya sea para mejorarlas, fortalecerlas o replantearlas. Por tal motivo, en el presente documento se presentará, esta información correspondiente al año 2018.

## **2. OBJETIVOS**

- Identificar el comportamiento en la notificación de los casos de VIH/SIDA por municipio de procedencia en el Valle del Cauca durante el año 2018.
- Determinar las Entidades Territoriales con fallas en la Calidad del dato.
- Describir las características sociales y demográficas de los casos reportados al Sivigila de VIH/SIDA en el Valle del Cauca para el año 2018.



### 3. MÉTODO

Para la elaboración del informe se realizó recolección de información a partir de la principal fuente (SIVIGILA), los datos se obtuvieron de la notificación realizada por las UPGD a la ficha 850 en datos básicos y complementarios habiendo seguido el flujo de información establecido para este proceso.

Es importante conocer los cambios que el evento ha tenido en la notificación desde el año 2006, que es cuando inicia el reporte de este evento, en este año se estandariza la ficha de notificación para VIH/SIDA para los entes territoriales y fortalece la información que se recoge a partir de ésta, además se determina, que se debe realizar la notificación del evento como *caso de VIH, caso de SIDA y mortalidad por SIDA* en el mismo paciente en los tres momentos de presentación de la enfermedad; en el 2008 se implementa la ficha para el seguimiento de la gestante seropositiva y del Recién Nacido, fichas que para el año 2012 se retiran del SIVIGILA, debido a que el seguimiento tanto de gestantes como de transmisión perinatal es asumido directamente por el Ministerio de Salud. Para el año 2010 se lleva a cabo ajuste de la ficha de notificación del VIH donde el mecanismo de transmisión por lactancia materna no se tiene en cuenta, debido a que no es fácil determinar si esta fue realmente la causa de la enfermedad. Para el año 2014 se incluyen nuevas variables a la ficha de notificación; en mecanismo de transmisión lactancia materna delegada y trasplante de órganos; en identidad de género: masculino, femenino y transgénero; en diagnóstico de laboratorio: si se realizó asesoría pre y post prueba y en número de hijos se tendrán en cuenta los menores de 5 años, niños y niñas. Para el 2015 se elimina lactancia materna delegada y se deja únicamente la variable transmisión materno infantil, se incluyen las variables si donó sangre en los últimos 12 meses, donde y cuando, el nombre de la madre y el documento de identificación de la misma en los casos de transmisión materno infantil y para el diagnóstico de las personas mayores de 18 meses se permite ingresar los casos confirmados con prueba rápida, de Elisa, Western Blot o carga viral. Para el 2018, se simplifica la ficha de datos complementarios, eliminando variables que se encontraban en la ficha de datos básicos como la variable gestación, se eliminó también la variable 5.5 Población clave, que permitía identificar: los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las Mujeres trabajadoras sexuales, la Población privada de la libertad, las Mujeres transgénero, los habitantes de calle y las Personas que se inyectan drogas (PID, además se agregaron algunas coinfecciones.



Se realizó depuración de la base de datos 850 del año 2018, retroalimentada por el INS el 23 de abril del 2019, eliminándose los casos que pertenecen a otros departamentos de procedencia, los casos procedentes de Buenaventura, los notificados en años anteriores, los registros con ajuste 6 y D, los registros que no cumple definición de caso y duplicados (aquellos registros que correspondan al mismo paciente identificado por documento de identidad y nombre completo); los registros que aparecen 2 veces con condición final diferente, se deja la condición final fallecido y la primera fecha de notificación, ósea la fecha de diagnóstico. A los registros finales se les, realizó análisis descriptivo tomando como ejes fundamentales las variables de tiempo, lugar y persona. Respecto al tiempo, este documento refleja el comportamiento del evento desde la semana 01 hasta la semana 52 para el año 2018 y realiza un comparativo con el histórico del evento. En cuanto a la variable lugar, se consideró como unidad de análisis los municipios del Valle del Cauca de donde procede el caso. En el componente de persona, se realizó un análisis descriptivo considerando las variables grupo de edad, tipo de régimen en salud y pertenencia étnica, semanas de gestación al momento del diagnóstico, estadio clínico y presencia de enfermedades oportunistas y/o coinfecciones.

Se realizó revisión al 100% de la información encontrada en la base de datos. Paralelo a la depuración se verificó que los pacientes reportados cumplieran la definición de caso de acuerdo al protocolo del INS, especialmente que las gestantes estén reportadas con carga viral mayor o igual a 5.000 copias o western blot.

En el diseño del informe se tuvieron en cuenta los principios metodológicos para salvaguardar el interés de la ciencia y el respeto a los derechos de las personas. No hubo ninguna intervención en los sujetos, no se violó el derecho a la privacidad y los resultados se presentan de manera agrupada en cumplimiento de la norma nacional (Resolución 008430 de 1993), se considera sin riesgo. Para la elaboración de este informe se realizó un estudio descriptivo retrospectivo.

## DEPURACIÓN BASE DE DATOS

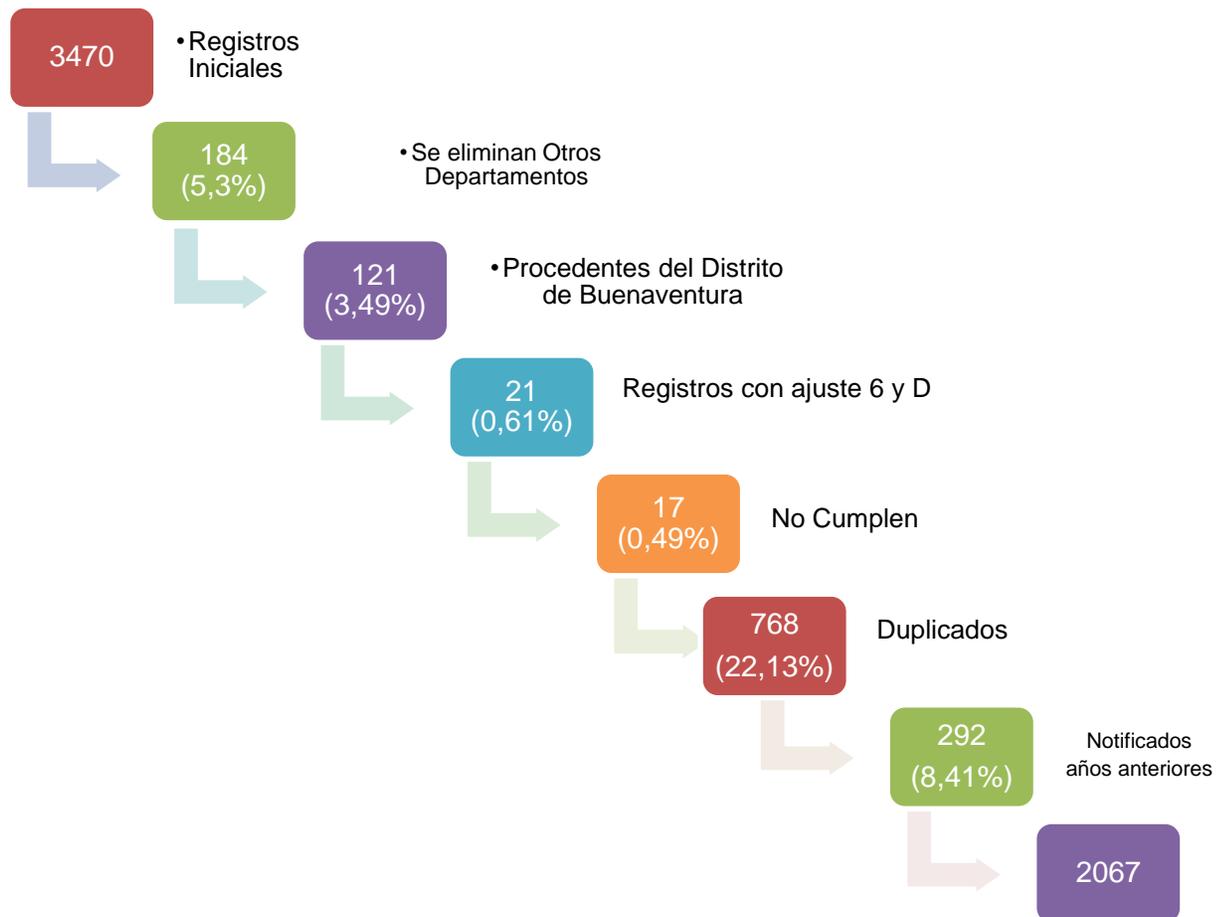
- De los 3470 registros de la base de datos, no se tuvieron en cuenta para el análisis: 768 registros duplicados, 184 registros que pertenecen a otros departamentos de procedencia, 121 pacientes que proceden del Distrito de Buenaventura, 17 registros no cumplen



definición de caso, 21 registros descartados y 292 registros estaban notificados en años anteriores. Finalmente quedaron 2067 registros, es decir se eliminó del análisis el 40,40% de los registros iniciales.

- En el año 2018 se notificaron 2.067 casos de los cuales un 26,02% (538 casos) fueron de notificación tardía.
- Se observaron muchas fallas en la calidad del dato, por fallas en la coherencia entre variables, los pacientes que están reportados como estadio 3 deben coincidir con los registrados en la variable condición final 2 (muertos) y se encontró una diferencia de 17 registros, de igual manera los pacientes que tienen marcada alguna enfermedad oportunista y/o coinfección deben ser notificados en estadio 2 o 3 si el paciente falleció, y se observa una diferencia de 14 casos entre estos casos. Por otro lado, se observa la notificación de gestantes sin la confirmación del diagnóstico con carga viral o western blot, solo el 71,67% (43) de 60 gestantes notificadas con VIH se encuentran bien notificadas. Por tal motivo, para objeto del análisis no se tiene en cuenta la categoría 3 (muerto) de la variable estadio clínico, se trabaja con la variable condición final (2=muerto), la categoría 2 de la variable estadio clínico se recategorizó de acuerdo a la presencia de enfermedades oportunistas y finalmente no se tuvieron en cuenta para el análisis las gestantes que no cumplían definición de caso.

**Imagen 1.** Flujograma de los registros seleccionados para el análisis de VIH/SIDA. Valle del Cauca, 2018.



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

## PLAN DE ANÁLISIS

El plan de análisis se realizó mediante estadística descriptiva en términos de tiempo, persona y lugar, utilizando el programa Excel®. Los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia y proporciones que se presentaron en tablas, gráficos y mapas. Los datos utilizados en los denominadores para el análisis de tasa de incidencia corresponden a las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del 2018.



## 4. RESULTADOS

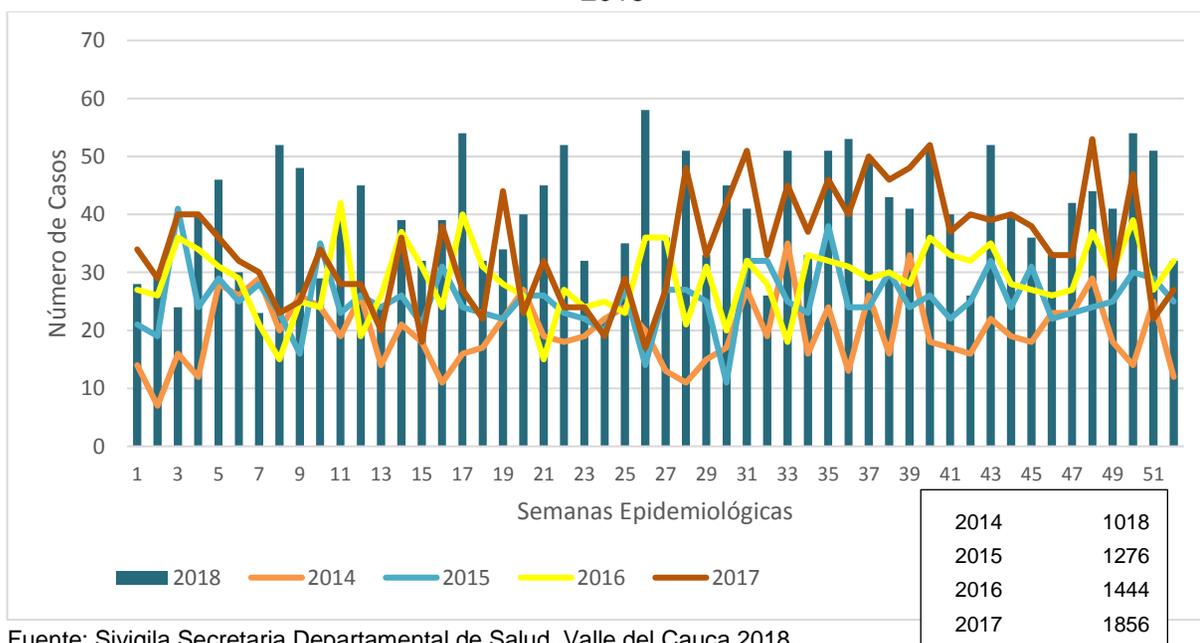
### 4.1 Magnitud del evento en tiempo, lugar y persona (Datos básicos)

#### 4.1.1 Tiempo

##### Tendencia del Evento

Al comparar el comportamiento de la notificación de casos de VIH/SIDA y muerte por SIDA, entre los años 2014 a 2018, el comportamiento de la notificación ha mostrado un promedio de notificación por año de 1502 casos con una mediana de variación entre años de 260 casos. Para el año 2018, se observó un incremento del 11,42% (212) en la notificación de los casos con respecto al del año 2017.

**Gráfica 1.** Comportamiento del VIH/SIDA y muerte por SIDA, Valle del Cauca, 2014-2018



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

#### 4.1.2 Lugar y persona

En el departamento del Valle del Cauca para el año 2018 se reportaron 2067 casos, con un promedio de notificación semanal de 38 casos. Se debe mencionar que para el año 2018, se observa un incremento en la notificación en comparación con el



año 2017 del 11,37% (211). De los 2067, 1795 (86,84%) casos corresponden al estadio VIH, 152 (7,35%) al estadio SIDA y 120 a muertes por SIDA (ver tabla 1), es importante tener en cuenta, que, si el paciente falleció durante el año de estudio, pero ya estaba notificado en años anteriores, esto no se ve reflejado en SIVIGILA desde el año 2017 (Esto por los cambios realizados en los lineamientos). Por esta razón, para evaluar mortalidad, se debe cruzar la información con RUAF.

Al revisar los casos notificados en este mismo año por municipio de procedencia, se encontró que las entidades territoriales que aportaron el 82,05% de la notificación de la carga de la enfermedad al departamento corresponden a los municipios de Cali, Palmira, Tuluá y Cartago.

**Tabla 1.** Casos de VIH/sida por Estadio Clínico, por Entidad Territorial de Procedencia, Valle del Cauca, año 2018

Municipio de Procedencia	VIH		SIDA		Muerte por VIH/SIDA %		N° Total de Casos %	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cali	1212	87,45	99	7,14	75	5,41	1386	67,05
Palmira	97	80,17	13	10,74	11	9,09	121	5,85
Tuluá	109	92,37	8	6,78	1	0,85	118	5,71
Cartago	55	77,46	13	18,31	3	4,23	71	3,43
Yumbo	55	93,22	3	5,08	1	1,69	59	2,85
Buga	50	87,72	1	1,75	6	10,53	57	2,76
Jamundí	29	85,29	3	8,82	2	5,88	34	1,64
Candelaria	15	83,33	2	11,11	1	5,56	18	0,87
El Cerrito	16	94,12	1	5,88	0	0,00	17	0,82
Florida	15	88,24	1	5,88	1	5,88	17	0,82
Pradera	17	100,00	0	0,00	0	0,00	17	0,82
Caicedonia	12	80,00	1	6,67	2	13,33	15	0,73
Zarzal	13	86,67	1	6,67	1	6,67	15	0,73
Sevilla	10	83,33	0	0,00	2	16,67	12	0,58
Roldanillo	8	72,73	1	9,09	2	18,18	11	0,53
Andalucía	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	0,39
Guacarí	7	87,50	0	0,00	1	12,50	8	0,39
Ginebra	7	100,00	0	0,00	0	0,00	7	0,34
La Cumbre	6	85,71	0	0,00	1	14,29	7	0,34
Trujillo	6	85,71	0	0,00	1	14,29	7	0,34
La Unión	6	100,00	0	0,00	0	0,00	6	0,29
Riofrío	6	100,00	0	0,00	0	0,00	6	0,29
Vijes	4	66,67	0	0,00	2	33,33	6	0,29
Yotoco	6	100,00	0	0,00	0	0,00	6	0,29
Bugalagrande	3	60,00	1	20,00	1	20,00	5	0,24
Obando	5	100,00	0	0,00	0	0,00	5	0,24
Alcalá	3	75,00	0	0,00	1	25,00	4	0,19
Darien	3	75,00	0	0,00	1	25,00	4	0,19
San Pedro	4	100,00	0	0,00	0	0,00	4	0,19
Toro	2	50,00	2	50,00	0	0,00	4	0,19
El Águila	3	100,00	0	0,00	0	0,00	3	0,15
Dagua	0	0,00	1	50,00	1	50,00	2	0,10
La Victoria	1	50,00	1	50,00	0	0,00	2	0,10
Restrepo	1	50,00	0	0,00	1	50,00	2	0,10
Ansermanuevo	0	0,00	0	0,00	1	100,00	1	0,05
El Dovío	0	0,00	0	0,00	1	100,00	1	0,05
Ulloa	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1	0,05
<b>Valle del Cauca</b>	<b>1795</b>	<b>86,84</b>	<b>152</b>	<b>7,35</b>	<b>120</b>	<b>5,81</b>	<b>2067</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.



Se notificaron 65 casos de VIH del exterior, Venezuela es el país que aporta el 84% de estos y Cali es la entidad territorial que reporta el mayor número de migrantes, con el 90%. En la base de datos se encuentran marcados 15 personas como migrantes, pero en municipio de residencia y procedencia aparecen como si fueran del Valle del Cauca.

**Tabla 2.** Casos de VIH/sida del exterior notificados por municipio de notificación, 2018.

<b>Municipio de Notificación</b>	<b>País de Procedencia</b>	<b>N° de Casos</b>
Cali	Brasil	1
	Buenos Aires	1
	Chile	1
	Ecuador	2
	Venezuela	40
Jamundí	Buenos Aires	1
Pradera	España	1
Cartago	Venezuela	2
Buenaventura	Chile	1
	Migrantes*	15
<b>Total General</b>		<b>65</b>

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

Para el año 2018, se reportaron 1.607 (77,75%) casos de VIH/SIDA del sexo masculino y 460 casos (22,25%) del sexo femenino, lo que quiere decir que por cada 100 mujeres notificadas con la infección VIH/SIDA hay 349 hombres notificados con esta enfermedad. El 48,33% (999) se encuentran afiliados al régimen contributivo de seguridad social. En cuanto a la clasificación por pertenencia étnica, la categoría otro concentra el 90,42% de los casos, seguido por negro, mulato afrocolombiano con un 7,55% (156) de los casos. La media de la edad fue 28,7 años; concentrando el 92% de casos en los cursos de vida de la juventud y la adultez (de 18 a 59 años). (ver tabla 3).



**Tabla 3.** Comportamiento demográfico y social de los casos notificados de VIH/SIDA en el departamento del Valle del Cauca, 2018

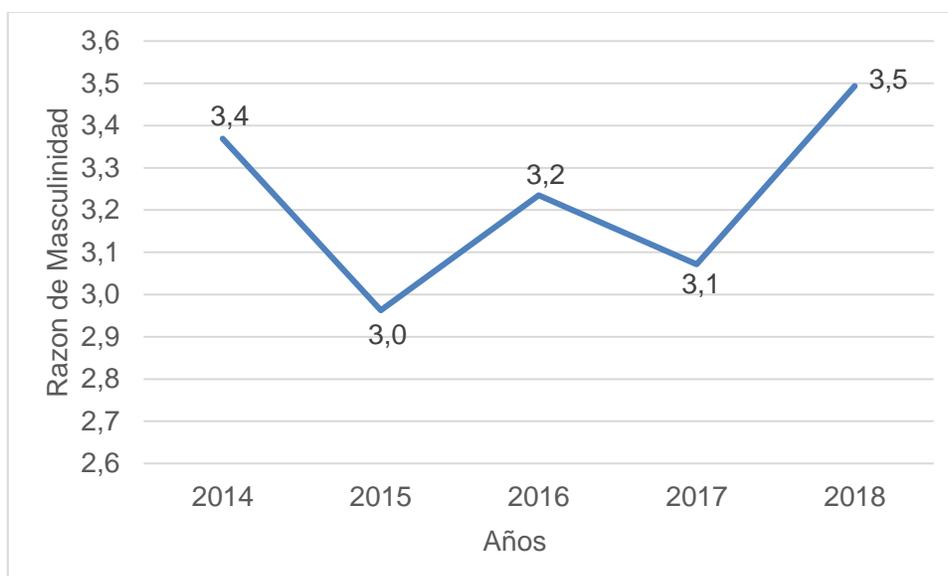
Variables	Categorías	Casos	%
Sexo	Masculino	1607	77,75
	Femenino	460	22,25
Curso de Vida: Prom 28,7 años	<12 años	2	0,10
	Adolescencia: 12 -17 años	48	2,32
	Juventud: 18-28 años	813	39,33
	Adultez: 29- 59 años	1085	52,49
	Vejez: 60 Y + años	119	5,76
Pertenencia étnica	Raizal	2	0,10
	Room	4	0,19
	Indígena	36	1,74
	Afrocolombiano	156	7,55
	Otro	1869	90,42
Tipo de régimen	Contributivo	999	48,33
	Especial	24	1,16
	Indeterminado	7	0,34
	No asegurado	109	5,27
	Excepción	20	0,97
	Subsidiado	908	43,93
Poblaciones especiales	Gestantes	42	2,03
	Migrantes	65	3,14
	Privados de la Libertad	33	1,60
	Discapacitados	9	0,44
	Desplazados	6	0,29

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

La razón de masculinidad ha ido en ligero aumento, observándose en el año 2014 una razón de 3,4 y para el año 2018 de 3,5.



