

**DIPLOMADO DE PROFUNDIZACION EN FUNDAMENTOS DE SALUD
PUBLICA**

GRUPO 151007_11

ESTUDIANTE

**CLAUDIA MILENA CRUZ LOZANO. 24183247
SUSAN JUSSELLY LONDOÑO LADINO. 39584656
YHEYME LORENA GUEVARA ERAZO. 1130617183
LUCILA CUELLAR. 20.878.890**

TUTOR

NIDIA CAROLINA NARANJO

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA

DICIEMBRE

2017

INTRODUCCION

Lo que se pretende con este trabajo es que a través del estudio de la enfermedad Sífilis Gestacional y Congénita en el departamento de Cundinamarca, analicemos y socialicemos acerca de los perfiles epidemiológicos, boletines e informes que se han elaborado a partir de esta enfermedad para reconocer la importancia de la salud publica en una situación real y con el fin de dar a conocer cuáles son los antecedentes y los tratamientos para tratar la Sífilis gestacional y congénita, en los casos reportados en los últimos 10 años en el departamento de Cundinamarca, de esta manera la salud publica revisa los reportes entregados por el SIVIGILA, el cual, se lleva el control de los casos de cada ciudad y los tratamientos a seguir dependiendo. Del estado de la etapa que esta la enfermedad.

JUSTIFICACION

- Las infecciones de transmisión sexual -ITS- , entre las que se encuentra la sífilis son consideradas como una de las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países, principalmente en los que se encuentran en vía de desarrollo. Las complicaciones afectan principalmente a mujeres y a niños. En el caso de la sífilis, esta puede afectar a la mujer embarazada y transmitirse al feto. Se estima que dos terceras partes de estos embarazos resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo.
- En Colombia se diagnostican anualmente más de 70.000 casos nuevos de ITS de los cuales 9.3% son ulcerativas (sífilis precoz 6.1% y Herpes genital 3.2%) que facilitan la transmisión y se constituye en la puerta de entrada para infección por VIH; se ha establecido que las personas que tienen sífilis tienen un riesgo de 2 a 9 veces de adquirir infección por VIH.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Determinar el grado de conocimiento que tenemos de esta enfermedad de gran interés para la salud pública, y también sus medidas preventivas.

ESPECIFICOS:

- Identificar cuáles son los principales síntomas de la Sífilis gestacional y congénita.
- Determinar el grado de frecuencia en el departamento de Cundinamarca.
- Tener claridad del tratamiento a seguir en cada paciente de forma oportuna y confiable.
- Identificar el plan de acción del municipio.

Sífilis Gestacional Y Congénita

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica exclusiva del humano como único reservorio, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas, la sífilis puede afectar a la mujer gestante y transmitirse al feto; se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo; complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnología básica y de bajo costo la sífilis congénita (SC). Su transmisión es sexual, causada por la bacteria *Treponema pallidum*, la cual es transmitida de la madre al niño, durante el desarrollo fetal o al nacer; la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas, Es una infección severa, incapacitante y con frecuencia potencialmente mortal que se observa en los bebés.

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

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

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

a) Sífilis primaria:

Se caracteriza por la aparición del “chancro” después de un periodo de incubación de aproximadamente 3 semanas (10-90 días). Se manifiesta como una erosión indolora, circunscrita y de bordes elevados redondeados u ovales y base indurada. Cuando el chancro se localiza en la zona genital, se acompaña de cambios en los ganglios linfáticos inguinales, Sin tratamiento el chancro involuciona y cicatriza en 2 a 6 semanas.

b) Sífilis secundaria

Se produce a las 3 a 12 semanas de la aparición del chancro. Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas que surgen en este período: la roséola sifilítica y lesiones papulosas.

La roséola sifilítica consiste en una erupción de manchas redondeadas de color rojo cobrizo de 5 a 12mm de diámetro y de localización predominante en el tórax, los brazos y el abdomen, y con afectación palmo plantar en el 50 al 80% de los casos.

c) Periodo latente

Se caracteriza por ser un periodo asintomático que puede durar entre 5- 50 años antes de que los pacientes presenten manifestaciones de sífilis terciaria. Durante esta fase el diagnóstico sólo puede realizarse por métodos serológicos. El riesgo de transmisión sexual durante la fase latente es bajo, aunque no inexistente, y debe tenerse especialmente en cuenta en las mujeres embarazadas.