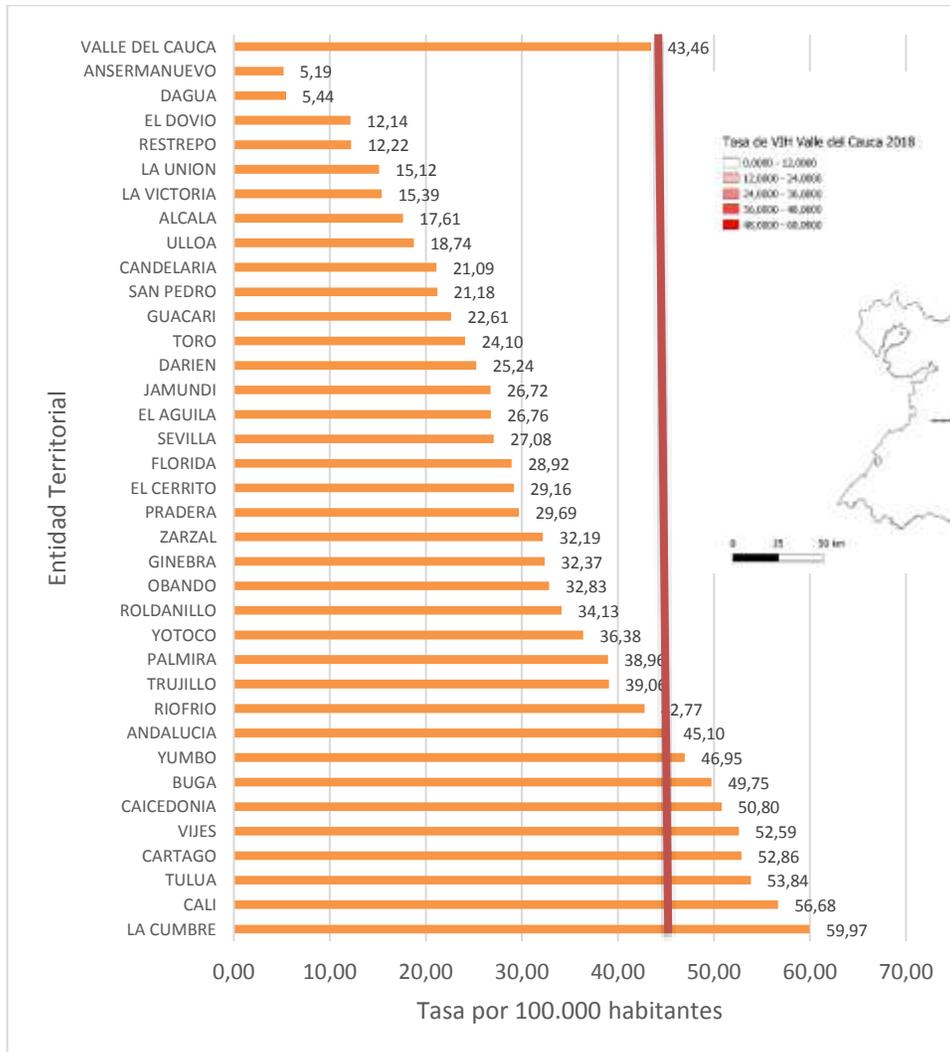
**Gráfica 2.** Razón de masculinidad de VIH/sida, Valle del Cauca 2014 – 2018



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

El año 2018 cerró con una prevalencia de 43,46 casos por 100.000 habitantes. Son varios los municipios que presentaron la prevalencia por encima a la del departamento, en su orden: La Cumbre, Cali, Tuluá, Cartago, Vijes, Caicedonia, Buga, Yumbo y Andalucía.

**Gráfica 3.** Prevalencia de los casos notificados de VIH/SIDA por Entidad Territorial en el departamento del Valle del Cauca, 2018



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

Los municipios que tuvieron el mayor número de muertes, durante el periodo de estudio son: Cali, Palmira y Buga.



**Tabla 4.** Muertes Por VIH/SIDA por Municipio de Procedencia, Valle del Cauca, 2018.

<b>Municipio de Procedencia</b>	<b>N° de Muertes</b>	<b>%</b>
Cali	125	62,5
Palmira	15	7,5
Buga	9	4,5
Tulua	4	2
Cartago	3	1,5
Pradera	3	1,5
Zarzal	3	1,5
Caicedonia	2	1
Florida	2	1
Jamundi	2	1
Roldanillo	2	1
Sevilla	2	1
Vijes	2	1
Yumbo	2	1
Alcala	1	0,5
Andalucia	1	0,5
Ansermanuevo	1	0,5
Bugalagrande	1	0,5
Candelaria	1	0,5
Dagua	1	0,5
Darien	1	0,5
El Dovio	1	0,5
Ginebra	1	0,5
Guacari	1	0,5
La Cumbre	1	0,5
Pasto	1	0,5
Restrepo	1	0,5
Trujillo	1	0,5
Tumaco	1	0,5
Venezuela -	1	0,5
<b>Valle del Cauca</b>	<b>192</b>	<b>100</b>

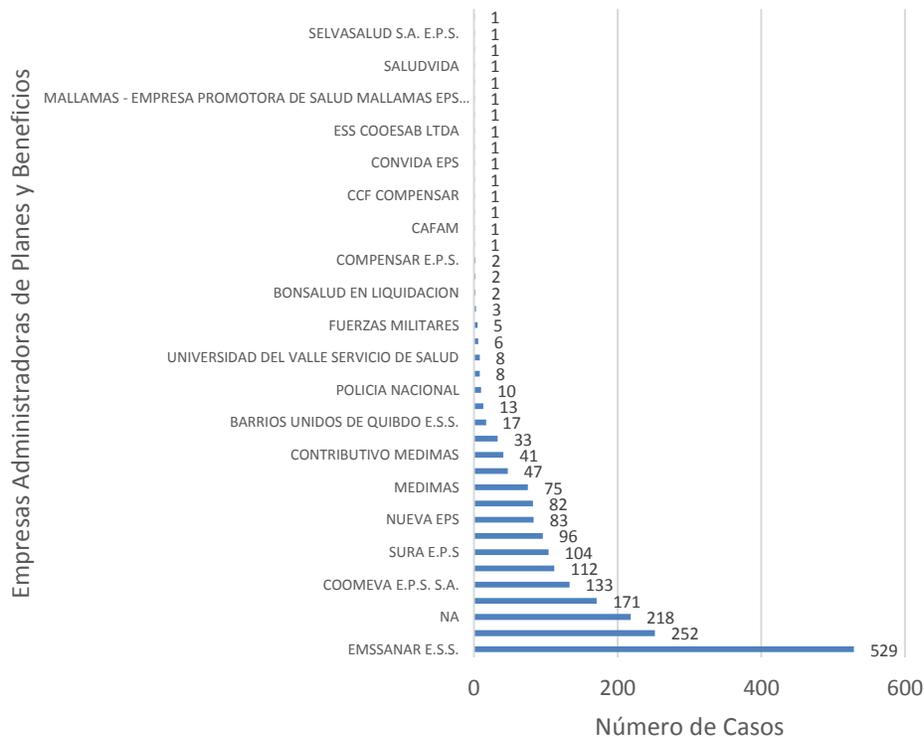
Fuente: RUIAF ND 2018, se descargó el 5 de mayo del 2019.

Al realizar la comparación de la notificación por municipio de procedencia según el análisis de tendencia con distribución de Poisson, se encontró los siguientes municipios con decremento no significativo en la notificación: Andalucía, Caicedonia, El Águila, el Cerrito, Florida, La Cumbre, La Unión, Roldanillo, Yumbo



25,59% (529) de los casos, seguido por la E.P.S Servicio Occidental de Salud (S.O.S) con el 12,19% (252), No asegurado en el 10,55% (218), Coosalud con 8,27% (171), Coomeva EPS con 6,43% (133) y en menor proporción se encuentran entidades como SURA, Comfenalco, Medimas EPS, Asmet salud ESS, Sanitas EPS, Compensar EPS, entre otras.

**Grafica 5.** Distribución de los Casos de los Casos de VIH/SIDA por Empresas Promotoras de Servicios de Salud, Valle del Cauca, 2018



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

## 4.2 Comportamiento de otras Variables de Interés (Datos Complementarios)

### 4.2.1 Comportamiento de la notificación según mecanismo probable de transmisión.

Para los casos de VIH/SIDA y el probable mecanismo de transmisión más prevalente son las conductas de riesgo entre heterosexuales, el cual se encuentra en el 55,44% (1146), entre homosexuales en el 38,17% (789) y entre bisexuales en el 4,93% (102). Durante el año 2018 se notificaron 2 casos de VIH por transmisión materno infantil, del municipio de Cali pero fueron descartados por no ser

Gobernación del Valle del Cauca – Carrera 6 Calle 9 y 10 Teléfono: 6200000 Fax: 6200000

Sitio WEB: [www.valledelcauca.gov.co](http://www.valledelcauca.gov.co) e-mail: [mvictori@valledelcauca.gov.co](mailto:mvictori@valledelcauca.gov.co)

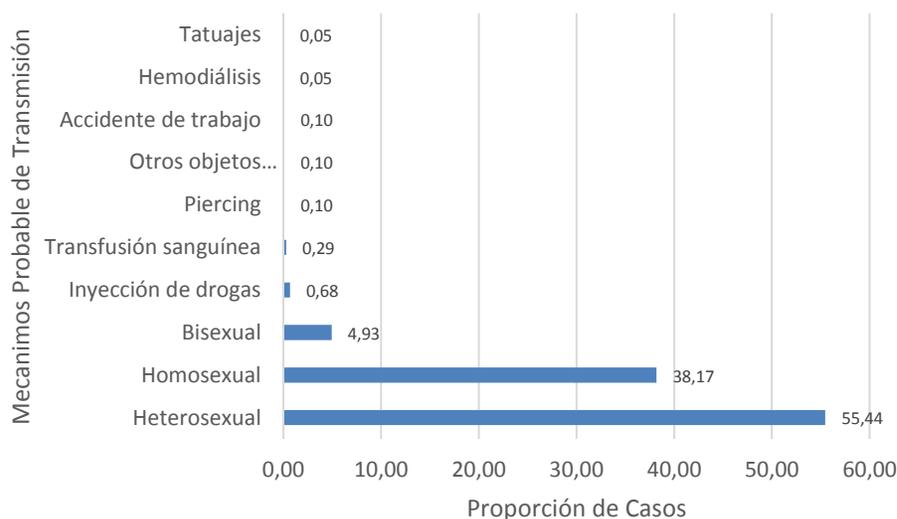
Santiago de Cali, Valle del Cauca





confirmados por laboratorio clínico correctamente; es importante recordar que la proporción de transmisión materno infantil de VIH se calcula con el número de niñas y niños menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materno infantil con respecto al total de niñas y niños expuestos, es decir, las hijas e hijos de mujeres con diagnóstico de VIH antes o durante la gestación, el parto o la lactancia materna, nacidos en un período determinado. Por otro lado, se reportaron 14 casos en usuario de drogas intravenosas, *6 casos por Transfusión sanguínea, dos por Piercing, dos por accidente laboral, un caso por realización de tatuajes.*

**Gráfica 6.** Casos notificados de VIH/sida según mecanismo probable de transmisión, Valle del Cauca, año 2018



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

#### 4.2.2 Casos notificados de VIH/SIDA en mujeres embarazadas.

Analizando la base de datos de VIH/SIDA del año 2018, fueron notificadas 42 mujeres gestantes con VIH/SIDA, el 38,10% (16) estaba en el primer trimestre de embarazo, el 19,05% (8) de ellas estaban en el segundo trimestre y el 9,52% (4) se encontraban en el último trimestre del embarazo; sin embargo, llama la atención que el 33% de los registros de gestantes no tenga diligenciada la variable semanas de gestación, estos son fallas en la calidad del dato. Se debe recordar que el diagnóstico en el primer trimestre de gestación es fundamental para un tratamiento oportuno a la gestante, que permita disminuir la transmisión materno perinatal y aportar así al control de la epidemia.



**Tabla 5.** Casos Notificados de VIH/SIDA en gestantes, Valle del Cauca, 2018

Trimestre de Embarazo	N° casos	Porcentaje
Primer trimestre (Sem 1-12)	16	38,10
Segundo trimestre (Sem 13-26)	8	19,05
Tercer Trimestre (Sem 27 - 40)	4	9,52
Sin dato	14	33,33
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivegila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

#### 4.2.3 Enfermedades Oportunistas de los casos notificados de VIH/SIDA

Respecto a las enfermedades oportunistas en los casos notificados, las más frecuentes son: síndrome de emaciación, toxoplasmosis cerebral, candidiasis esofágica, neumonía por *Pneumocystis*, neumonía recurrente, encefalopatía por VIH, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Es importante tener en cuenta que una persona con infección de VIH/SIDA puede tener una o más enfermedades oportunistas.

**Tabla 6.** Enfermedades oportunistas notificadas en los casos de VIH/SIDA, año 2018

Enfermedades Oportunistas y/o Coinfecciones	N° de Casos	%
Síndrome de emaciación	85	4,11
Toxoplasmosis cerebral	40	1,94
Candidiasis Esofagia	33	1,60
Neumonía por pneumocystis	30	1,45
Neumonía recurrente (más de 2 episodios en un año)	22	1,06
Encefalopatía por VIH	20	0,97
TB Pulmonar	17	0,82
Candidiasis de las vías aéreas	14	0,68
Tuberculosis Extrapulmonar	14	0,68
Criptococosis extrapulmonar	14	0,68
Hepatitis B	12	0,58
Herpes zoster en múltiples dermatomas	9	0,44
Sarcoma de Kaposi	9	0,44
Isosporidiasis crónica	8	0,39
Histoplasmosis diseminada	8	0,39
Otras micobacterias	5	0,24
Linfoma inmunoblástico	5	0,24



Meningitis	5	0,24
Cáncer de Cervix Invasivo	4	0,19
Histoplasmosis extrapulmonar	4	0,19
Linfoma de Burkitt	4	0,19
Criptosporidiasis crónica	4	0,19
Hepatitis C	4	0,19
Citomegalovirus	3	0,15
Septicemia recurrente por Salmonella	3	0,15
Coccidioidomycosis	2	0,10
Retinitis por citomegalovirus	2	0,10
Leucoencefalopatía multifocal	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>380</b>	<b>18,38</b>

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

### **4.3 Comportamiento de los Indicadores de Vigilancia del Evento.**

#### **4.3.1 Tasa de VIH/IDA por departamento de procedencia**

Se observa que la tasa de VIH/SIDA para el departamento se encuentra en 43,46 casos por 100.000 habitantes, superando la tasa de notificación del país, la cual se encuentra actualmente en 14 casos por 100 000 habitantes (dato preliminar, aún no hay datos oficiales). Son varios los municipios que se encuentran por encima de la tasa del departamento, pero vale la pena resaltar los cinco municipios que obtuvieron el mayor valor por 100 000 habitantes, en su orden: La Cumbre, Cali, Tuluá, Cartago, Vijes.

#### **4.3.2 Comportamiento de la notificación en Gestantes por Entidad Territorial de Procedencia**

Se observa que, del total de los 42 casos reportados de VIH en mujeres embarazadas durante el año 2018, los municipios que reportaron casos en gestantes son los que se relacionan a continuación, donde el mayor porcentaje de estos lo aportaron en su orden Cali, Palmira, Tuluá, Jamundí, pero el riesgo más alto lo tienen los municipios de El Águila, Toro, Riofrío y Andalucía.



**Tabla 7.** Razón de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres embarazada, por Entidad Territorial de Procedencia, Valle del Cauca, del año 2018

Municipio de Procedencia	N° de Casos	%	Razón de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres embarazada
Cali	27	64,29	1,00
Palmira	3	7,14	0,84
Tuluá	3	7,14	1,28
Jamundi	2	4,76	1,15
Andalucía	1	2,38	5,10
Cartago	1	2,38	0,97
El Águila	1	2,38	12,35
Riofrío	1	2,38	5,38
Toro	1	2,38	7,75
Yotoco	1	2,38	5,65
Yumbo	1	2,38	2,36
<b>Valle del Cauca</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>	<b>0,90</b>

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

#### 4.5.2 Razón de Prevalencia de VIH/Sida en Mujeres Embarazadas.

Por cada 1000 nacidos vivos en el año 2018 en el Valle del Cauca, se presentaron 0,9 casos de VIH/SIDA en gestantes.

Del total de las gestantes notificadas al Sivigila, el 71,19 % (42/59) cumplieron con la definición de caso para el evento. La entidad territorial de Cartago, El Águila, Jamundí, Riofrío, Toro y Yotoco cumplieron con el 100,0 %, mientras que la entidad territorial de Yumbo, Tuluá y Cali no alcanzaron un 70% de cumplimiento.

**Tabla 8.** Cumplimiento en la Definición de Caso Según Algoritmo Diagnóstico, Valle del Cauca, 2018

Municipio de Procedencia	Total casos que cumplen	Total casos reportados	% de Cumplimiento
Cali	28	41	68,29
Cartago	2	2	100,00
El Águila	1	1	100,00
Jamundí	1	1	100,00



Palmira	3	4	75,00
Riofrio	1	1	100,00
Toro	1	1	100,00
Tuluá	3	5	60,00
Yotoco	1	1	100,00
Yumbo	1	2	50,00
<b>Valle del Cauca</b>	<b>42</b>	<b>59,00</b>	<b>71,19</b>

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

## 5. DISCUSIÓN

En el informe epidemiológico del año 2018, se registra un aumento en la notificación del evento en un 11,37% (211) comparada con el año inmediatamente anterior, el promedio de notificación semanal pasó de 28 casos a 38 casos, situación que puede variar aún más. Sin embargo, este incremento, puede explicarse por un mejor acceso al diagnóstico, disminución de barreras para la realización de la prueba, fortalecimiento de las actividades colaborativas TB-VIH, todas estas actividades enmarcadas dentro del compromiso de alcanzar la meta universal planteada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) de lograr al año 2020 las metas 90-90-90: diagnosticar por lo menos el 90% de las personas que viven con VIH, ofrecer tratamiento antirretroviral por lo menos al 90% de los diagnosticados, y alcanzar la indetectabilidad del virus por lo menos en el 90% de las personas tratadas.

En Colombia, para el año 2017 se reportaron 12.778 nuevos casos, de los cuales la mayoría se reportaron antes de tener síntomas. Por cada seis casos de personas con VIH apenas se reportó una persona con síntomas de SIDA. Para el año 2018, en el Valle del Cauca se reportaron 2067 casos nuevos, de los cuales 1795 (86,84%) casos corresponden al estadio VIH, 152 (7,35%) al estadio SIDA y 120 a muertes por SIDA, mostrando estos resultados mejoría en el diagnóstico temprano, dado que el año anterior se captó el 76% en estadio VIH, el 13% en estadio SIDA y el 9% en estadio final.

Se resalta que los municipios de procedencia que aportaron el 82,05% de la notificación de la carga de la enfermedad al departamento corresponden a los municipios de Cali, Palmira, Tuluá, Cartago, siendo, los de mayor riesgo por tener la prevalencia superior a la del departamento: La Cumbre, Cali, Tuluá, Cartago, Vijes, Caicedonia, Buga, Yumbo y Andalucía. Siendo la prevalencia del



departamento (43,46 casos por 100.000hab) superior a la del país (14 casos por 100.000 hab, dato preliminar). Se empleó la distribución de Poisson encontrando un incremento significativo ( $p=0.000$ ) para los municipios de Cali, Cartago, Guacarí, Jamundí, Obando, Palmira, Pradera, Sevilla y Tuluá.

Desde el punto de vista biológico, las investigaciones muestran que el riesgo de infectarse por el VIH durante una relación sexual vaginal no protegida es 2 a 4 veces más alto para la mujer que para el hombre. En comparación con el hombre, durante una relación sexual, la mujer tiene una mayor superficie de mucosa expuesta a las secreciones sexuales de su pareja. Además, el semen infectado contiene normalmente una concentración más alta de virus que los fluidos vaginales de la mujer y permanece más tiempo en la vagina y el tracto rectal, que las secreciones vaginales en el pene. Esto hace más eficiente la transmisión del hombre a la mujer que en sentido inverso. A pesar de lo anterior, los datos nacionales muestran una razón de masculinidad de 4:1 en 2017, similar al comportamiento del Departamento del Valle del Cauca, del total de casos notificados de VIH/sida y muerte por SIDA, un 78% pertenece al género masculino y un 22% al género femenino, lo que nos indica una razón 3,5:1 hombre/mujer.

Con relación a grupos de edad en Colombia en el primer semestre del año 2018, el 86% de los casos correspondió al grupo de 15 a 49. En El Valle del Cauca, el porcentaje correspondiente a este grupo de edad fue 84%, en términos de cursos de vida, en la juventud y la adultez (18 -59 años) se concentra el 92% de los casos (5). Lo cual sugiere un riesgo en personas económicamente activas o que se encargan con frecuencia del cuidado de población económicamente dependiente (niños y adultos mayores). Se resalta que las cifras en los menores de edad se logró la meta propuesta por las Naciones Unidas en su publicación Objetivos de Desarrollo del Milenio (6) en lo que corresponde a reducir el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos.

La transmisión vertical del VIH/SIDA constituye otro problema importante que preocupa la salud pública mundial. ONUSIDA informó que en el mundo 15,5 millones de mujeres vivían con el VIH a finales del 2007, lo que representó un aumento de más de un millón en comparación con el 2001. En 1992 habían nacido en África alrededor de 250.000 niños infectados por el VIH. En Estados Unidos las tasas de transmisión perinatal del SIDA fueron estimadas en 1991, en un 25 – 30%. En algunos países de esta zona, las tasas de prevalencia de mujeres embarazadas con VIH/SIDA oscilan entre el 8 y el 12 %, sin embargo, en Europa Occidental estas



tasas se encuentran entre un 0,6 y un 1%, siendo esta similar a la del Valle del Cauca durante el año 2018, se reportaron 0,9 gestantes que conviven con VIH por 1.000 nacidos vivos, la cual se encuentra por debajo a la del año pasado en el que se reportó una razón de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres embarazadas de 1,16.

En varios estudios se ha demostrado que la prevalencia de VIH es más alta en la población clave, que la población general. La población clave hace referencia a los hombres que tienen sexo con otros hombres, a las mujeres transgénero, a las mujeres trabajadoras sexuales, a las personas privadas de la libertad, a las personas en situación de calle, a las personas que se inyectan drogas (PID)

En la mayoría de los países, la epidemia del VIH sigue en aumento en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En las grandes zonas urbanas, la prevalencia de la infección por el VIH que se registra en este grupo es, por término medio, 13 veces mayor que la registrada en la población general (7). Uno de los motivos de esta alta prevalencia podría ser que la transmisión del VIH a través de las relaciones anales sin preservativo, es más eficaz que a través de las relaciones vaginales sin preservativo; además, las relaciones anales receptivas sin protección, el número alto de compañeros varones y el consumo concomitante de drogas inyectables constituyen riesgos a nivel individual (8, 9, 10). En el Valle del Cauca se observó en el año 2018, que el 98,55% de los casos de VIH/SIDA se presentó en personas heterosexuales, homosexuales y bisexuales.

A nivel mundial, se calcula que la prevalencia de la infección por el VIH, las infecciones de transmisión sexual, las hepatitis B y C, y la tuberculosis de los grupos reclusos en prisión es dos a diez veces mayor que la correspondiente a la población general (11). La mayor prevalencia de la infección por el VIH y el mayor riesgo de contraer la infección se observa tanto en las personas reclusas en prisión como en el personal penitenciario y su familia en muchos entornos (12), en el Valle del Cauca el 1,6% (33/2067) de los casos nuevos notificados en el 2018, corresponde a personas privadas de la libertad.

Conjuntamente con la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial, se ha calculado que, en el 2012, cerca de 12,7 millones (rango: 8,9-22,4 millones) de personas de todo el mundo se habían inyectado drogas recientemente y que, de esa cifra, 1,7 millones de personas (13,1%; rango: 0,9-4,8 millones) estaban infectadas por el VIH. Según los datos provenientes de 49 países, las personas que consumen drogas inyectables están expuestas, en promedio, a un riesgo 22 veces superior



de contraer la infección por el VIH que la población general. En once de estos países, el riesgo es al menos 50 veces mayor. En Europa oriental, las personas que consumen drogas inyectables y sus compañeros sexuales registran el 40% de las nuevas infecciones por el VIH (3). En el Valle del Cauca, para el año 2018 se reportaron 14 (0,68%) casos de VIH/SIDA en personas que se inyectan droga.

En Colombia las relaciones sexuales entre hombres también son el principal factor de transmisión del VIH, se ha observado recientemente una prevalencia del 10-18% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varias ciudades. Las relaciones sexuales remuneradas no protegidas constituyen otro factor fundamental, de modo que, en 2006, se registró prevalencias del VIH del 3,3% y 5% entre profesionales femeninas del sexo de Barranquilla, en la costa caribeña. Esta cifra es considerablemente mayor que la prevalencia del 0,7% registrada en un estudio de 2002 entre profesionales del sexo de la capital, Bogotá.

Por otro lado, en cuanto a las enfermedades prevalentes asociadas al VIH/SIDA, se encontró para este análisis que el síndrome de emaciación, la toxoplasmosis cerebral, candidiasis esofágica, neumonía por pneumocystis, neumonía recurrente, encefalopatía por VIH tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, son las más frecuentes; la tuberculosis ocupó el quinto lugar, lo que quiere decir que al 1,45% (30/2067) de las personas que conviven con VIH (PVVS) se les reportó infección con TB, siendo esta inferior a la prevalencia de coinfección de las personas con VIH/SIDA reportada por Murcia y cols. (14) quienes informaron una prevalencia de TB igual a 2,6% (43/1.622) sugiriendo utilizar cultivos de múltiples fluidos en vez de la práctica habitual de uno solo (esputo). Por otro lado, García y cols. reportaron 113 PVVS coinfectados con TB. Es importante aclarar que en la base de datos 850, no se reportan los casos con diagnóstico nuevo de TB, si este ya había sido notificado en años anteriores.

Por todo lo que ya se ha discutido, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) han sido consideradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales. Se estima que el manejo del VIH /SIDA ha comprometido en los últimos años el 0,5% del gasto en salud del país y cerca del 1% del gasto en seguridad social en salud (Rossi, Sáenz y Vargas, 2002).



## 6. CONCLUSIONES

- De acuerdo a los datos analizados se puede concluir que la infección por VIH ha cambiado, en el Departamento del Valle del Cauca: ha dejado de ser una enfermedad de homosexuales y drogadictos, y actualmente es la enfermedad que más impacta a la población joven, incluyendo las mujeres en edad fértil, lo que le confiere una mayor trascendencia demográfica y social.
- Se observa que en los últimos años la notificación de los casos de VIH/SIDA, ha sido similar, manteniéndose cercana la relación hombre/mujer de 3,5:1, siendo el mecanismo de transmisión sexual el que aporta el mayor número de casos con un 99% y por los grupos de edad el de 18-28 y 29-59 años con un 92%.
- Llama la atención que el 5,27% (109) de la PVVS no tiene reportado afiliación al sistema de seguridad social, esta variable el año anterior estaba en 12,3%, lo que quiere decir, que ha mejorado la afiliación de los no asegurados aptos, la gestión para el aseguramiento y la gestión del riesgo.
- Por otro lado, y con respecto a la calidad del dato, se observan aun inconsistencias en las bases de datos, casos de gestantes y recién nacidos que no cumplen la definición de caso, variables incompletas, como la semana de gestación al momento del diagnóstico, falta de coherencia entre las variables, como por ejemplo en la variable población migratoria, esta se encuentra reportada afirmativa pero en el municipio de procedencia aparecen los municipios del Valle del Cauca, los pacientes que están reportados como estadio 3 deben coincidir con los registrados en la variable condición final 2 (muertos) y se encontró una diferencia de 17 registros, de igual manera los pacientes que tienen marcada alguna enfermedad oportunista y/o coinfección deben ser notificados en estadio 2 o 3 si el paciente falleció, y se observa una diferencia de 14 casos entre estos casos.

## 7. RECOMENDACIONES

- Se observan aun inconsistencias en las bases de datos, por lo tanto, es muy importante trabajar en el mejoramiento de la calidad del mismo, desde el



diligenciamiento de la ficha hasta la notificación al SIVIGILA, ya que los datos solicitados en la ficha son indispensables para cumplir con los requerimientos de información sobre el evento, y así lograr información veraz para orientar mejor las acciones de prevención.

- Es importante seguir reforzando el conocimiento sobre el protocolo en los municipios, teniendo en cuenta los algoritmos diagnósticos de la GPC del 2014.
- De igual manera, se recomienda fortalecer desde los servicios amigables las acciones de educación en jóvenes desde los 10 años sobre conductas sexuales de riesgo y proyecto de vida.
- En el Valle del Cauca se encuentran 9 municipios con la mayor problemática, el grupo de edad más afectado corresponde al de 15 a 49 años y son los hombres los más afectados por la infección; estos municipios y este grupo de edad es donde se deben reforzar de manera prioritaria las estrategias de promoción de salud y prevención de la enfermedad para la contención del evento, como el correcto uso de métodos de protección seguros y comprobados como el preservativo.

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Vargas-Córdoba M. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sida. In: *Virología Médica*. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2002. p. 185- 223.
2. Instituto Nacional de Salud. *PROTOCOLO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH-SIDA*. Bogotá: INS, (2015).
3. Monitoreo Global del Sida 2017, ONUSIDA y datos reportados por los países a la OPS
4. Instituto Nacional de Salud. (2018). *INFORME DEL COMPORTAMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN DE VIH-SIDA*. Bogotá: INS.
5. Luque. R, Cuellar D. (2016). Prevalencia estimada de VIH- SIDA entre la población de 15 y 49 años. Entidad: Ministerio de Salud y Protección Social



6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Colombia 2014. Bogotá, D.C.: PNUD; 2014 [cited 2016 Mar 3]. Available from: <https://goo.gl/hVM9OX>
7. World AIDS Day Report 2012. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA, 2012 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434\\_worldaidsday\\_results\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaidsday_results_en.pdf), consultado el 25 de febrero del 2014).
8. Beyrer C et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 2012, 380(9839):367-377 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60821-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60821-6/abstract), consultado el 25 de febrero del 2014).
9. Hladik F, McElrath MJ. Setting the stage: host invasion by HIV. *Nature Reviews Immunology*, 2008, 8(6):447-457 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2587276/pdf/nihms51727.pdf>, consultado el 01 de mayo del 2014).
10. Royce RA et al. Sexual transmission of HIV. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336:1072-1078
11. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf), consultado el 25 de febrero del 2014).
12. Recommendation concerning HIV and AIDS and the world of work, 2010 (No. 200). Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2010 ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/normativeinstrument/wcms\\_194088.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/normativeinstrument/wcms_194088.pdf), consultado el 25 de febrero del 2014).
13. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Convenio 168 – Componente VIH. Panorama del VIH/SIDA En Colombia, 1983-2010. Un



Análisis de Situación. Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social.

14. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. 2008. [Acceso: 17 diciembre 2008]. Disponible en: <http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1510.2008GlobalReporten.zip>



## **INFORME DE EVENTO SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA VALLE DEL CAUCA, 2018**

*Claudia Yaneth Hernández Arango  
Referente evento sífilis gestacional y congénita  
Equipo de Vigilancia Epidemiológica  
Subsecretaria de Salud Pública  
Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca*

### **1. INTRODUCCIÓN.**

El CDC reportó 30.644 casos de sífilis en EE.UU en población general lo que generó un incremento del 76% en el año 2017 con respecto al año anterior (<https://www.cdc.gov/nchhstp/>). Por otro lado, La Organización Mundial de la Salud estima que cada año hay medio millón de niños nacidos con sífilis congénita (SC) y medio millón de mortinatos y abortos por esta causa (1); la tasa de SC en menores de 1 año se incrementó en un 2 % pasando de 0,08 casos por 1000 nacimientos (Nacimientos + mortinatos) en 2005 a 0,11 casos en 2008 (2), durante los años 2008-2012 disminuyeron de 0,11 a 0,08 (334) casos por 1000 Nacimientos, y luego aumentó a 0,16 (458) casos por 1000 Nacimientos en 2014, siendo esta la tasa más alta reportada desde el año 2001.

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica de transmisión sexual, sanguínea y perinatal, exclusiva del humano como único reservorio, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas (OPS., 2009); a través de la placenta, el treponema puede infectar al feto incluso antes de la 14 semana de gestación (3). El estadio de la infección materna, el grado de espiroquetemia, la duración de la exposición en el útero y la edad gestacional son factores que determinan la infección fetal (3,4). Ésta es una enfermedad que constituye un importante problema de salud pública ya que puede precipitar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves y un alto costo humano, social y económico para los pacientes y sistema de salud (OPS., 2009, pág. 2).

Si la madre se infecta en las primeras semanas de gestación, se puede producir aborto (5); si la madre tiene sífilis temprana la probabilidad de infección fetal es casi del 100 % (4). Si el feto se infecta, solo un pequeño porcentaje nace sano, del 40 al 50 % fallece in útero y del 30 a 40% nace con sífilis congénita (SC), siendo los 2/3 partes asintomáticos (6,7). Si bien es cierto que la sífilis materna es una de las causas de muerte perinatal se ha demostrado que la SC es una enfermedad que se puede prevenir si se detecta y trata tempranamente a la gestante. (6,8-11).

Colombia, en la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994, se propuso disminuir la incidencia de SC a menos de 0,5 casos por 1 000 NV antes del año



2000; a pesar de todos los esfuerzos de los diferentes sectores involucrados en el seguimiento y control de dichos eventos, no se ha logrado alcanzar esta meta, la incidencia ha venido disminuyendo ha pasado de 3,2 por 1 000 NV en el año 2009 a una incidencia de 1,41 por 1 000 NV en el año 2017. (Informe primer semestre de 2018 del INS).

La sífilis gestacional y congénita es un problema de salud pública no sólo en Colombia si no en América Latina y el Caribe, pese a que la mayoría de países tienen políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva que normatizan las acciones de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de nuevos casos durante el control prenatal, a pesar de que el tratamiento con penicilina benzatínica promovido por La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene 95 a 100% de efectividad y es de bajo costo, en los últimos cuatro años su impacto en la reducción de nuevos casos ha sido casi nulo (4). La aparición de casos de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias de orden estructural y técnico en los servicios de salud ya que aunque se pueda encontrar una cobertura aceptable (mayor del 50%) y a pesar de tener servicios de control prenatal, tecnología adecuada, conocimiento del comportamiento epidemiológico de la enfermedad, de los mecanismos de transmisión, del diagnóstico y la terapéutica; el estudio y seguimiento de las pacientes y sus contactos así como las acciones para prevenir la enfermedad, ésta no se ha controlado. A estas falencias se suma un diligenciamiento incompleto de las historias clínicas, programas de atención en infecciones de transmisión sexual inadecuados, desconocimiento por parte de las profesionales del equipo de salud de los protocolos de atención, barreras de acceso a los servicios de control prenatal para las pacientes y fraccionamiento en la atención que impide el seguimiento de las pacientes tratadas y de los contactos. Esto conlleva a que una enfermedad que debería haber desaparecido o por lo menos estar controlada constituya en pleno siglo XXI un problema grave de salud pública.

En el Valle del Cauca en el año 2018 se incrementó la notificación de los casos de sífilis gestacional en un 16,17% y de sífilis congénita en un 4,2%, con respecto a la notificación del año inmediatamente anterior. A continuación, se presenta una descripción de las variables clínicas y sociodemográficas más importantes de estos eventos, además se realiza un análisis de los indicadores del protocolo del Instituto Nacional de Salud (INS), esto con el objeto de dar a conocer a la comunidad científica y civil el comportamiento del evento en el departamento y así generar estrategias complementarias que apunten a la disminución y control del riesgo de nuevas infecciones.



## 2. OBJETIVOS

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

## 3. MÉTODOS

Para el análisis de los eventos en mención se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, a partir de fuente secundaria del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA). Se realizó depuración de las bases de datos 740 y 750 retroalimentadas por el INS de la semana 01 hasta la semana 52 del año 2018 con cierre a 25 de abril de 2019 y se realiza un comparativo con el histórico del evento; en el análisis descriptivo, se tomaron como ejes fundamentales las variables de tiempo, lugar y persona. En cuanto a la variable lugar, se consideró como unidad de análisis los municipios de residencia de los casos del Valle del Cauca y el área de ocurrencia del caso. En el componente de persona, se realizó un análisis descriptivo considerando las variables edad (se agrupó en cursos de vida), tipo de régimen en salud, pertenencia étnica, así como, otras variables de interés empleadas para evaluar condición al momento del diagnóstico e inicio de tratamiento, tratamiento a contactos, edad gestacional al ingreso al control prenatal (CPN) y edad gestacional al momento del diagnóstico de la madre y edad gestacional al nacer para los casos de sífilis congénita, las cuales se encuentran incluidas en la ficha de notificación. Además, se muestran los resultados de las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y la cualitativas con proporciones, mediante tablas y gráficos, obtenidas de los datos de las tablas dinámicas en Excel.

En la depuración de la base de datos solo se dejaron los registros que cumplieran con las siguientes definiciones de caso:

- **Sífilis Gestacional:** Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (como por ejemplo úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.
- **Sífilis Congénita:** Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

1. Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la



sífilis congénita, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato. Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de Penicilina benzatínica de 2´400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.

o

2. Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno.

o

3. 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

4. Todo fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de autopsia.

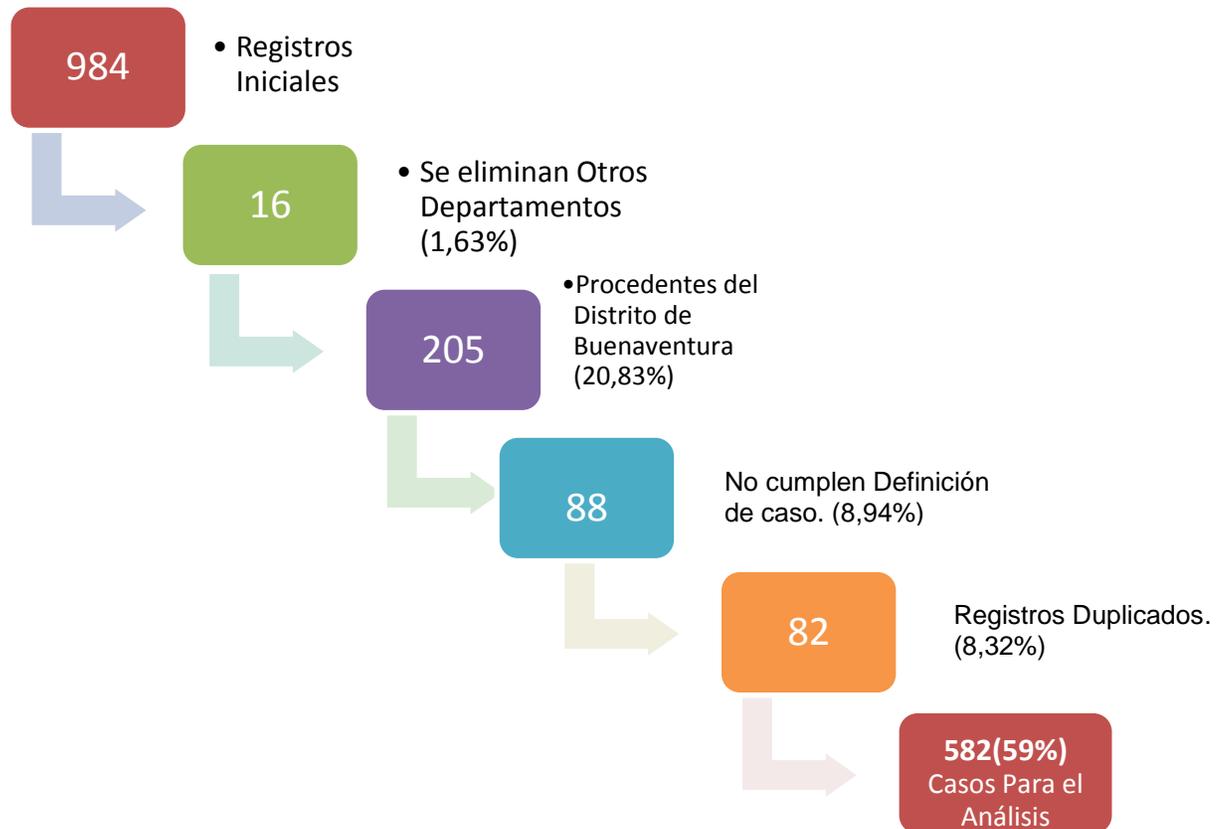
Los indicadores a tener en cuenta son:

1. Incidencia de sífilis congénita
2. Porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso.
3. Proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional
4. Razón de prevalencia de sífilis gestacional

### **HALLAZGOS SÍFILIS GESTACIONAL EN LA DEPURACIÓN BASE DE DATOS**

- De los 984 registros de la base de datos retroalimentada por el INS al Departamento del Valle del Cauca al 23 de abril del año 2019, con corte a semana 52 del año 2018, no se tuvieron en cuenta para el análisis: 82 registros duplicados, 16 registros que pertenecen a otros departamentos de residencia, 205 pacientes que proceden del Distrito de Buenaventura, 11 registros descartados y 88 registros que no cumplen definición de caso (59 no tienen la prueba treponémica, 9 tienen la prueba treponémica negativa y 20 no tienen la prueba no treponémica). Finalmente quedaron 582 registros.
- En el año 2018 se notificaron 582 casos de los cuales un 17,17% (100 casos) fueron de notificación tardía.

**Grafica 1.** Flujograma de los registros seleccionados para el análisis de Sífilis Gestacional. Valle del Cauca, 2018.



En total se descartaron para el análisis el 41% (402 casos) de los registros. De los casos descartados que No cumplen con la definición operativa de caso, se describen las siguientes razones:

- ✓ 59 (6%) de las Gestantes notificadas residentes en el Valle del Cauca no le reportaron la prueba treponémica, lo que quiere decir de una manera indirecta, que estas UPGD no son adherentes al algoritmo diagnóstico de la GPC del año 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ A 20 (2.03%) de las Gestantes no le realizaron prueba no treponémica, por lo tanto, no se sabe si realmente se trata de una infección nueva en estas gestantes o es una cicatriz inmunológica, ósea una infección tratada.
- ✓ 9 (0,91%) de las Gestantes registradas tienen el resultado de la prueba treponémica negativo, lo que quiere decir que la prueba No treponémica está dando un falso positivo ya sea por la misma condición del embarazo



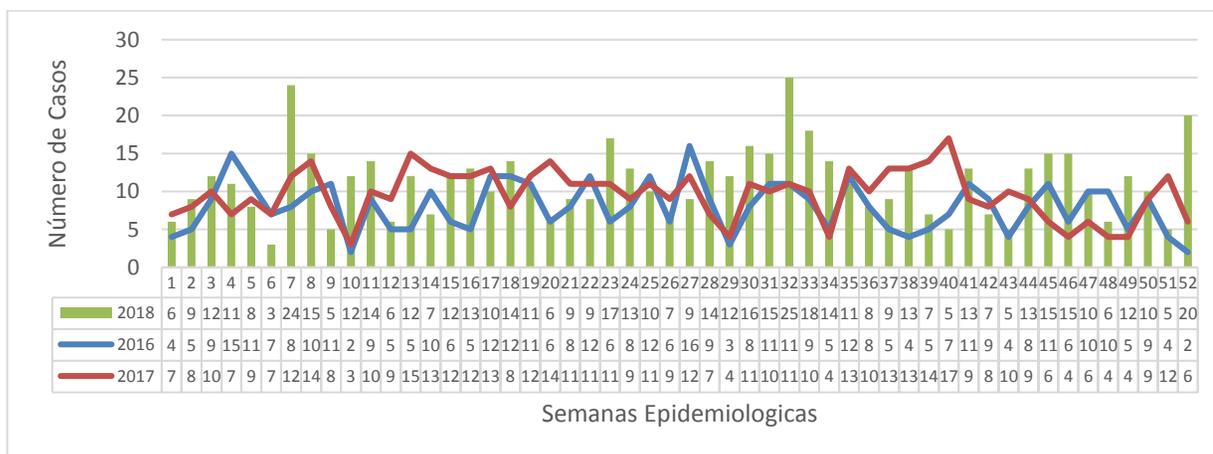
o por alguna otra enfermedad relacionada con alteración de los fosfolípidos.

#### 4. RESULTADOS

##### 4.1 Comportamiento de la notificación

En los últimos años en el Departamento del Valle del Cauca se muestra una disminución en la notificación de los casos de sífilis gestacional, pasando de una razón de prevalencia de 13,3 casos por 1000 NV en 2012 a **12,5 casos por 1000 nacimientos en el 2018**, sin embargo, cuando se compara el año 2018 con el año inmediatamente anterior se observa un incremento en el número de casos del 16,17% (10,53 casos por 1000 NV en 2013, 13,2 casos por 1000 NV en 2014, 12,3 casos por 1.000 NV en el 2016, 10,25 casos por 1000 nacimientos en el 2017 y 12,5 casos por 1.000 nacimientos en el 2018).

**Gráfica 2.** Comportamiento de la notificación de sífilis gestacional por semana epidemiológica, Valle del Cauca, 2016–2018



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

##### 4.2 Magnitud por lugar y persona (datos básicos)

Con respecto al análisis de lugar, se tiene que los Municipios de Cali, Palmira, Cartago, Tuluá, y Jamundí aportan un 82% de la carga de la enfermedad en el Departamento del Valle del Cauca, por lo tanto son los Municipios que requieren mayores recursos para captación, detección temprana y tratamiento de las gestantes.





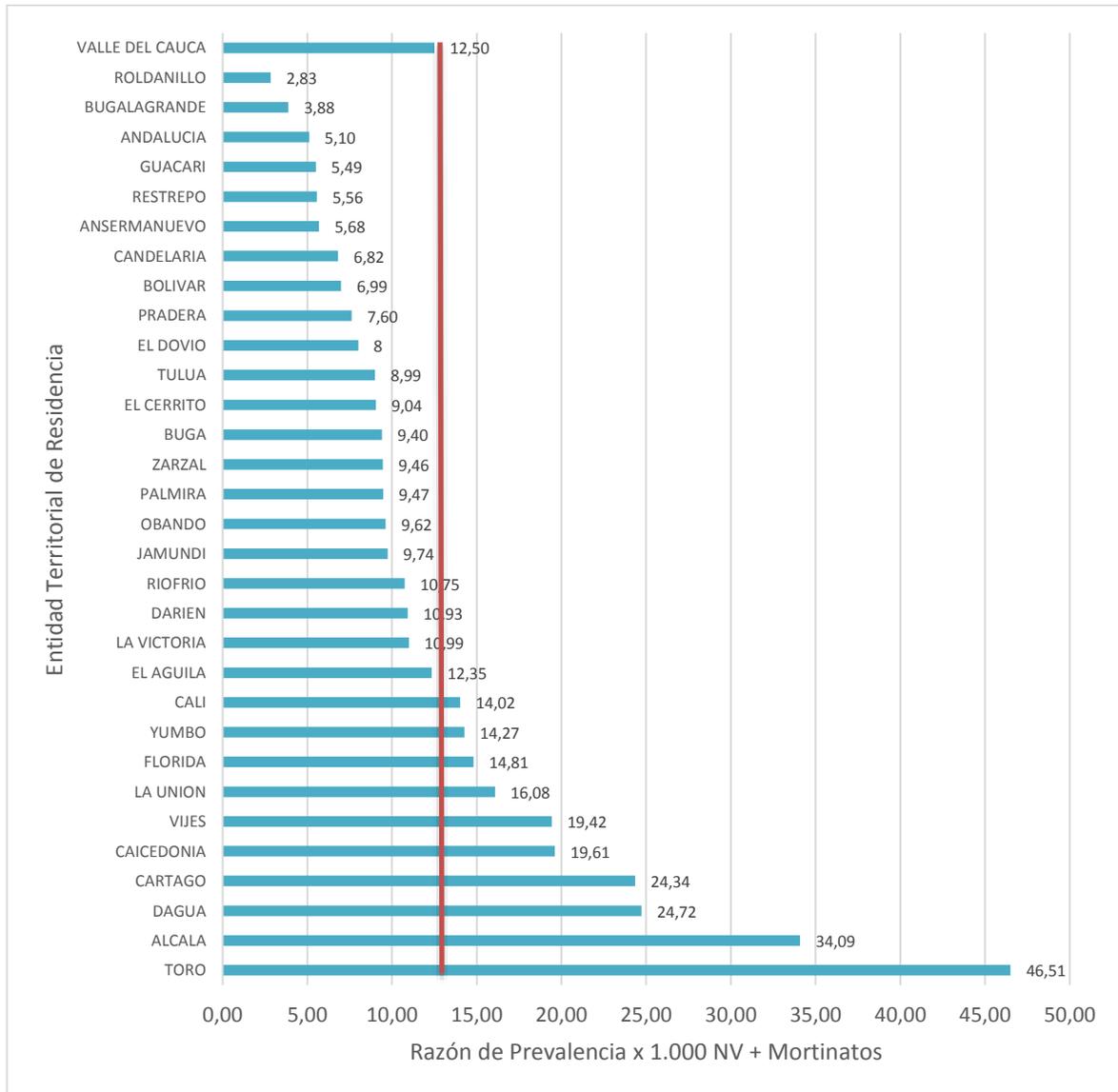
**Tabla 1.** Casos de Sífilis Gestacional por Municipio de Residencia, Valle del Cauca, año 2018

Municipio de Residencia	N° de Casos	%
Cali	380	65,29
Palmira	34	5,84
Cartago	25	4,30
Tuluá	21	3,61
Jamundí	17	2,92
Yumbo	17	2,92
Buga	12	2,06
Dagua	11	1,89
Florida	10	1,72
Candelaria	7	1,20
Toro	6	1,03
El Cerrito	5	0,86
La Union	5	0,86
Pradera	4	0,69
Zarzal	4	0,69
Alcalá	3	0,52
Caicedonia	3	0,52
Darien	2	0,34
Guacarí	2	0,34
Riofrío	2	0,34
Vijes	2	0,34
Andalucia	1	0,17
Ansermanuevo	1	0,17
Bolívar	1	0,17
Bugalagrande	1	0,17
El Águila	1	0,17
El Dovio	1	0,17
La Victoria	1	0,17
Obando	1	0,17
Restrepo	1	0,17
Roldanillo	1	0,17
Valle del Cauca	582	100,00

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

En la gráfica podemos observar que el Departamento del Valle del Cauca para el año 2018 presentó una razón de prevalencia de 12,5 casos de sífilis gestacional por 1.000 nacimientos. Los municipios que superan la Razón de prevalencia del Departamento son: Alcalá, Cali, Yumbo, Florida, La Unión, Vijes, Caicedonia, Cartago, Dagua y Toro. y Zarzal. Se puede concluir que el 32,26% de los municipios que notificaron sífilis gestacional superaron la razón de prevalencia del departamento.

**Gráfica 3.** Comportamiento de la Razón de prevalencia por Entidad Territorial de Residencia, Valle del Cauca, año 2018.



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

Respecto a la distribución del número de casos de sífilis gestacional notificados al SIVIGILA en el departamento del Valle del Cauca para el año 2018, se observó una concentración de los casos en el municipio de Santiago de Cali probablemente relacionado con el tamaño poblacional y con la disponibilidad de ayudas





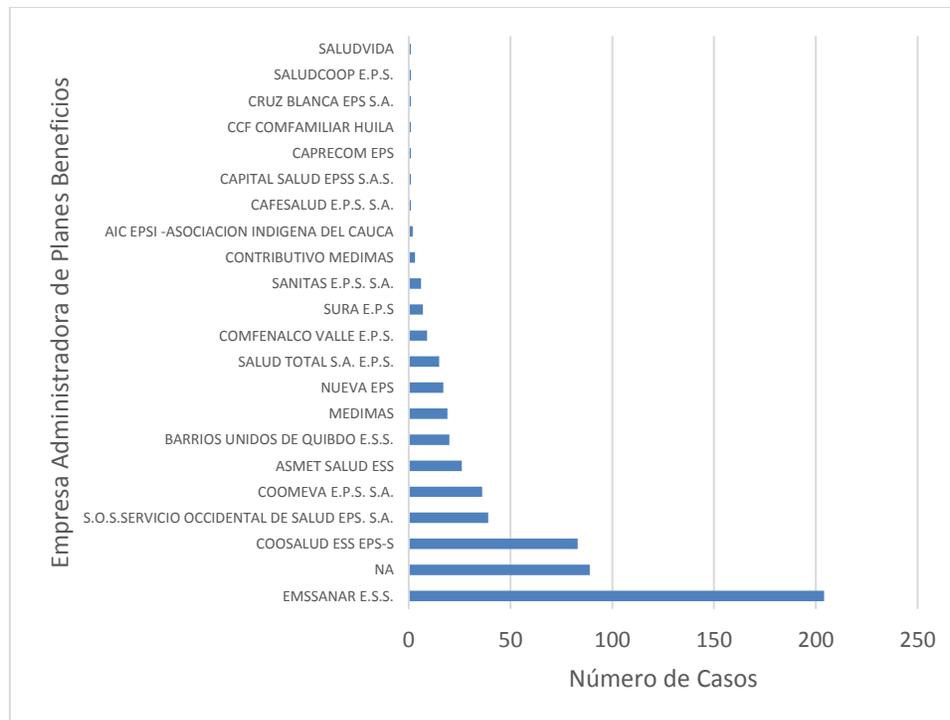
**Tabla 2.** Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis gestacional, Valle del Cauca, año 2018.

Variable	Categoría	Casos de sífilis gestacional	%
Curso de Vida	<14 años	0,00	0
	Adolescencia: 12 -17 Años	64	11,00
	Juventud: 18-28 Años	352	60,48
	Adultez: 29- 44 Años	166	28,52
	45 y + años	0	0,00
Área de Ocurrencia	Cabecera municipal	534	91,75
	Centro poblado	35	6,01
	Rural disperso	13	2,23
Tipo de régimen	Subsidiado	360	61,86
	Contributivo	155	26,63
	No asegurado	67	11,51
	Otros	446	76,63
Pertenencia étnica	Afrocolombiano	123	21,13
	Indígena	7	1,20
	ROM, gitano	3	0,52
	Raizal	3	0,52
	Desplazadas	4	0,69
Poblaciones especiales	Migrantes	15	2,58

Fuente: Sivigila Secretaría Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

Emssanar, Coosalud, SOS, Coomeva, Asmetsalud, Barrios Unidos, Medimas, Nueva EPS, Salud total Comfenalco y SURA reúnen el 82% de los casos, como se observa en la gráfica 4.

**Gráfica 4.** Distribución de casos de sífilis gestacional por Entidades administradoras de planes de beneficios, Valle del Cauca, año 2018.



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

Al cruzar la información del SIVIGILA con el RUAF se encontró que el 5,15% (30 casos) de las gestantes notificadas con sífilis terminó en muerte fetal y 0,34% (2 casos) en muerte perinatal tardía.

Durante el Año del año 2018 no se notificaron casos de mortalidad materna atribuible a la infección por sífilis gestacional.

#### 4.3 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 92 % de los casos (534) fueron diagnosticados durante el embarazo, el 4% (22) en el parto, el 3,26 % (19) en el puerperio y el 1,2 % (7) en el post aborto.

De las 582 mujeres gestantes incluidas en la base de sífilis, 514 (88,32 %) tuvieron control prenatal, quedando 68 (11,68 %) sin dicha atención.

De las gestantes que tuvieron control prenatal, solamente el 55,45 % lo iniciaron en primer trimestre, al 46,5 % se les realizó la prueba treponémica y al 46,3 % la prueba no treponémica en este mismo trimestre. La siguiente es la distribución por

semana gestacional al inicio del control y a la toma de pruebas de laboratorio (ver tabla 3).

**Tabla 3.** Edad gestacional al inicio del CPN y a la toma de pruebas de laboratorio en los casos de sífilis gestacional, Valle del Cauca, año 2018

Edad Gestacional	Inicio de Control Prenatal		Toma de Prueba Treponémica		Toma de Prueba No Treponémica	
	N° de Casos	%	N° de Casos	%	N° de Casos	%
Primer Trimestre	285	55,45	239	46,50	238	46,30
Segundo Trimestre	182	35,41	175	34,05	179	34,82
Tercer Trimestre	47	9,14	100	19,46	97	18,87
Total	514	100,00	514	100,00	514	100,00

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

Se observa que, de las 582 gestantes, el 23% (133) de los casos fueron diagnosticados en tercer trimestre (ver tabla 4).

**Tabla 4.** Edad gestacional al diagnóstico en los casos de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 24, 2018

Edad gestacional al diagnóstico		
Edad gestacional	N° de Casos	%
Primer Trimestre	249	42,78
Segundo Trimestre	200	34,36
Tercer Trimestre	133	22,85
Total	582	100,00

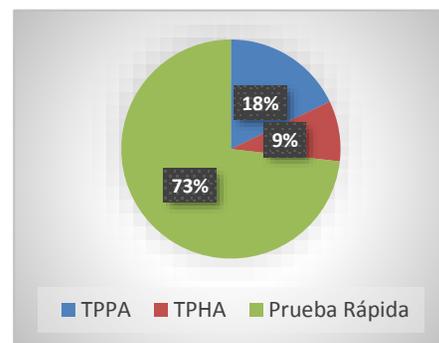
Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

Otra variable importante para analizar es la utilización de pruebas rápidas, ya que, a pesar de que, en las GPC del 2014, tienen un grado de recomendación fuerte a favor, éstas aún no se ha implementado en todas las instituciones, dado que esto depende de las negociaciones con las EAPB y de la voluntad administrativa de los gerentes. De las 582 gestantes notificadas en el Valle del Cauca para el año 2018 con sífilis gestacional, se diagnosticaron con prueba rápida el 73% (426), cifra superior a la del año anterior, 53,5% (268). Los municipios con la proporción de uso más bajo de pruebas rápidas (por debajo de la proporción de uso del Departamento) son: Buga, Candelaria, Darién, Florida, Pradera, Palmira, Yumbo y Zarzal.



**Tabla 5.** Tipo de prueba treponémica utilizada para el diagnóstico de sífilis gestacional, Valle del Cauca, año 2018

Municipio de Residencia	TPPA	TPHA	Prueba Rápida (PR)	Total	Proporción de Uso de PR
Alcala			3	3	100
Andalucia			1	1	100
Ansermanuevo			1	1	100
Bolivar			1	1	100
Buga	2	2	8	12	66,67
Bugalagrande			1	1	100
Caicedonia			3	3	100
Cali	70	26	284	380	74,74
Candelaria	2	1	4	7	57,14
Cartago	1	2	22	25	88
Dagua	3		8	11	72,73
Darien	2			2	0
El Aguila			1	1	100
El Cerrito		1	4	5	80
El Dovio			1	1	100
Florida	4		6	10	60
Guacari			2	2	100
Jamundi	1	2	14	17	82,35
La Union	1		4	5	80
La Victoria			1	1	100
Obando			1	1	100
Palmira	7	15	12	34	35,29
Pradera		2	2	4	50
Restrepo	1			1	0
Riofrio			2	2	100
Roldanillo		1		1	0
Toro			6	6	100
Tulua	1		20	21	95,24
Vijes			2	2	100
Yumbo	7		10	17	58,82
Zarzal	2		2	4	50
Valle del Cauca	104	52	426	582	73,20



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

De las 514 gestantes que tuvieron control prenatal, el 95,91 % (493 casos) recibió tratamiento con penicilina benzatínica. Al 38,54 % (190) de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 3,85 % (19) dos dosis y al 58% (284) tres dosis. Lo más preocupantes es que independientemente de si realizó control prenatal 30 gestantes no tienen registro de suministro de tratamiento, a



pesar de que el 83,34% (25 gestantes) de estas tenían las pruebas positivas desde los dos primeros trimestres del embarazo.

Solamente al 59,28 % (345) de los contactos sexuales de las 582 gestantes con sífilis, se les administró tratamiento para sífilis. Los municipios con proporción de tratamiento a contactos por debajo al Departamento son Ansermanuevo, Bugalagrande, Caicedonia, Cali, Cartago, Darién, Guacarí, La Victoria, Obando, Pradera, Restrepo y Toro. La situación por entidad territorial es la siguiente (ver tabla 6).

**Tabla 6.** Tratamiento de contactos sexuales de mujeres gestantes diagnosticadas con sífilis, Valle del Cauca, año 2018

Municipio De Residencia	Tto a Contactos	Nº Total de Casos de SG	Proporcion de Gestantes con Contactos Tratados
Alcalá	2	3	66,67
Andalucía	1	1	100
Ansermanuevo		1	0
Bolívar	1	1	100
Buga	9	12	75
Bugalagrande		1	0
Caicedonia	1	3	33,33
Cali	206	380	54,64
Candelaria	6	7	85,71
Cartago	11	25	44
Dagua	9	11	81,82
Darién		2	0
El Águila	1	1	100
El Cerrito	4	5	80
El Dovio	1	1	100
Florida	8	10	80
Guacarí	1	2	50
Jamundí	12	17	70,59
La Unión	4	5	80
La Victoria		1	0
Obando		1	0
Palmira	25	34	73,53
Pradera	1	4	25
Restrepo		1	0
Riofrío	2	2	100
Roldanillo	1	1	100
Toro	2	6	33,33
Tuluá	15	21	71,43
Vijes	2	2	100
Yumbo	16	17	94,12



Zarzal	4	4	100
Valle del Cauca	345	582	59,28

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

#### 4.4 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

##### Razón de prevalencia de Sífilis Gestacional

Por cada 1000 Nacimientos en el año 2018, se presentaron 12,5 casos de sífilis en gestantes, presentando un incremento de 2,24 puntos porcentuales.

**Tabla 7.** Razón de Prevalencia de Sífilis Gestacional, Valle del Cauca, 2017-2018.

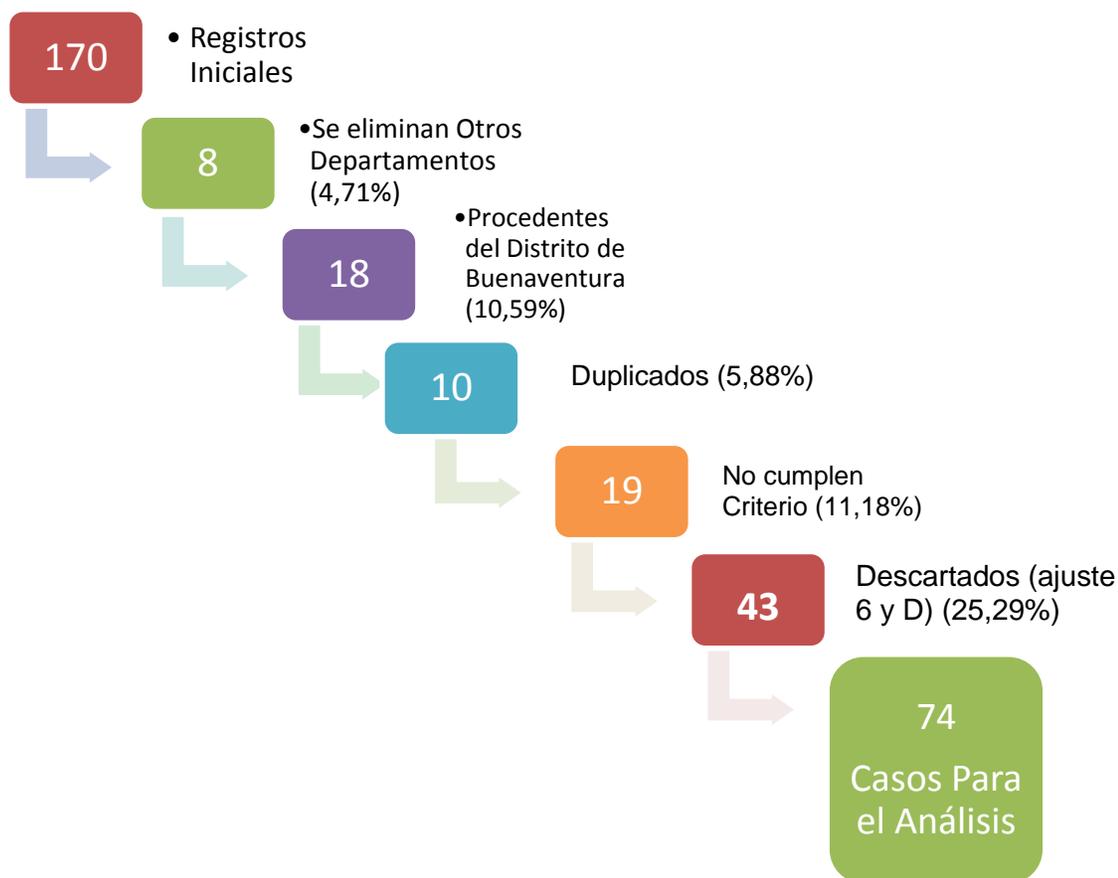
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Razón de prevalencia de Sífilis Gestacional	Casos de Sífilis Gestacional notificados	Nacimientos DANE	1.000	
2017	501	48848	1.000	10,26
2018	582	46550	1.000	12,5

Fuente: Sivigila 2017-2018 – RUAF Nacimientos 2018.

Los datos del denominador son del año 2018 con corte 25/04/2019 para Nacimientos y para mortinatos.

#### HALLAZGOS SÍFILIS CONGÉNITA

Se recibió en la semana epidemiológica 16 del año 2019 por parte del grupo Sivigila del INS la retroalimentación de la base de datos de casos notificados de sífilis congénita con corte a semana 52 de 2018, una vez depurada y analizada la base, quedan 74 (43,53%) registros finales que cumplen con las definiciones de caso y con los cuales se realiza el análisis descriptivo. A continuación, se describe el proceso de depuración de la base de datos:



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2017

Al revisar la calidad del dato por entidad territorial notificadora, se encontraron errores en la clasificación de los casos, en un 51,35% (38 registros) los cuales fueron ajustados por la UPGD correspondiente, de acuerdo a la solicitud realizada por la Secretaría de salud Departamental, en un 59% (22 registros), además se descartaron 43 (25,29%) registros cuyas madres no cumplían definición de caso. Sin embargo, para el análisis se tiene en cuenta la definición del tipo de caso, que de acuerdo a las variables registradas en la base de datos cumplan con los criterios para la definición de caso, de acuerdo a los protocolos del INS.

Se encontraron 23 (31,08%) registros con tipo de caso por laboratorio y solo el 13,04% (3 registros) cumplen criterio; 15 (20,27) por clínica y 36 (48,65%) Por nexo epidemiológico de los cuales el 83,33% (30 casos) cumplen criterio de nexo epidemiológico. Los casos que no cumplen con la definición de caso, pueden deberse a deficiencias en la notificación y al desconocimiento de las nuevas definiciones de caso a pesar de las múltiples asistencias técnicas realizadas por la Secretaria de Salud Departamental. En el siguiente cuadro se observa la distribución de notificación por municipio de notificación:



**Tabla 8.** Distribución de la Notificación de los casos de Sífilis Congénita por Entidad Territorial Notificadora y Cumplimiento de la definición Operativa del Tipo de Caso, Valle del Cauca 2018.

Municipio Notificador	Laboratorio Clínico				Nexo Epidemiológico				Clínica			
	No	Si	Total General	% de Cumplimiento	No	Si	Total General	% de Cumplimiento	No	Si	Total General	% de Cumplimiento
Buga						2	2	100		1	1	100
Caicedonia	1		1	0								
Cali	8	2	10	20	5	20	25	80	10	2	12	16,67
Cartago	2		2	0	1		1	0				
La Union	1		1	0								
Florida						1	1	100				
Palmira	5		5	0		2	2	100				
Toro						1	1	100				
Tuluá	3	1	4	25		1	1	100	1		1	0
Risaralda						3	3	100	1		1	0
<b>Valle del Cauca</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>13,04</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	<b>83,33</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>20</b>

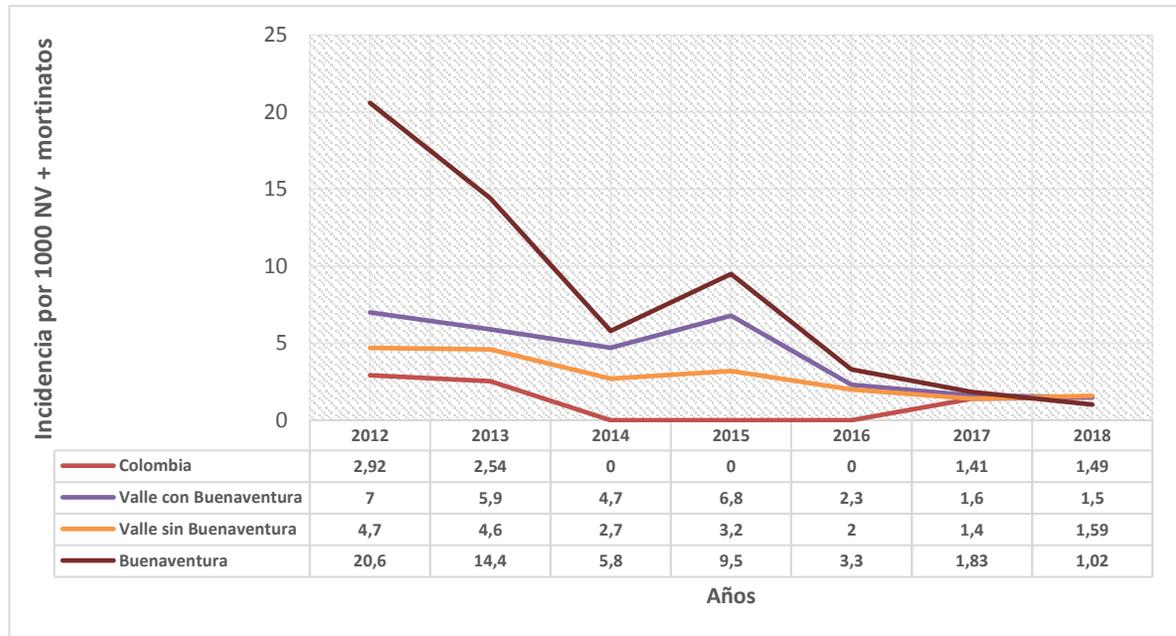
Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

### Comportamiento de la notificación

La incidencia Nacional en el 2010 fue de 3,09 casos por 1000 NV y ha venido disminuyendo hasta llegar a 1,41 casos por 1000 NV en el 2017, a nivel del departamento el comportamiento ha sido similar pero a mayor proporción, en el 2012 fue de 6,09 casos por 1000 NV, en los años 2014, 2015 y 2016 se mantuvo casi estable, 3,3 casos por 1000 NV y ha venido disminuyendo hasta llegar a 1,4 casos por 1000 Nacimientos (en el denominador se ha tenido en cuenta los mortinatos) en el año 2017; lo que muestra que pese a la disminución de los casos, no se han cumplido las metas planteadas en el Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita 2011-2016 a nivel nacional, pero si se ha logrado la meta departamental. Además, vale la pena mencionar que pudieron haber tenido un gran impacto tanto el cambio de ficha de notificación en el año 2014 en la cual se unificaron las fichas de sífilis congénita y sífilis gestacional, como el cambio en las definiciones de caso en el año 2015.

En el año 2018, los casos notificados fueron **74 casos** con una incidencia para el Valle del Cauca de **1,6** casos por 1000 nacimientos.

Gráfica 6. Incidencia de Sífilis Congénita, Valle del Cauca, 2012 - 2018.



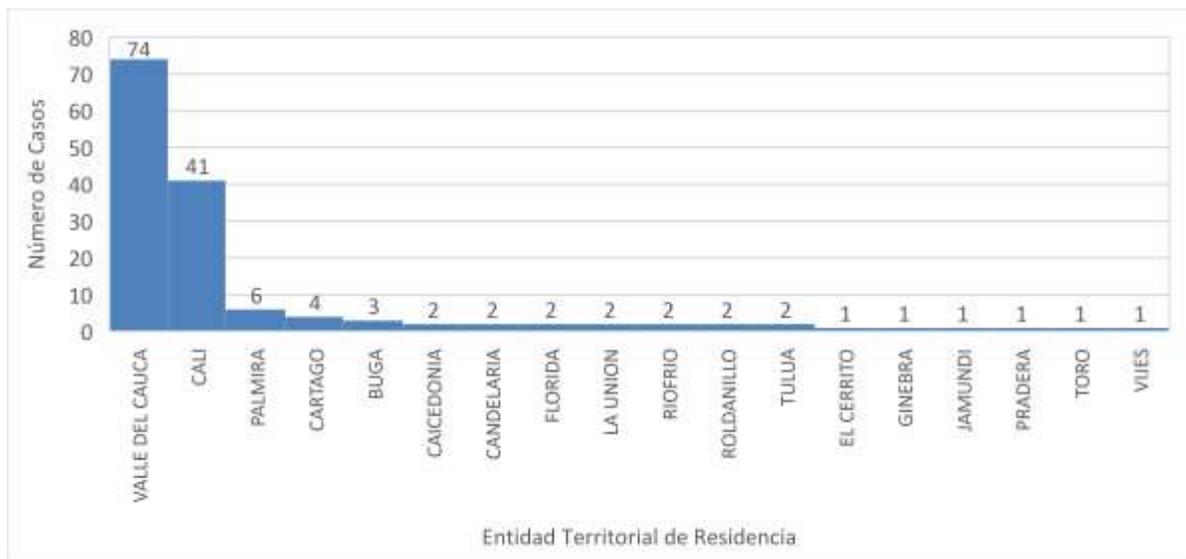
Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

### Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

En cuanto a la notificación de casos de sífilis congénita por municipios de residencia en el departamento del Valle del Cauca, se encontró que para el año 2018, el municipio de Santiago de Cali notificó el 55,41% de los casos, seguido por Palmira con el 8,11%, Cartago con el 5,41%, Buga, con el 4,05%, Caicedonia, Candelaria, Florida, La Unión, Riofrío y Tuluá con el 2,7% y el resto de municipios con el 1,35%. Al realizar la comparación de la notificación por municipio de residencia según el análisis de tendencia con distribución de Poisson, se encontró que en el departamento del Valle del Cauca el Municipio de Palmira presentó un incremento en la notificación de casos, sin embargo no es significativo y Andalucía presentó un decremento con respecto a lo esperado pero sin diferencia significativa, llama la atención que hay 24 municipios con 0 casos esperados, dado por el comportamiento en la notificación de los últimos 5 años, es importante realizar oferta de pruebas rápidas en estos municipios y búsqueda activa institucional antes de hablar de incidencias bajas en estos.



**Gráfica 7.** Número de casos de sífilis congénita notificados por Entidad Territorial de Residencia, Valle del Cauca, año 2018



En el análisis realizado de la notificación Individual, se encontró que el 51% (38) de los casos se presentaron en niñas y el 49% (36) en hombres. El régimen subsidiado tiene el mayor porcentaje de casos con el 58% (43 casos), la proporción de casos en afrocolombianos es del 19% y en indígenas es del 1% y el 89% (66) de los casos notificados residen en la cabecera municipal (ver tabla 9)

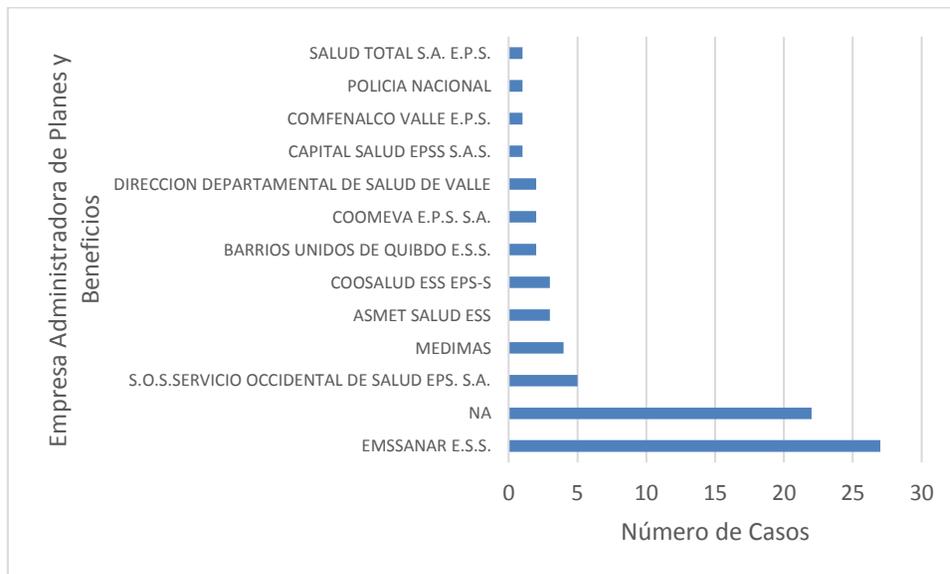
**Tabla 9.** Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis congénita, Valle del Cauca, año 2018

Variable	Categoría	Casos de Sífilis congénita	%
Sexo	Femenino	38	51
	Masculino	36	49
Área de procedencia	Cabecera municipal	66	89
	Centro poblado	4	5
	Rural dispersa	4	5
Tipo de régimen	Subsidiado	43	58
	No asegurado	13	18
	Contributivo	14	19
	Indeterminado	4	5
Pertenencia étnica	Indígena	1	1
	Afrocolombiano	14	19
	Otros	59	80

Fuente: Sivigila Secretaría Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

En cuanto a los casos de sífilis congénita la empresa administradora de planes y beneficios del régimen subsidiado que más casos tiene en el departamento del Valle del Cauca es EMMSANAR y lo más preocupante aún es que le sigue la población no asegurada, por lo tanto, se hace un llamado de atención a las entidades territoriales de orden municipal, para realizar la gestión correspondiente para la afiliación de esta población y la promoción en población general de la afiliación al sistema de seguridad social.

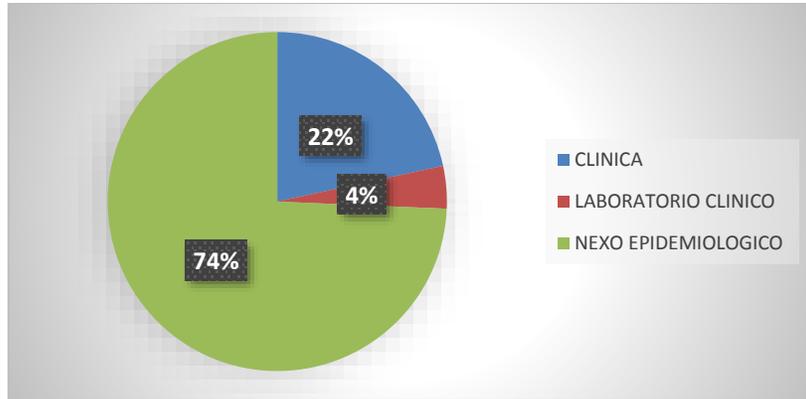
**Grafica 8.** Distribución de los Casos de Sífilis Congénita por Empresa Administradora de Planes y Beneficios, Valle del Cauca, 2018.



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

El 74 % (55) de los casos de sífilis congénita se confirmaron por nexo epidemiológico (ver gráfica 9).

**Gráfica 9.** Clasificación final de los casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 24, 2018



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

### Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 31,08% (23) de las madres de los casos fueron diagnosticados durante el embarazo, el 50% (34) en el parto y el 22% (16) en el puerperio (ver tabla).

**Tabla 10.** Condición de la madre al momento del diagnóstico de sífilis, Valle del Cauca, año 2018

Municipio de Residencia	Embarazo	Parto	Puerperio	Total
<b>Buga</b>		2	1	3
<b>Caicedonia</b>	1		1	2
<b>Cali</b>	13	18	10	41
<b>Candelaria</b>		2		2
<b>Cartago</b>	3	1		4
<b>El Cerrito</b>		1		1
<b>Florida</b>		1	1	2
<b>Ginebra</b>	1			1
<b>Jamundí</b>		1		1
<b>La Unión</b>	1	1		2
<b>Palmira</b>		4	2	6
<b>Pradera</b>	1			1
<b>Riofrío</b>	1		1	2
<b>Roldanillo</b>	1	1		2
<b>Toro</b>	1			1
<b>Tuluá</b>		2		2
<b>Vijes</b>	1			1
<b>Valle del Cauca</b>	<b>23</b>	<b>34</b>	<b>16</b>	<b>74</b>
<b>%</b>	<b>31,08</b>	<b>45,95</b>	<b>21,62</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

Gobernación del Valle del Cauca – Carrera 6 Calle 9 y 10 Teléfono: 6200000 Fax: 6200000

Sitio WEB: [www.valledelcauca.gov.co](http://www.valledelcauca.gov.co) e-mail: [mvictori@valledelcauca.gov.co](mailto:mvictori@valledelcauca.gov.co)

Santiago de Cali, Valle del Cauca



De las madres de los 74 casos notificados como sífilis congénita, 48 (64,86%) tuvieron control prenatal, quedando 26 (35,14 %) sin dicha atención.

De las madres de casos de sífilis congénita que tuvieron control prenatal, solamente el 46% lo iniciaron en el primer trimestre, el 8 % tuvieron la prueba treponémica positiva y el 15% la prueba no treponémica positiva en este trimestre, esto indica que todavía en algunas instituciones no están aplicando la GPC del año 2014. La siguiente es la distribución por semana gestacional al inicio del control y a la toma de pruebas de laboratorio (ver tabla11).

**Tabla 11.** Edad gestacional al inicio del CPN y a la toma de pruebas de laboratorio de las madres de casos de sífilis congénita, Valle del Cauca, año 2018

Edad gestacional	Inicio de control prenatal		Toma de prueba treponémica		Toma de prueba no treponémica	
	N° de Casos	%	N° de Casos	%	N° de Casos	%
Primer Trimestre	22	45,83	4	8,33	7	14,58
Segundo Trimestre	14	29,17	10	20,83	9	18,75
Tercer Trimestre	12	25	34	70,83	32	66,67
Total	48	100,00	48	100,00	48	100,00

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

Ahora bien, se observa que las madres del total de los 74 casos de sífilis congénita, independientemente de la realización del control prenatal fueron diagnosticadas en un 81,08 % (60) de los casos en el tercer trimestre (ver tabla 12).



**Tabla 12.** Edad gestacional al diagnóstico de las madres de los casos de sífilis congénita, Valle del Cauca, semana epidemiológica 24, año 2018

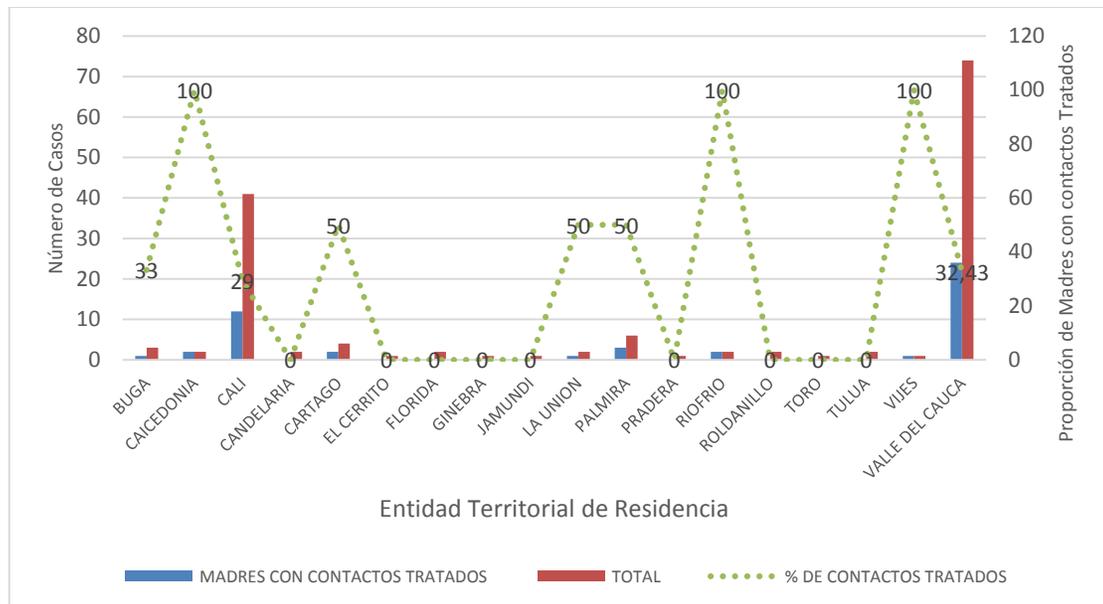
Edad Gestacional al Diagnóstico		
Edad gestacional	N° de Casos	%
Primer Trimestre (0-12 SG)	4	5,41
Segundo Trimestre (13-26 SG)	10	13,51
Tercer Trimestre (>27 SG)	60	81,08
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

De las 48 madres que tuvieron control prenatal, el 94% (45 casos) recibió tratamiento con penicilina benzatínica. Al 47% (21) de las madres de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 11% (5) dos y al 42% (19) tres dosis. 3 madres (6 %) no recibieron tratamiento. Sin embargo, 22 (85%) de las madres que no realizaron CPN recibieron al menos una dosis de tratamiento.

Solamente al 32,43% (24 casos) de los contactos sexuales de las 74 madres de casos notificados como sífilis congénita, se les administró tratamiento para sífilis. Solo los Municipios de Caicedonia, Riofrio y Vijes le dieron tratamiento al 100% de los contactos sexuales y Municipios como Candelaria, El Cerrito, Florida, Ginebra, Jamundí, Pradera, Roldanillo, Toro y Tuluá no le dieron tratamiento a ninguno de los contactos sexuales de las madres de los casos de sífilis congénita. La situación por entidad territorial es la siguiente (ver gráfica).

**Gráfica 10.** Tratamiento de contactos sexuales de madres de casos de sífilis congénita, Valle del Cauca, año 2018.



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

De los 74 casos notificados como sífilis congénita el 97,3 % (72) nacieron vivos y se presentaron 2 mortinatos (2,7 %).

De los 72 Nacimientos el 16,67% (12 casos) fueron recién nacidos pretérminos (ver tabla).

**Tabla 13.** Edad gestacional al nacimiento de los casos de sífilis congénita, Valle del Cauca, 2018.

Edad Gestacional al Nacimiento		
Edad gestacional	N° de Casos	%
<b>22-27 semanas (inmaduro)</b>	1	1,39
<b>28-36 semanas (prematuro)</b>	11	15,28
<b>37-42 semanas (a término)</b>	60	83,33
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018



## Comportamiento de los Indicadores de Vigilancia del Evento.

### Incidencia de Sífilis congénita

En la siguiente tabla podemos observar que la incidencia de sífilis congénita para el Departamento del Valle del Cauca en el año 2018, fue de 1, 59 casos nuevos por cada 1.000 NV+mortinatos y las entidades territoriales que están por debajo del departamento son: Cali, Jamundí y Tuluá.

**Tabla 14.** Incidencia de Sífilis congénita por Entidad Territorial de Residencia, Valle del Cauca, año 2018.

#### Indicador N° 1

Municipio de Residencia	Nacimientos + Mortinatos	N° de Casos por Municipio de residencia	Incidencia * (1000 NV+mortinatos) por ET de residencia
Buga	1277	3	2,35
Cali	27095	41	1,51
Candelaria	1027	2	1,95
Cartago	1027	4	3,89
Pradera	526	1	1,90
El Cerrito	553	1	1,81
Florida	675	2	2,96
Ginebra	184	1	5,43
Jamundí	1745	1	0,57
La Union	311	2	6,43
Palmira	3589	6	1,67
Riofrio	186	2	10,75
Caicedonia	153	2	13,07
Roldanillo	353	2	10,75
Toro	129	1	5,67
Tuluá	2335	2	0,86
Vijes	103	1	9,71
Valle del Cauca	46550	74	1,59

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

En el departamento del Valle del Cauca la incidencia de sífilis congénita en el año 2018 aumentó 0,59 puntos porcentuales con respecto al año 2017.



**Tabla 15.** Incidencia de Sífilis congénita, 2017-2018

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Proporción de incidencia de Sífilis congénita	Número de casos nuevos de Sífilis Congénita notificados	Población expuesta al riesgo de enfermar de esa causa (NV)	1.000	
2017	71	48849	1.000	1,45
2018	74	46550	1.000	1,59

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2017-2018

**Tabla 16.** Porcentaje de casos que cumplen definición de caso, por ET de notificación y Proporción de casos de SC cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional por ET de residencia, Valle del Cauca, 2018

Entidad Territorial	Indicador N°2			Indicador N°3		
	Porcentaje de casos que cumplen definición de caso, por ET de notificación			Proporción de casos de SC cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional por ET de Residencia		
	Casos de SC que cumplen definición de caso	Total de casos Notificados	Porcentaje de casos que cumplen definición de caso	N° de Casos de SC con madres notificadas como SG	N° de Casos por Municipio de residencia	Proporción de casos de SC cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional por ET de residencia
Buga	3	3	100	2	3	66,67
Cali	37	55	67,27	29	41	70,73
Candelaria	0	1	0	1	2	50
<b>Cartago</b>	2	3	66,67	2	4	50
Pradera	0	2	0	1	1	100
El Cerrito	NA		NA	1	1	100
Florida	1	1	100	1	2	0
Ginebra	NA		NA	1	1	100
Jamundí	NA		NA	1	1	100
La Unión	1	1	NA	1	2	50
Palmira	6	9	66,67	5	6	83,33



Riofrío	NA		NA	1	2	50	
Caicedonia		1	1	NA	1	2	50
Roldanillo	NA			NA	0	2	0
Toro		1	1	NA	1	1	100
Tuluá		3	12	25	2	2	100
Vijes	NA			NA	1	1	100
Risaralda		3	4				
Valle del Cauca		58	93	62,37	51	74	68,92

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2017-2018

## 5. DISCUSIÓN

Es preocupante las falla en la calidad de la información lo que se evidencia en el número de casos que deben ser descartados para el análisis por no cumplir con la definición de caso, de los 984 casos notificados de sífilis gestacional, el 59% (582 registros) cumplió con la definición de caso y solo el 43,73% para los casos de sífilis congénita, lo que tiene serias implicaciones en términos de costos para el sistema por hospitalización y tratamiento innecesarios 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.

Además, se observan fallas de concordancia entre las variables, sobre todo en las siguientes variables: condición al momento del diagnóstico, edad gestacional de la prueba treponémica y edad gestacional al nacer. Sin embargo, se observa una mejor respuesta en cuanto los ajustes por parte de las UPGD notificadoras y una disminución en los errores de configuración de caso, en el año 2017, en la BD de sífilis gestacional se descartaron 123 registros por no cumplir definición de caso, este año se descartaron 88 registros por esta causa, por lo tanto, se debe continuar realizando las asistencias técnicas desde la Secretaria de Salud Departamental, dado que hay un alto porcentaje de rotación del personal.

En cuanto, al análisis de los resultados se observa con preocupación el incremento en el número de infecciones de transmisión sexual, para los casos específicos de sífilis gestacional se observa un incremento del 16,17% y de 4,2% para sífilis congénita, a pesar de todos los esfuerzos la incidencia más baja de sífilis congénita en los últimos 6 años, fue la del 2017, aunque el incremento puede deberse a una mejora en el cumplimiento del protocolo de vigilancia y de la Guía de práctica clínica., no se deben escatimar esfuerzos en la prevención de las ITS y sobre todo en la prevención de la transmisión materno perinatal.

En cuanto a los casos de sífilis gestacional, el curso de vida con mayor número de casos es el de la juventud (18 a 28 años), este comportamiento es similar a la del



país, lo que sugiere que se debe dar prioridad y fortalecer la educación en comportamientos protectores, conductas de riesgo, planificación familiar, proyecto de vida a las niñas desde los 12 años de edad y fortalecer la consulta preconcepcional.

El régimen subsidiado aporta la mayor cantidad de casos para ambos eventos con el 62% (352) de los casos de sífilis gestacional y el 58% (43) de los casos de sífilis congénita, lo que obliga a las EAPB de este régimen a elaborar un plan de intervención en la población que no asiste a los servicios amigables de salud, programas de detección temprana de alteraciones del joven y planificación familiar y con sus prestadores para que mejoren la calidad en la atención de estos servicios. Pero llama la atención que el 11,5% de las gestantes y 18% de los RN no se encuentran asegurados, siendo responsabilidad de las ESEs de atención primaria la atención y seguimiento de esta población, pero además se requiere de la gestión de los entes territoriales del orden municipal para la vinculación de esta población al sistema de seguridad social para lograr una cobertura del 100% y la gestión del riesgo en salud, para lo cual, se necesita fortalecer la ruta entre los prestadores y la entidad territorial.

Para el año 2018, se notificaron en el departamento del Valle del Cauca 582 gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional, de estas 514 (88,32%) realizaron CPN, proporción similar a la del año anterior y de estas el 55,45% (285) ingresaron en el primer trimestre, en esta variable se observó un ligero incremento, porque el año pasado ingresaron a CPN el 45% en este trimestre y para los casos de sífilis congénita se evidenció que el 65% de las madres recibieron CPN, siendo este dato inferior al del año pasado 77,46%. Estos datos, preocupan porque se observa una ausencia de CPN en las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional del 11,68% (68) y de 35,14% (26) para las madres de los RN con diagnóstico de sífilis congénita.

Sin embargo, se observa que alrededor del 57% de las gestantes con sífilis fueron diagnosticadas entre el segundo y tercer trimestre, lo cual podría ser explicado, porque se infectan en el último trimestre o porque se reinfectan, aspecto que se debe tener en cuenta para realizar las intervenciones de control y seguimiento del último trimestre, por consiguiente, estos se deberían realizar entre la semana 28 y 33 de gestación, con el objeto de garantizar al menos una dosis de penicilina benzatínica de 2.400.000, 30 días antes del parto. Lo anterior, se ve reflejado en la clasificación de los casos de sífilis congénita, dado que, para el Valle del Cauca, en año 2018, el 74% (55) de los casos fueron diagnosticados por nexo epidemiológico. Es importante, tener en cuenta, que la principal causa de la reinfección es el no tratamiento a todos los contactos sexuales, lo anterior puede ser evidenciado en el registro, que mostró, que solo se trató el 34,4% (24) de los contactos sexuales de la madre con casos de sífilis congénita.



En los últimos años, Latinoamérica ha mostrado mejoría en algunos indicadores de salud pública tales como el porcentaje de mujeres que asistieron a control prenatal y les realizaron pruebas de laboratorio para detección de sífilis dado que la detección pasó del 73 al 83% y el porcentaje de las gestantes que presentaron resultados positivos para sífilis, pasó del 0.9% al 0.5% entre 2008 y 2012.

Sin embargo, otros indicadores no muestran esta tendencia; por ejemplo, el número de mujeres que asistieron a control prenatal con resultados positivos para sífilis y fueron tratadas, la cual tuvo una reducción del 85% al 80% en los mismos periodos. (GPC 2014)

En el estudio mencionado realizado por El Ministerio de Salud y La Protección Social recopilaron 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 de intensificación para la eliminación de la sífilis congénita, destacándose las barreras relacionadas con la no administración del tratamiento a contactos, ausencia de controles prenatales, diagnósticos tardíos de la sífilis, falta de adherencia a los cuidados y tratamiento entre otros. Estos hallazgos son similares a lo que hoy nos revela la información notificada al sivigila con corte a la semana 52 del 2018.

La revisión sistemática de Hawkes, 2011 (10), cuyo objetivo era evaluar la efectividad de intervenciones orientadas a fortalecer los programas de tamización de sífilis gestacional e identificar los componentes que contribuyen a esta, incluyó 10 estudios para el análisis. Dos de los estudios eran ECA, 6 eran estudios de antes y después y 2 estudios en paralelo con grupo control no aleatorizados. Uno de los estudios evaluados incluyó pruebas rápidas treponémicas en el lugar de consulta. Un ensayo clínico aleatorizado (ECA) mostró una muy importante efectividad de la tamización con disminución de la incidencia de sífilis congénita (RR 0.02; IC 95%: 0 - 0.18). Otro ECA también encontró una disminución en el riesgo de muerte perinatal (RR 0.53; IC 95%. 0.33 - 0.84). Tres estudios observacionales evaluaron la presencia de muerte fetal, encontrando un efecto favorable del uso de las estrategias de tamización temprana (RR 0.42; IC 95%: 0.19 - 0.93). En cuanto a parto pretérmino se encontraron dos estudios no aleatorizados y no se mostró un efecto de beneficio claro (RR 0.79; IC 95%: 0.53 - 1.19).

Los riesgos de tener una paciente con sífilis gestacional que no sea diagnosticada con esta infección en la primera consulta, implican no aplicar oportunamente al menos una dosis de penicilina benzatínica y aumentar el riesgo de aborto tardío, óbito fetal o muerte perinatal y de desarrollar sífilis congénita.

En cuanto a los riesgos de la toma de la prueba treponémica en el mismo sitio de la atención del CPN, diferentes estudios (revisión sistemática de Hawkes de 2011) consideran que existe muy bajo riesgo de ser falso positivo (menor al 5%), en cuyo



caso se remitirá al manejo con penicilina benzatínica y los riesgos implican hipersensibilidad al medicamento, evento que ha sido demostrado de muy baja incidencia (menor a 1: 1.000.000). Por lo tanto, se considera que los beneficios superan ampliamente los riesgos.

En el Valle del Cauca se ha incrementado el uso de las pruebas rápidas, pasamos de una proporción de uso de 53,5% en el año 2017 a 73% en el 2018. Los Municipios con el mayor número de casos de sífilis gestacional son Cali, Palmira, Tuluá, Cartago y Jamundí y los municipios que tienen dificultades en la implementación de las pruebas rápidas en el lugar de atención son Buga, Candelaria, Calima Darién, Florida, Palmira, Pradera, Restrepo y Yumbo. De la misma manera, los municipios con el mayor número de sífilis congénita son: Cali, Palmira, Cartago, Buga, sin embargo, el riesgo más alto para transmisión materno perinatal de sífilis está en los municipios de: La Unión, Riofrío, Caicedonia, Roldanillo, Toro, Vijes y Ginebra.

Por otro lado, se observa que los municipios que tuvieron más fallas en la definición de caso de sífilis congénita son: Cali, Caicedonia, Cartago, La Unión y Palmira.

## **6. CONCLUSIONES**

Se observa sub-notificación de los casos de sífilis congénita sustentada en el escaso reporte de mortinatos y fallas en la notificación de la madre, sobre todo cuando la notificación del recién nacido se realiza en la alta complejidad, se notifica solo el RN, por lo tanto, se debe reforzar en estas instituciones la importancia de realizar la notificación simultánea sobre todo cuando se realiza diagnóstico intraparto. Aunado a lo anterior, se identifica desconocimiento de los protocolos de vigilancia en salud pública del INS.

Los resultados indican deficiencias en el programa de atención prenatal que incluyen problemas en la captación, diagnóstico y tratamiento de las gestantes con sífilis y sus contactos, que deben corregirse para el logro de la meta de eliminación de la sífilis congénita, implementar el uso de pruebas rápidas en los consultorios de CPN e implementar la aplicación del tratamiento inmediatamente se tenga una prueba rápida positiva.

Se observa con preocupación ausencia de control prenatal en un 12% (68) de los casos de sífilis gestacional y en un 35% (26) de las madres de casos de sífilis congénita, lo que indica deficiencias en la inducción en el departamento del Valle del Cauca. Además de la no realización del control prenatal, se observa que el 54 % (26) de las madres de casos de sífilis congénita, inició CPN entre el segundo y tercer trimestres, esto demuestra un inicio tardío de los CPN. Asimismo, un 17% (89) de las gestantes con sífilis y un 6,35 % (3) de las madres de casos de sífilis congénita, que asistieron a CPN, no recibieron tratamiento,



por lo tanto, se evidencia la necesidad de reforzar la calidad del programa de atención prenatal.

Si bien la infección es transmisible al feto a partir de las nueve semanas, la transmisión suele tener lugar entre las semanas 16 y 28 de gestación (OPS, (2009)), por esta razón es necesario trabajar para lograr el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y más aun teniendo en cuenta que la sífilis no tratada durante el embarazo, especialmente la sífilis precoz, conlleva riesgo de muerte fetal intrauterina, nacimiento de un mortinato, muerte neonatal y secuelas importantes en los sobrevivientes como ceguera, deformidades óseas y dentarias y déficit neurológico (INS, 2015), además, que tanto el diagnóstico como el tratamiento son económicos y sencillos.

Finalmente se concluye que todos los actores del sistema (EAPB, IPSs y direcciones locales de salud) deben generar una estrategia integrada para incrementar la tamización y el tratamiento de las mujeres con sífilis gestacional, además se debe hacer énfasis en la población que no consulta a las instituciones de salud, la cual es responsabilidad de las EAPB y direcciones locales de salud, pues se demuestra la efectividad de dichas estrategias en términos de prevención de desenlaces adversos en el fruto de la gestación, dado que, el costo directo de la prueba y la fácil realización implican menor utilización de recursos, comparado con el manejo de una paciente no diagnosticada oportunamente y el costo del manejo de una niña o niño con sífilis congénita.

Pero además se debe trabajar fuertemente en las estrategias educativas de mecanismos protectores y prevención de conductas sexuales de riesgo en los jóvenes a partir de los 12 años.

## **7. RECOMENDACIONES**

Fortalecer la aplicación y adherencia al protocolo de vigilancia en salud pública para Sífilis Gestacional y Congénita del Instituto Nacional de Salud enfatizando en la definición de caso, con el fin de mejorar la notificación en todos los niveles que reportan.

Generar estrategias adicionales a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica, de manera que se pueda minimizar el riesgo de reinfección y/o infección en el último trimestre del embarazo.

Continuar capacitando a los profesionales de la salud de todos los niveles, en la nueva Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, publicada en diciembre de 2014, en la cual se ajustaron las definiciones de caso.



Realizar análisis oportuno de los casos de sífilis congénita para poder garantizar que realmente cumplan con la definición de caso, haciendo especial énfasis en los casos diagnosticados por clínica.

Activar la ruta de aseguramiento para el 100% de la población no asegurada, que cumpla los requisitos de aseguramiento en Colombia.

Coordinar acciones entre los entes territoriales del orden municipal, departamental y con las empresas administradora de planes y beneficios en salud, para vigilar que todos los prestadores de servicios en salud tengan implementado las pruebas rápidas en el sitio de atención (Consultorio, urgencias) y garanticen el tratamiento inmediato a la gestante y sus contactos sexuales.

Continuar trabajando con la ficha unificada de sífilis gestacional (750) y sífilis congénita (740) y en el mediano plazo evaluar el impacto en la notificación y el análisis de los casos.

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

- 1.** Godfrey JA, Walker GJA, Walker DG. Congenital syphilis: A continuing but neglected problem. *Semin Fetal Neonatal Med* 2007; 12(3):198-206.
- 2.** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Congenital syphilis-United States 2003-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2010; 59(14):413-7.
- 3.** Goldenberg RL, Thompson C. The infectious origins of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(3): 861–873.
- 4.** Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6):433-8.
- 5.** Lee WK, Schwartz DA, Rice RJ, Larsen SA. Syphilitic endometritis causing first trimester abortion: a potential infectious cause of fetal morbidity in early gestation. *South Med J.* 1994; 87(12):1259-61.
- 6.** Di Mario S, Say L, Lincetto O. Risk factors for stillbirth in developing countries: a systematic review of the literature. *Sex Transm Dis.* 2007; 34(7 Suppl):S11-21.



- 7.** Sheffield JS, Sanchez PJ, Wendel GD Jr, Fong DW, Margraf LR, Zeray F, et al. Placental histopathology of congenital syphilis. *Obstet Gynecol.* 2002; 100(1):126-33.
- 8.** Conde-Agudelo A, Belizán JM, Díaz-Rossello JL. Epidemiology of fetal death in Latin America. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000; 79(5):371-78.
- 9.** Myer L, AbdoolKarim SS, Lombard C, Wilkinson D. Treatment of maternal syphilis in rural South Africa: effect of multiple doses of benzathine penicillin on pregnancy loss. *Trop Med Int Health.* 2004; 9(11):1216-21.
- 10.** Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. *Bull World Health Organ.* 2004; 82(6):410-6.
- 11.** Cheng JQ, Zhou H, Hong FC, Zhang D, Zhang YJ, Pan P, et al. Syphilis screening and intervention in 500,000 pregnant women in Shenzhen, the People's Republic of China. *Sex Transm Infect.* 2007; 83(5):347-50.
- 12.** INS. Protocolo Vigilancia en Salud Pública para Sífilis Gestacional y Congénita, Instituto Nacional de Salud; 2015.
- 13.** Ministerio de Salud y Protección Social. (diciembre 2014). Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. Bogotá-Colombia.



**INFORME DE EVENTOS HEPATITIS B, C Y CO INFECCIÓN / SUPRA INFECCIÓN  
HEPATITIS B / DELTA  
VALLE DEL CAUCA, 2018**

*Claudia Yaneth Hernández Arango  
Referente Hepatitis B, C y BD  
Equipo de Vigilancia Epidemiológica  
Subsecretaría de Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca*

## **1. INTRODUCCIÓN**

La infección hepática causada por el virus de la hepatitis B (VHB), constituye un importante problema de salud a nivel mundial. Dado que, puede causar hepatopatía crónica y conlleva un alto riesgo de muerte por cirrosis y cáncer hepático; son infecciones que se transmiten por la sangre, a través de inyecciones y procedimientos médicos en condiciones poco seguras, y a través de contacto sexual. (1)

Las hepatitis virales son infecciones hepáticas causadas por virus que comparten la característica de tener afinidad particular por el tejido hepático. Existen seis tipos de virus hepatotrópicos: A, B, C, Delta, E y G, los cuales producen un espectro de manifestaciones clínicas muy similares en sus fases agudas de infección. (2)

Las hepatitis víricas causaron 1,34 millones de muertes en 2015, una cifra comparable a la de las muertes por tuberculosis y superior a las provocadas por el VIH. Ahora bien, el número de muertes por hepatitis víricas está aumentando, mientras que la mortalidad por tuberculosis y el VIH descende. La mayoría de las muertes debidas a hepatitis víricas en 2015 fueron por hepatopatía crónica (720 000 muertes por cirrosis) y cáncer hepático primario (470 000 muertes por carcinoma hepatocelular). Se calcula que en 2015 tenían infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB) unos 257 millones de personas en todo el mundo y 71 millones tenían infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC). La epidemia del VHB afecta principalmente a las Regiones de África y del Pacífico Occidental de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La del VHC afecta a todas las regiones, con importantes diferencias entre países y dentro de un mismo país. Las Regiones del Mediterráneo Oriental y de Europa de la OMS tienen la prevalencia más alta notificada de infección por VHC. (1)



La situación es aún más preocupante, cuando se realiza el análisis de la situación del diagnóstico y tratamiento como método para cortar la cadena de transmisión, pues según la OMS, muy pocas personas con hepatitis víricas están diagnosticadas (el 9% de los 22 millones de personas infectadas por el VHB y el 20% de los 14 millones de personas infectadas por el VHC), dado que el acceso a pruebas asequibles de las hepatitis es limitado. Solo una pequeña fracción de las personas diagnosticadas ha recibido tratamiento. En 2015, el 8% de las personas diagnosticadas con infección por el VHB (1,7 millones de personas) y el 7,4% de los diagnosticados con infección por el VHC (1,1 millones de personas) recibían tratamiento. Si bien el número total de personas tratadas contra el VHC alcanzó los 5,5 millones en 2015, solo aproximadamente medio millón de esas personas habían recibido los nuevos fármacos, más eficaces y mejor tolerados, denominados antivíricos de acción directa (AAD). En 2015 hubo más nuevas infecciones por el VHC que pacientes que comenzaron el tratamiento. (1)

La epidemiología global de la infección por el VHB tradicionalmente ha clasificado el grado de endemidad del evento, de acuerdo con la prevalencia de HBsAg y a su vez con modos predominantes de transmisión del virus en tres categorías: Endemidad alta ( $\geq 8\%$ ), media (2-7%) y baja ( $< 2\%$ ) (1).

**Tabla 1. Patrón de prevalencia de hepatitis B y modos de transmisión del VHB.**

	Nivel de endemidad		
	Baja	Mediana	Alta
<b>Prevalencia HBsAg</b>	< 2%	2 - 7%	$\geq 8\%$
<b>Infección</b>	<15%	15 - 45%	>45%
<b>Perinatal</b>	Ocasional	Esporádica	Común. Altas tasas en menores de 1 año.
<b>Horizontal</b>	Ocasional	Esporádica	Común. Altas tasas en menores de 5 y 10 años.
<b>Sexual</b>	Frecuente	Frecuente	Esporádica
<b>Parenteral</b>	Frecuente	Ocasional	Ocasional

Fuente: WHO. Expanded Program on Immunization: Hepatitis B vaccine. Making global progress. Update, 1996. Citado en el Informe final Hepatitis B, 2013, Instituto Nacional de Salud.

En América Latina la principal vía de transmisión es la sexual, no obstante, las infecciones secundarias al uso de drogas parenterales, si bien no son comunes en





la región, se encuentran en aumento. Para 2005 se estimó una prevalencia menor del 2% en Centroamérica, y del 2 – 4% en América del Sur (6). Se estima que en América Latina se producen 400.000 casos nuevos cada año (3), y que habitan entre 7 – 12 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B (7), de los cuales mueren el 20% como resultado directo de la enfermedad (3.).

En Colombia, un estudio serológico realizado en 1980 mostró una prevalencia de positividad al antígeno de la hepatitis B que varió de 3 – 8%, dependiendo del grupo etario, con un estimado de 600.000 – 4'000.000 portadores del virus (2).

Globalmente el país es clasificado en el grupo de endemicidad baja (1). En Colombia, los estudios centinela realizados en gestantes provenientes de diversas zonas del país, hallaron prevalencias de HBsAg de 1,2% en el año 2001 (4) y de 0,47% en el año 2009. Datos obtenidos en donantes de sangre, presentan una reactividad para HBsAg inferiores a 0,3% en los últimos años (5), lo cual refuerza esta clasificación.

Sin embargo, en 2008 se reportó una incidencia acumulada de hepatitis B, en Colombia, de 3,0 casos por cada 100.000 habitantes, considerándose un país con endemicidad intermedia para esta enfermedad, con prevalencia entre el 2-5% de seroprevalencia de antígeno de superficie (1). Los departamentos con alta endemia (prevalencia de portadores de 8-20% con antígeno de superficie positivo) fueron Amazonas, Guaviare, Guainía y Tolima. En tanto, los departamentos con endemia moderada (prevalencia de portadores de 2-7% con antígeno de superficie positivo) fueron Huila, Arauca, Norte de Santander, Casanare, Santander, Caldas, Guajira, Bogotá, Vichada, Cesar, Boyacá, Magdalena, Cundinamarca, Antioquia, Meta, Risaralda, Bolívar. Los departamentos de Nariño, Chocó, Atlántico, Putumayo, Cauca, Valle, Sucre, Caquetá, Quindío y Córdoba, fueron considerados de baja endemia, con seroprevalencia de portadores menor de 2% (8).

Antes de la introducción de la vacuna contra el VHB, se estimó una tasa total de portadores de 4,7% (5), al tiempo que estudios más recientes han encontrado prevalencias de HBsAg de 5,66% (6), lo que obliga a no desconocer la gran variabilidad epidemiológica entre las regiones. Por otra parte, tampoco se debe desconocer que el país ha tenido registro de brotes de hepatitis, en algunos de los cuales se ha documentado co-infección por el Virus de hepatitis delta (VHD)(2).

Sus mecanismos de transmisión (perinatal, sexual exposición percutánea, o a mucosas, sangre o diferentes líquidos corporales infectados), así como su periodo



de incubación y posterior infección hasta manifestaciones de la enfermedad pueden generar alta carga de morbilidad para la población afectada ya que no existe un tratamiento específico contra la hepatitis B aguda, y en los casos de hepatitis b crónica su manejo farmacológico se encamina a ralentizar el avance de la cirrosis y reducir la incidencia de cáncer.

En Colombia se inició la notificación de los casos de hepatitis B a nivel nacional desde el año 1997 y desde el año 2007 se introdujo su reporte de manera individual, estrategia que realmente se consolidó desde el año 2008. Para el año 2014 fue aprobado por el comité de control de cambios del Instituto Nacional de Salud, la unificación bajo un solo código “340” para las hepatitis virales distintas al tipo “A” (Hepatitis B, Hepatitis C y coinfección B/Delta), de igual manera se incorporó en el protocolo la nueva definición de caso del evento y los lineamientos de vigilancia del mismo (Instituto Nacional de Salud. 2016). A partir de esta vigilancia en los últimos cuatro años, se han registrado proporciones de incidencia en población general por encima de tres casos por 100 000 habitantes, indicador que ha mostrado una tendencia al incremento en este lapso de tiempo.

La hepatitis C se introdujo como evento en Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública aproximadamente en el año 2011, emitiendo el primer informe con una notificación de 185 casos en total.

Con la vigilancia y análisis de la información reportada de este evento se espera contar con información útil que pueda orientar la gestión en salud y la formulación de políticas públicas específicas orientadas a la mitigación de esta *epidemia silente*, como la ha denominado la Organización Mundial de la Salud (2).

## **2. OBJETIVOS**

- Identificar la distribución, frecuencia y características de los casos de Hepatitis B, Hepatitis C y coinfección Hepatitis B-Delta en las entidades territoriales.
- Estimar la prevalencia de Hepatitis B, Hepatitis C y coinfección Hepatitis B-Delta que permita conocer el comportamiento del evento a nivel departamental con base en la información ingresada.



- Describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de Hepatitis B, Hepatitis C y coinfección Hepatitis B-Delta notificados durante el año 2018.

### **3. MÉTODO**

Para la elaboración del informe se realizó recolección de información a partir de las fuentes de información principal (SIVIGILA), la información de SIVIGILA se obtuvo mediante la notificación realizada por las UPGDs a la ficha 340 en datos básicos y complementarios habiendo seguido el flujo de información establecido para el proceso de notificación.

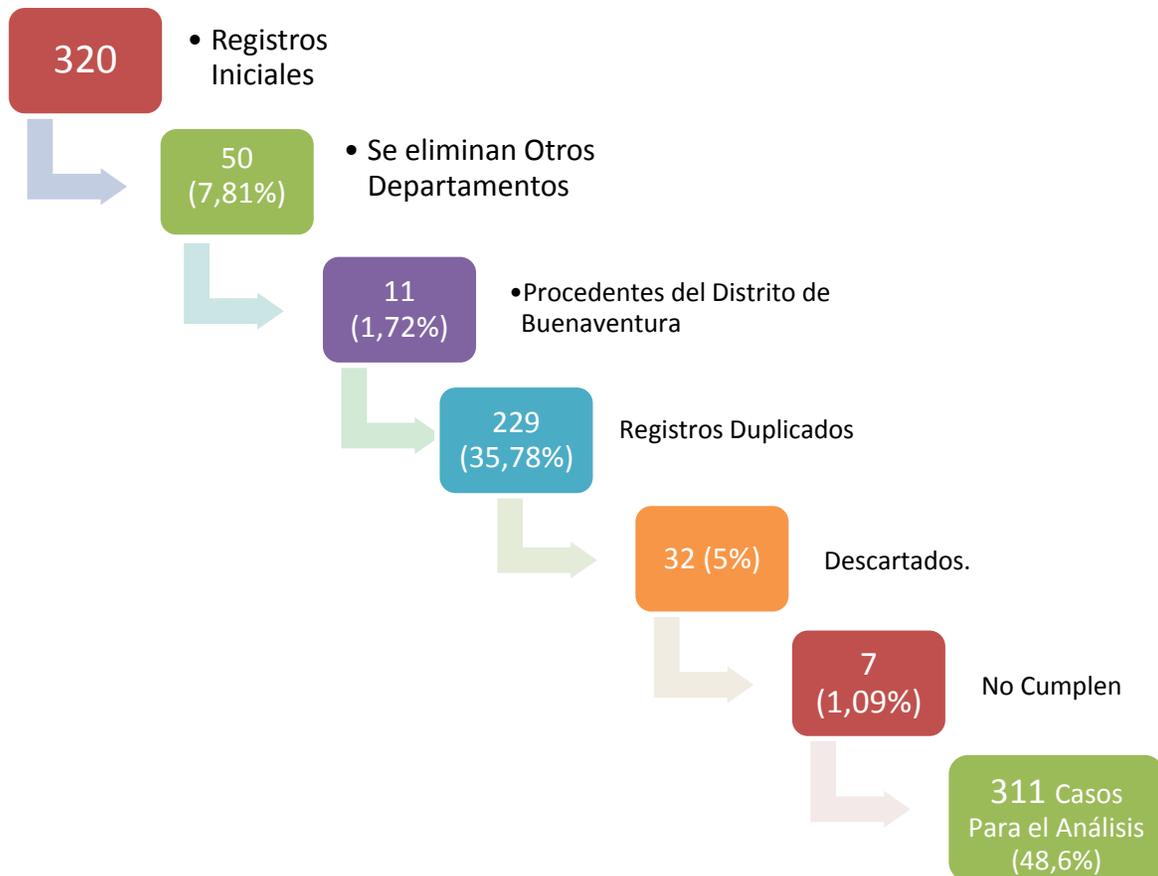
Se realizó depuración y cruce de información a la base de datos retroalimentada por el INS al 23 de abril del año 2019 con corte a semana 52 del 2018, eliminándose los casos que pertenecen a otros departamentos de procedencia, los casos procedentes de Buenaventura, los descartados por ajuste 6 o D y los registros duplicados, es decir aquellos casos que correspondan al mismo paciente identificado por documento de identidad y nombre completo, los registros que tienen el mismo documento con una prueba de tamizaje y el otro con una prueba confirmatoria, se deje este último, además se eliminan del análisis aquellos pacientes que no cumplan definición de caso ya sea porque tienen pruebas negativas o estén reportados con una prueba de detección de anticuerpos para hepatitis B. Finalmente, se dejan para el análisis el 48,6% (311 casos), dado que cuentan con el laboratorio acertado para hacer ajuste de la clasificación.

Se verificó la base de laboratorio y datos básicos, con el objeto de comparar la prueba de laboratorio tomada y la variable “clasificación del tipo de hepatitis” con el objeto de evaluar si cumplen criterio de clasificación de caso, para realizar la reclasificación de los mismos, de acuerdo a la prueba de laboratorio tomada. Finalmente, se revisa la categoría “*Paciente con resultado positivo para AgHBs a clasificar*”, con el objeto de identificar los casos que quedaron pendiente por clasificar, dado que esta es una falla del sistema de vigilancia. Siendo el reflejo de las grandes dificultades en el departamento y sus municipios para la confirmación de los casos, razón por la cual en las asistencias técnicas realizadas por la Secretaría Departamental de Salud se debe continuar reforzando el algoritmo

diagnóstico con las EAPB e instituciones prestadoras de servicios de salud y se está haciendo énfasis en los casos pendientes por clasificar.

A los registros finales se les realizó análisis descriptivo retrospectivo con las variables demográficas de tiempo, lugar y personal y otras, sociales y clínicas de la población. Se realizó revisión al 100 % de la información encontrada en la base de datos. En el proceso de depuración en el punto de la revisión de los criterios que configuran la definición de caso, se tiene en cuenta las definiciones operativas de caso de los protocolos del INS.

**Figura 1.** Flujograma de los registros seleccionados para el análisis de Hepatitis B y C. Valle del Cauca, 2018



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

## **PLAN DE ANÁLISIS**

El plan de análisis se realizó mediante estadística descriptiva en términos de tiempo, persona y lugar, utilizando el programa informático Excel®. Los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia y proporciones que se presentaron en tablas y gráficos, lo cual permitirá evaluar el comportamiento y la tendencia del evento, para evaluar el comportamiento del evento se utilizó la distribución de Poisson.

Los datos utilizados en los denominadores para el análisis de la incidencia y razón de prevalencia corresponden a las proyecciones poblacionales del 2018 y nacidos vivos 2018 RUAF.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 Comportamiento de la notificación**

En el departamento del Valle del Cauca para el año 2018 se reportaron 311 casos, con un promedio de notificación semanal de 6 casos. Se debe mencionar que para el año 2018, se observa un incremento en la notificación en comparación con el año inmediatamente anterior del 39,46% (88). De los 311 casos, un 47,59% (148 registros) fue notificado como Paciente con resultado positivo para HBsAg a clasificar y de estos el 99,31% (147/148) está bien notificado (cumple criterio de clasificación de caso); un 15,44% (48 registros) están clasificados como hepatitis B aguda, de los cuales el 91,67% (44/48) están bien notificados; un 18,33% (57 registros) están notificados como hepatitis B crónica y hepatitis C, de los casos de hepatitis B crónica un 71,93% (41/57) cumple criterio de clasificación de caso y de los casos de hepatitis C el 64,91% (37/57) está bien clasificado. (ver tabla 1).

Al revisar el comportamiento de la notificación por entidad territorial de procedencia se encontró que las entidades Territoriales que aportaron el 83,28% de la notificación de la carga de la enfermedad al departamento corresponden a los municipios de Cali, Palmira y Tuluá.

En función de garantizar el pleno cumplimiento de las definiciones de caso contenidas en el protocolo de vigilancia de las hepatitis virales distintas al tipo “A”, desde la referencia técnica del evento del INS se toma la determinación de clasificar el tipo de hepatitis según el resultado del paraclínico que se haya consignado en el

módulo de laboratorios. Por lo tanto, se puede observar en la gráfica los resultados de los datos después de depurados, porque con los datos crudos, se observa que de los 311 casos notificados como hepatitis B y C, el 86% (270/311) se encuentran bien clasificados.

**Tabla 2. Cumplimiento en la clasificación de caso por Entidad Territorial, Calle del Cauca 2018.**

Municipio de Procedencia	Hepatitis B aguda			Hepatitis B crónica			Hepatitis C			Hepatitis Coinfección B-D			positivo para HBsAg a clasificar			Total		
	NO	SI	% Cumple	NO	SI	% de Cumple	NO	SI	% de Cumple	SI	%Cumple	NO	SI	% Cumple	NO	SI	% Cumple	
Alcala					1	100									0	1	100	
Buga					2	100							3	100	0	5	100	
Bugalagrande													1	100	0	1	100	
Caicedonia	1	3	75		2	100									1	5	83,33	
Cali		30	100	11	31	73,81	13	31	70,45			1	108	99,08	25	200	88,89	
Candelaria		1	100										2	100	0	3	100	
Cartago		4	100					1	100,00				2	100	0	7	100	
Dagua		1	100												0	1	100	
El Cerrito		1	100					1	100,00				1	100	0	3	100	
Florida		1	100		1	100	1		0,00				1	100	1	3	75	
Jamundí					1	100	1		100,00				4	100	0	6	100	
La Cumbre	3	1	25												3	1	25	
La Union													1	100	0	1	100	
Palmira				2	2	50				1	100		13	100	2	16	88,89	
Pradera				1		0									1	0	0	
Restrepo					1	100									0	1	100	
Tuluá		1	100	1		0	3	3	50,00				8	100	4	12	75	
Yumbo		1	100					3	0,00				2	100	3	3	50	
Zarzal				1		0							1	100	1	1	50	
<b>Valle del Cauca</b>	<b>4</b>	<b>44</b>	<b>91,67</b>	<b>16</b>	<b>41</b>	<b>71,93</b>	<b>20</b>	<b>37</b>	<b>64,91</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>147</b>	<b>99,32</b>	<b>41</b>	<b>270</b>	<b>86,82</b>	

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

Con respecto a la proporción de casos de transmisión materno infantil, es importante aclarar que el dato da como resultado de evaluar los casos notificados como transmisión perinatal sobre el número de gestantes reportadas con hepatitis B o C, para el dato del departamento se tiene que para el año 2018, no se han reportado casos de los niños expuestos al riesgo, lo que quiere decir que de 16 gestantes reportadas con el virus de la hepatitis B, aún no se conoce si hubo transmisión vertical.

A continuación, se muestra la clasificación correcta de acuerdo al resultado de la prueba de laboratorio tomada.



**Tabla 3. Clasificación de la Hepatitis B y C por Entidad Territorial, Valle del Cauca, 2018.**

Municipio de Procedencia	Hepatitis B aguda	Hepatitis B crónica	Hepatitis C	Hepatitis Coinfección B-D	Paciente con resultado positivo para HBsAg a clasificar	Total general
Cali	32	32	108		53	225
Palmira	2		13	1	2	18
Tuluá	1	3	8		4	16
Cartago		1	2		4	7
Caicedonia	3				3	6
Jamundí	1	1	4			6
Yumbo			2		4	6
Buga	2		3			5
Florida	1		1		2	4
La Cumbre		3			1	4
Candelaria			2		1	3
El Cerrito		1	1		1	3
Zarzal			1		1	2
Alcala	1					1
Bugalagrande			1			1
Dagua					1	1
La Union			1			1
Pradera			1			1
Restrepo	1					1
Valle del Cauca	44	41	148	1	77	311
%	14,15	13,18	47,59	0,32	24,76	100,00

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

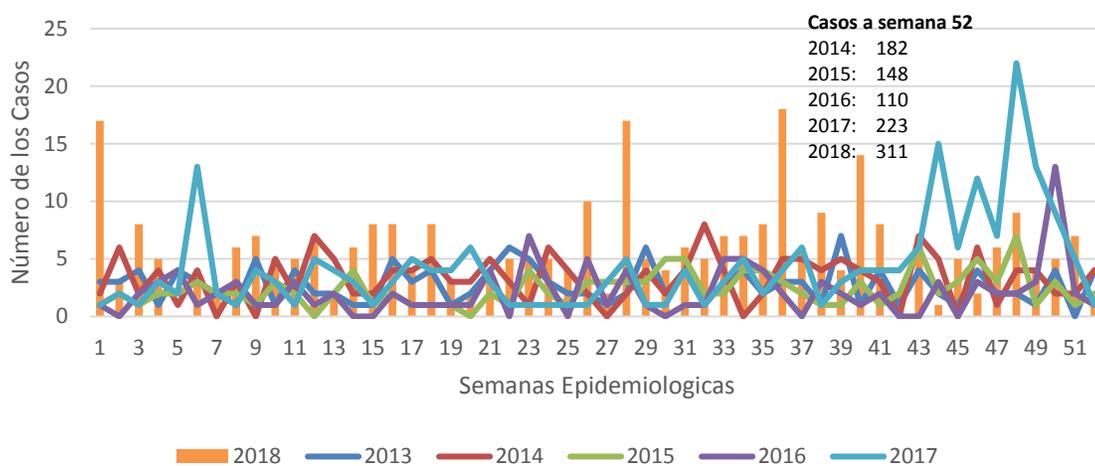
## 4.2 Tendencia del evento

En los últimos años se ha mantenido en un crecimiento lineal en la notificación de casos de hepatitis, esto a expensas del mayor ingreso de casos al sistema de vigilancia, también como consecuencia del mayor conocimiento del protocolo de vigilancia del evento y de la diversificación y expansión de las pruebas presuntivas y confirmatorias en los laboratorios públicos y privados, además de la normatividad en planes obligatorios de salud que contempla entre sus beneficios todas las

pruebas que se requieren para la confirmación de las hepatitis virales que circulan en el país.

Para el año 2018 se aprecia un incremento en un 39,46% (88 casos) en la notificación de hepatitis B y C con relación al año anterior, durante el año de análisis se observó un comportamiento superior a la de los últimos 5 años, en la semana epidemiológica 1, 3, 8,9,11,14-18, 26, 28, 33 – 36, 36, 40,41, 45 y 48.

**Gráfica 1. Tendencia de la Notificación de Hepatitis B, C y B-D, Valle del Cauca, año 2018.**



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

#### 4.3 Descripción en lugar y persona (datos básicos)

Para todas las clasificaciones de Hepatitis de transmisión sexual (incluyendo los casos de transmisión materno-infantil y los casos de coinfección hepatitis B-Delta) se tiene un consolidado de 311 casos. Los municipios de donde procedieron el mayor número de casos corresponden a Cali (72,35%), Palmira (5,79%), Tuluá (5,14%), y los cuales, en conjunto, aportan a la notificación del Departamento el 83,28% de los casos notificados en el año 2018.



**Tabla 4. Incidencia de hepatitis B, coinfección/ super-infección B/Delta por departamento/distrito de procedencia, Valle del Cauca, año 2018**

Municipio de Procedencia	N° de Casos	Habitantes	Incidencia por 100.000 hab	%
Cali	225	2445405	9,20	72,35
Palmira	18	310594	5,80	5,79
Tuluá	16	219148	7,30	5,14
Cartago	7	134308	5,21	2,25
Caicedonia	6	29526	20,32	1,93
Jamundí	6	127228	4,72	1,93
Yumbo	6	125663	4,77	1,93
Buga	5	114562	4,36	1,61
La Cumbre	4	11672	34,27	1,29
Florida	4	58775	6,81	1,29
El Cerrito	3	58296	5,15	0,96
Candelaria	3	85352	3,51	0,96
Zarzal	2	46599	4,29	0,64
La Unión	1	39671	2,52	0,32
Pradera	1	57257	1,75	0,32
Bugalagrande	1	21017	4,76	0,32
Alcalá	1	22710	4,40	0,32
Dagua	1	36775	2,72	0,32
Restrepo	1	16365	6,11	0,32
Valle del Cauca Sin Buenaventura	311	4332066	7,18	100,00

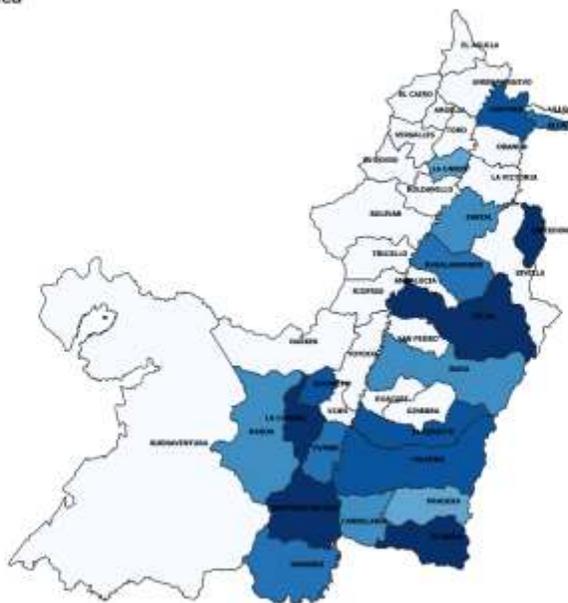
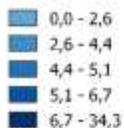
Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

Respecto a la distribución del número de casos de hepatitis B y C notificados al SIVIGILA en el departamento del Valle del Cauca para el año 2018, se observó una concentración de los casos en los municipios del sur del departamento probablemente relacionado con el tamaño poblacional y con la disponibilidad de ayudas diagnóstica. En Cuanto a la distribución de los casos por área de procedencia empleando población de referencia DANE, se encontraron los siguientes municipios con la tasa por encima a la del departamento (7,18 x 100.000 hab): La Cumbre, Caicedonia, Cali y Tuluá.



### Mapa 1. Distribución por municipios para Hepatitis B y C en el departamento del Valle del Cauca, 2018.

Hepatitis Valle del Cauca



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

A nivel departamental para el año 2018 respecto a hepatitis B, se observa un predominio en la proporción del sexo masculino (54,02%). De acuerdo con la clasificación y los grupos de edad por cursos de vida, se observa que en la adultez (29-59 años) se notificaron el mayor número de casos 150 (48,23%), seguido por el grupo del adulto mayor (60 años o más) con 109(35,05%) casos notificados en el periodo de análisis, lo que podría indicar que muchas de estas personas adquirieron la enfermedad por transmisión sexual o parenteral. Referente a la distribución de los casos según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social se observó que el 70,42% de la población notificada con esta enfermedad pertenece al régimen contributivo, 45,0 %, el 22,51% al subsidiado, el 3,86% no se encuentran asegurados, el 1,61 especial y de excepción. En hepatitis B la pertenencia étnica mostró en la categoría “otros grupos poblacionales” un porcentaje de 93,57%, en población afrocolombiana el 3,54% y el 2,25% en población indígena. Al examinar la distribución de casos en referencia al área de

ocurrencia se aprecia que en las cabeceras municipales se concentró la mayor cantidad de casos con un 96% de las notificaciones.

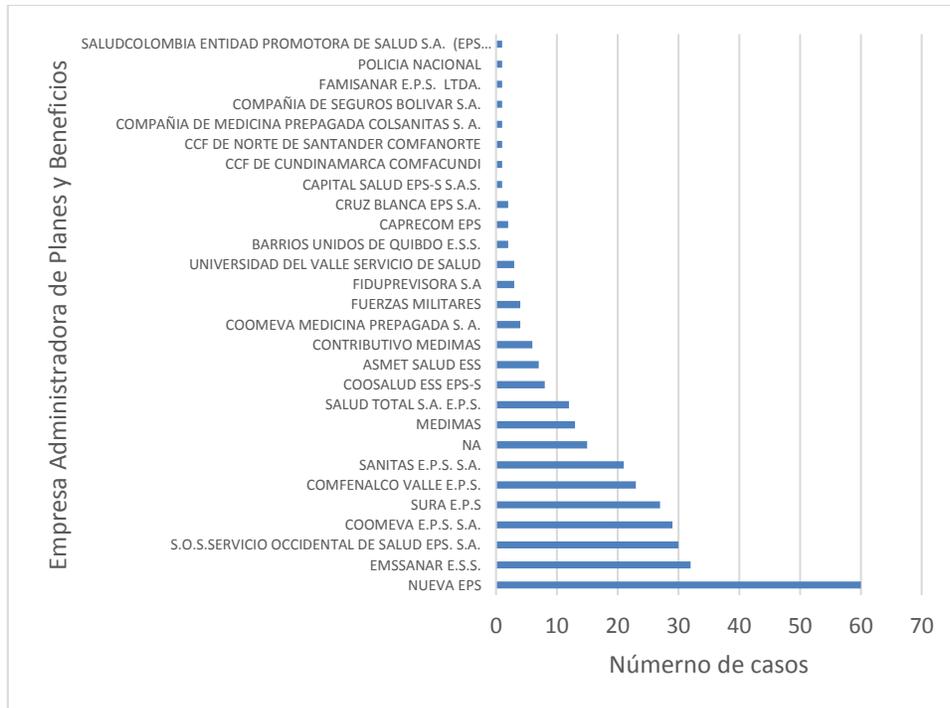
**Tabla 5. Comportamiento demográfico y social de los casos de hepatitis B, coinfección/super-infección B/Delta, Valle del Cauca, 2018.**

Variabes	Categorías	Casos	%
Sexo	Masculino	168	54,02
	Femenino	143	45,98
Edad Promedio 50,2 años	<12 años	0	0,00
	Adolescencia: 12 -17 años	0	0,00
	Juventud: 18-28 años	52	16,72
	Adultez: 29- 59 años	150	48,23
	Vejez: 60 Y + años	109	35,05
Pertenencia étnica	Indígena	7	2,25
	ROM, Gitano	1	0,32
	Raizal	1	0,32
	Palenquero	0	0,00
	Afrocolombiano	11	3,54
	Otro	291	93,57
Área de Procedencia	Cabecera Municipal	298	95,82
	Centro Poblado	6	1,93
	Rural Disperso	7	2,25
Tipo de régimen	Contributivo	219	70,42
	Especial	5	1,61
	Indeterminado	0	0,00
	No asegurado	12	3,86
	Excepción	5	1,61
	Subsidiado	70	22,51
Poblaciones especiales	PPL	6	1,93
	Migrantes	2	0,64
	Indígenas	7	2,25

Fuente: Sivigila Secretaría Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

Con relación al aseguramiento se observa que Nueva EPS, Emssanar, SOS y Coomeva son las cuatro principales Entidades Administradoras de Planes y Beneficios, las cuales tienen el 48,5% de la población notificada con Hepatitis B y C.

**Grafica 2. Distribución de la notificación de casos de hepatitis B y C por EAPB, Valle del Cauca, 2018.**



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

#### 4.4 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

En el análisis del comportamiento de los modos de transmisión del virus de la hepatitis llama la atención la persistencia en el aumento del reporte de casos por transmisión horizontal 12,54% (39), la transmisión parental /percutánea representa el 18,33% (57) de los casos, La transmisión sexual representa el 69,13%(215) de los casos siendo el mecanismo de transmisión más prevalente. En todos los tipos de hepatitis el modo de transmisión más frecuente es el sexual, pero en la hepatitis C, es importante la transmisión por vía parenteral/percutánea.

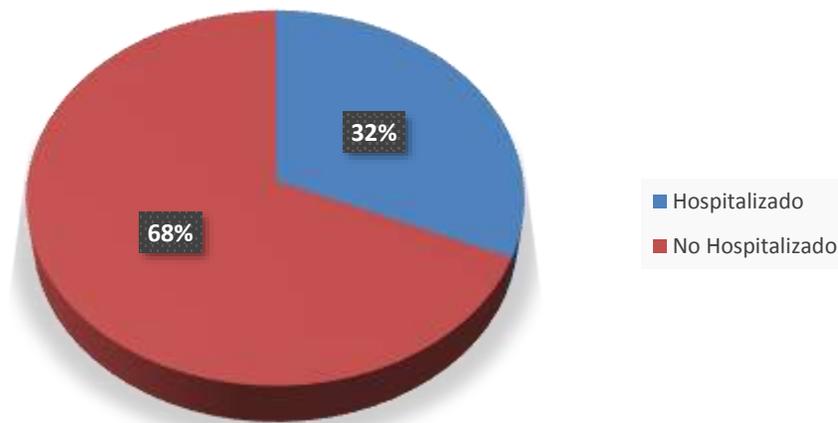
**Tabla 6. Comparación de la notificación de casos de hepatitis por Modo de Transmisión y Clasificación, Valle del Cauca, 2018**

Tipo de Hepatitis	Mecanismo Probable de Transmisión			Total
	Horizontal	Parental/ Percutánea	Sexual	
Hepatitis B aguda	9	5	30	44
Hepatitis B crónica	4	3	34	41
Hepatitis C	11	41	95	148
Hepatitis Coinfección B-D		1		1
Paciente con resultado positivo para HBsAg a clasi	15	7	55	77
<b>Todas las Hepatitis</b>	<b>39</b>	<b>57</b>	<b>214</b>	<b>311</b>

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

En la caracterización de la variable “hospitalización”, para el año 2018, el 32% requirió manejo intrahospitalario. En este punto cabe mencionar que el análisis de esta variable se dificulta por el diligenciamiento incompleto de las otras variables relacionadas, entre las que se destaca signos, síntomas y complicaciones (ver Gráfica)

**Gráfica 3. Distribución de casos de hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta según hospitalización, Valle del Cauca, año 2018**



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

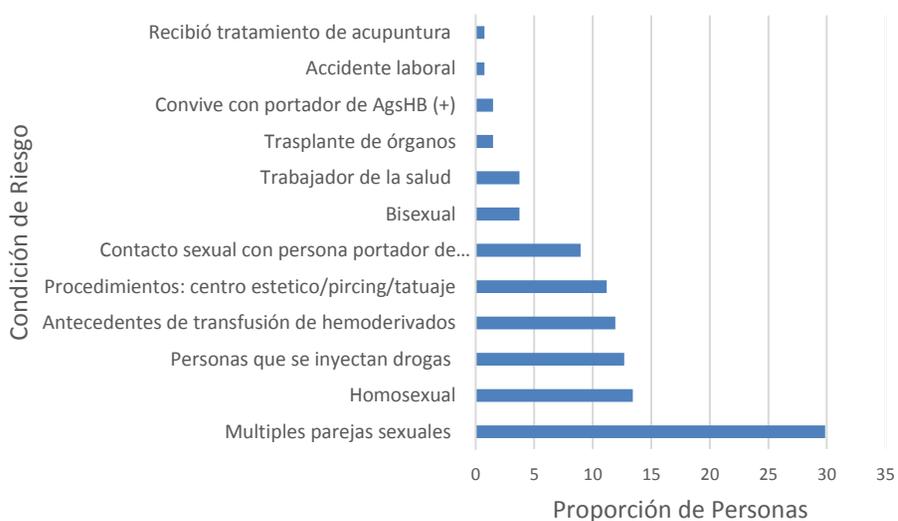
Por otro lado, se identificaron 3 personas con la condición de “donantes de sangre” en la notificación del año 2017, con hepatitis B, procedentes dos del Municipio de Cali y uno de Buga.



Del 100% de las personas notificadas, solo el 43% manifestó tener al menos una condición de riesgo, siendo el riesgo más prevalente el tener múltiples parejas sexuales.

Según lo registrado el evento se presentó en el 56% de la población de riesgo, y el 37,5 % de los casos de hepatitis B, se registraron en personas con antecedentes de transfusión de hemoderivados, seguido con 19% por personas con múltiples parejas sexuales y con 10% por las Personas que se inyectan drogas, entre otros (ver gráfica 4).

**Gráfica 4. Proporción de personas notificadas con hepatitis B, coinfección/suprainfección B/Delta notificados, con alguna condición de Riesgo, Valle del Cauca, año 2018**



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

La razón de prevalencia de hepatitis B para gestantes en el Valle del Cauca para el año 2018 es de 0,34 casos por 1.000 nacimientos (NV). Se identificó que 5 de las 6 entidades territoriales que tuvieron casos en gestantes presentaban prevalencias superiores a la del departamento, entre las cuales se encuentra en su orden La Cumbre, Caicedonia, Dagua, Florida y Tuluá.

**Tabla 7. Razón de prevalencia de hepatitis B, C, coinfección/superinfección B/Delta en gestantes por Municipio de procedencia, Valle del Cauca, 2018.**

Municipio de Procedencia	N° de Casos	Nacidos Vivos	Razón Prevalencia por 1000 NV	%
Caicedonia	2	153	13,07	12,5
Cali	7	27095	0,26	43,75
Dagua	1	445	2,25	6,25
Florida	1	675	1,48	6,25
La Cumbre	4	93	43,01	25
Tuluá	1	2335	0,43	6,25
<b>Valle del Cauca</b>	<b>16</b>	<b>46550</b>	<b>0,34</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

### Otras Variables Clínicas de Interés:

El 54,66% de los pacientes notificados con hepatitis B, C y coinfección/superinfección B/Delta estaban asintomáticos al momento del diagnóstico, el 9% presenta coinfección con VIH y el 32% presentó alguna complicación.

**Tabla 8. Algunas Condiciones Clínicas hepatitis B, coinfección/superinfección B/Delta, Valle del Cauca, 2018.**

Condición Clínica	N° de Casos	%
Sintomáticos	141	45,34
Coinfección VIH	28	9,00
Complicaciones Presentes	98	31,51

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

Con respecto a las complicaciones la más frecuente es la cirrosis hepática (57,14%), seguido por síndrome febril icterico con una participación del 33% y un 7% de los pacientes presentaron carcinoma hepático.



**Tabla 9. Complicaciones presentes en los pacientes notificados con hepatitis B, C, coinfección/superinfección B/Delta en gestantes por Municipio de procedencia, Valle del Cauca, 2018.**

<b>Complicaciones</b>	<b>N° de Casos</b>	<b>%</b>
Cirrosis hepática	56	57,14
Síndrome febril icterico	32	32,65
Carcinoma hepático	7	7,14
Falla hepática fulminante	3	3,06
Ninguna	160	

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

#### 4.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento.

##### **Incidencia de Casos notificados de Hepatitis B**

Por cada 100000 habitantes, se notificaron al Sivigila 3,76 casos de Hepatitis. Se genera este indicador con la información de la BD depurada.

**Tabla 10. Incidencia de Casos notificados de Hepatitis B, 2018**

<b>INDICADOR</b>	<b>NUMERADOR</b>	<b>DENOMINADOR</b>	<b>COEFICIENTE</b>	<b>RESULTADO</b>
Incidencia de Casos notificados de Hepatitis	Número de casos de Hepatitis B notificados	Población DANE proyectada en el año	100.000	
2018	163	4.332.066	100.000	3,76

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018.

##### **Proporción de casos de Hepatitis B que son Clasificados**

Durante el año 2018 en el Valle del Cauca el 52,76% de los casos de hepatitis B fueron clasificados como hepatitis B aguda o crónica

**Tabla 11. Proporción de casos de Hepatitis B que son Clasificados, 2018**

<b>INDICADOR</b>	<b>NUMERADOR</b>	<b>DENOMINADOR</b>	<b>COEFICIENTE</b>	<b>RESULTADO</b>
Porcentaje de casos de Hepatitis B, que son clasificados	Número de casos de hepatitis B que son clasificados en aguda o crónica	Número total de casos de hepatitis B notificados en el año	100	
2018	86	163	100	52,76

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

Gobernación del Valle del Cauca – Carrera 6 Calle 9 y 10 Teléfono: 6200000 Fax: 6200000

Sitio WEB: [www.valledelcauca.gov.co](http://www.valledelcauca.gov.co) e-mail: [mvictori@valledelcauca.gov.co](mailto:mvictori@valledelcauca.gov.co)

Santiago de Cali, Valle del Cauca



## Porcentaje de casos de Hepatitis C, que son confirmados

Por cada 100000 habitantes, se notificaron al Sivigila 3,76 casos de Hepatitis. Se genera este indicador con la información de la BD depurada.

**Tabla 12. Porcentaje de casos de Hepatitis C, que son confirmados, 2018**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	COEFICIENTE	RESULTADO
Porcentaje de casos de Hepatitis C, que son confirmados	Número de casos de hepatitis C que son confirmados	Número total de casos de hepatitis C notificados en el año	100	
2018	112	148	100	75,68

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

## 5. DISCUSIÓN

La notificación de casos de hepatitis B y C durante el año 2018 superó en un 39,46% la notificación del año 2017. Desde hace 40 años, Colombia es considerado un país de endemicidad intermedia para hepatitis B con una prevalencia promedio de portadores de antígeno de superficie de 3%. Adicionalmente, existían varias zonas donde la prevalencia de infección era hiperendémica y la prevalencia de portadores estaba por encima de 7% en adultos. Estas zonas correspondían al municipio de Ciénaga en el Magdalena, la zona del Catatumbo, la región de la Amazonia y el Urabá (9). Para el año 2018, el Departamento del Valle del Cauca presentó una prevalencia de 7,18 casos por 100.000 habitantes, comportamiento similar a la del país, siendo los siguientes municipios los de endemicidad alta Cali, Tuluá, Caicedonia y La Cumbre; es importante tener en cuenta que esta cifra puede obedecer a mejoras en el proceso de vigilancia y por ende de notificación del evento. En el departamento el mayor número de casos está concentrado en el área geográfica del sur oriente y sur occidente.

Como se mencionó anteriormente en el desarrollo del informe, llama la atención el porcentaje de gestantes notificadas, información que debe ser considerada elemento a intervenir en el propósito de interrumpir la transmisión perinatal, teniendo en cuenta, que todas las gestantes fueron diagnosticadas durante el embarazo.



La mayor concentración de los casos en población de 27 a 59 años y de 60 y más años, llama la atención sobre la transmisión sexual y probablemente parenteral, toda vez que sigue aumentando el uso de drogas intravenosas, además al considerar la posible cronicidad de la infección y carga de la enfermedad a futuro en esta población.

Con respecto al tipo de seguridad social, el comportamiento del departamento con respecto al país fue similar, predominó el régimen contributivo, seguido por el subsidiado, sin embargo, llama la atención la población no asegurada, esta información fue enviada a las direcciones locales de salud, para gestionar el riesgo en salud y el respectivo aseguramiento.

Se pueden reflejar logros con la introducción en la vacuna en los grupos de edades más jóvenes del departamento ya que no se notificaron casos en menores de 18 años.

Llama la atención la proporción de persona infectadas con hepatitis B y C, que fueron transfundidos (12%) y aún más los que fueron sometidos a trasplante de órganos (1%), es importante trabajar de la mano con los bancos de sangre, para verificar los procesos de selección de donantes. Debe evaluarse cuidadosamente si es conveniente eliminar a todos aquellos donadores con niveles de transaminasas elevadas, quitando así grupos de donadores potenciales o bien el aceptarlos tomando en cuenta el riesgo que representa. Un estudio más completo para investigar hepatitis B en donadores, debe incluir determinaciones de anticuerpo "CORE" de la hepatitis B (anti HBc) pues muchas veces este es el único marcador serológico que aparece en una sangre capaz de producir hepatitis postransfusional.

De los 36,7 millones de personas con VIH en 2015, se calcula que unos 2,7 millones tenían infección crónica por el VHB y 2,3 millones estaban infectados por el VHC. Las hepatopatías son una causa importante de morbilidad y mortalidad entre las personas con VIH y coinfectadas con hepatitis víricas. Debería diagnosticarse a esas personas y facilitarles con carácter prioritario un tratamiento adecuado y eficaz contra el VIH y la hepatitis. En el Valle del Cauca, del total de casos notificados durante el año 2018, el 52,5% correspondía a hepatitis B y el 47,59% a hepatitis C.

A nivel mundial, se estima que los virus de la hepatitis B y C (VHB y VHC) son responsables del 57% de los casos de cirrosis hepática, del 78% de los casos de cáncer primario de hígado y del 2,7% de muertes en la población (10). Asimismo,



se calcula que la infección por el virus de la hepatitis D (VHD), afecta al 5% de portadores de HBsAg, siendo más frecuente entre los usuarios de drogas inyectables y hemofílicos, este comportamiento similar al del departamento del Valle del Cauca, dado que, estos virus son los responsables del 57% de los casos de cirrosis hepática y del 7,14% de los casos de cáncer hepático.

## 6. CONCLUSIONES

- Respecto al comportamiento de los indicadores se observa una tendencia al incremento en la notificación de casos a la observada el año anterior.
- Para el 2017, el comportamiento de la infección de hepatitis B por cursos de vida muestra mayor concentración en los grupos de 27 a 59 años y de 60 y más años, revelando la necesidad de autocuidado en la población adulta y adulta mayor.
- El reporte de casos de hepatitis C muestra mejoras en la identificación y notificación del evento, dado que se están confirmando los casos en mayor proporción, de igual manera se observa en los casos de hepatitis B, dado que, mejorado la clasificación, se pasó de un porcentaje de clasificación correcta en el 2017 del 37,19% al 86% en el 2018.

## 7. RECOMENDACIONES

- Mejorar el proceso de confirmación de las hepatitis virales a la hora de notificarlos al sistema, a fin de que el porcentaje de “Hepatitis B a clasificar” disminuya dando cumplimiento a las definiciones de caso contempladas en el protocolo de vigilancia.
- Realizar seguimiento a las gestantes con HBsAg (+) y a sus recién nacidos con el objeto de identificar los casos por transmisión materno perinatal.
- Realizar asistencias técnicas y acompañamiento a las direcciones territoriales de salud a fin de fortalecer la vigilancia de las ITS en general, haciendo énfasis en las de transmisión vertical y perinatal de la hepatitis B con el fin de optimizar la prevención y detección precoz de esta enfermedad que tiene un alto riesgo de cronificación a largo plazo y muerte.



## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. hepatitis@who.int <http://www.who.int/hepatitis/es/> WHO/HIV/2017.06 © Organización Mundial de la Salud 2017. Global hepatitis report 2017 ISBN 978-92-4-156545-5 © World Health Organization 2017
2. INS (2015-2018) Protocolo Vigilancia en Salud Pública.
3. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B Crónica Adopción. Guía No GPC 2015 – 56. Ministerio de Salud y Protección Social Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Bogotá Colombia, abril 2016.
4. Abaalkhail F, Elsiesy H, Alomair A, Alghamdi MY, Alalwan A, AIMasri N, et al. SASLT practice guidelines for the management of hepatitis B virus. Saudi J Gastroenterol. 2014 1/2014;20(1):5-25
5. PAHO. Curso de Gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de inmunización. [Internet]. Available from: [http://www1.paho.org/english/ad/fch/im/isis/epi\\_mod/spanish/1/hepatitis\\_descripcion\\_epidemiologica.as](http://www1.paho.org/english/ad/fch/im/isis/epi_mod/spanish/1/hepatitis_descripcion_epidemiologica.as)
6. Beltrán M, Berrío-Pérez M, Bermúdez MI, Rey- Benito G, Camacho B, Forero P, et al. Detección de hepatitis B oculta en donantes de bancos sangre, Colombia 2008-2009. Biomédica. 2011;31:580–9
7. INS. (2017). *Informe Final Hepatitis B y C, Colombia 2017*. Bogotá: INS.
8. OMS. (2016). *Hepatitis B*. Ginebra: Organización mundial de la salud.
9. FitzSimons D, Hendrickx G, Vorsters A, Van Damme P. Hepatitis A and E: Update on prevention and epidemiology. Vaccine, 8 Jan 2010;28(3). 583-588 doi:10.1016/j.vaccine.2009.10.136
10. Ding-Shinn Chen. Hepatitis B vaccination: The key towards elimination and eradication of hepatitis B. Journal of Hepatology April 2009;50(4): 805-816