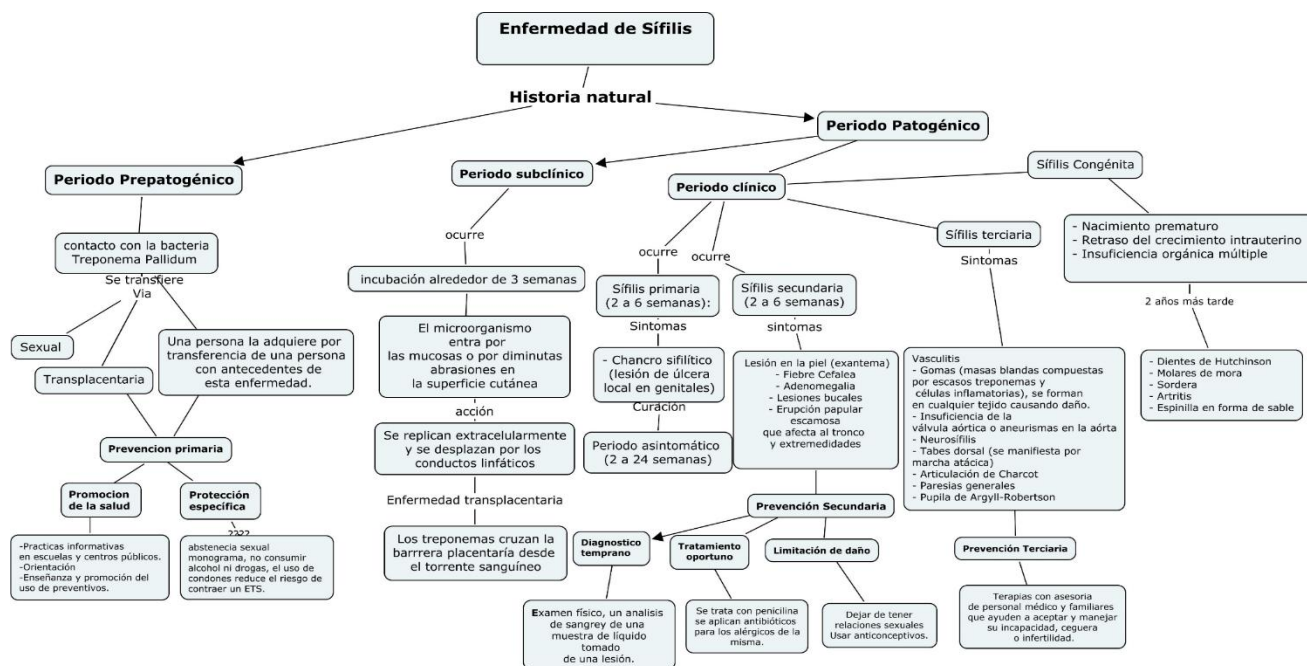
d) Sífilis terciaria o tardía

La sífilis tardía ocurre varios años después de la infección afectando hasta el 40% de los casos que no reciben tratamiento. Las lesiones por gomas aparecen por lo general a los 3 a 15 años de la infección y comienzan como uno o varios nódulos subcutáneos indoloros en cualquier parte del cuerpo.

La sífilis congénita (SC) ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al feto durante la gestación, ya sea por vía hematógeno-transparentaría o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico se ha desarrollado, aunque el *Treponema* puede pasar a la circulación fetal desde la novena semana. Los microorganismos infecciosos (*T. pallidum*) en la sangre de una mujer embarazada pueden pasar al feto, especialmente en la fase temprana de la infección (denominada sífilis temprana). Si bien la infección es transmisible al feto a partir de las nueve semanas de gestación, la transmisión suele tener lugar entre la 16ª y la 28ª semana del embarazo. La transmisión prenatal en la sífilis materna primaria es de 70% y en la secundaria es de 90% a 100%. En la sífilis latente temprana es de 30%, en la latente tardía la transmisión disminuye a alrededor de 20% (2, 4, 6). La sífilis no se transmite por la lactancia materna, a menos que haya una lesión infecciosa presente en la mama.

FICHA DE INFORMACION DE LA BACTERIA *TREPONEMA PALLIDUM*

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



Tratamiento de la sífilis gestacional

El esquema a elegir depende de la edad gestacional: si es mayor de 34 semanas, debe utilizarse penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante diez a catorce días. Si existe amenaza de parto pre término se remitirá por alto riesgo. Debe intentarse el diagnóstico del compromiso fetal. Si la edad gestacional es menor de 34 semanas, el esquema se seleccionará según el estadio, así:

- Sífilis de evolución indeterminada, o latente tardía, o terciaria excepto neurosífilis: penicilina benzatínica intramuscular a 2'4 millones de UI cada semana por tres dosis.
- Sífilis primaria, o secundaria, o latente temprana: penicilina benzatínica intramuscular a 2'4 millones de UI una dosis.
- Neurosífilis: penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante diez a catorce días.

Tratamiento de la sífilis congénita

Los dos esquemas antibióticos recomendados para el tratamiento están basados en el uso del medicamento de elección que es la penicilina, y no existen otras alternativas que garanticen la curación de la enfermedad. Por tanto, sólo la penicilina debe usarse para tratar un caso de sífilis congénita.

Los esquemas antibióticos específicos son los dos siguientes:

- Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 unidades/kg/día intravenosa, administrados en dosis fraccionadas de 50.000 unidades/kg cada 12 horas durante los siete primeros días de edad, y cada 8 horas después, por un total de diez a catorce días. Si hay compromiso de sistema nervioso central, el tratamiento debe durar catorce días.
- Penicilina G procaínica 50.000 unidades/kg/dosis intramuscular, una vez al día durante diez a catorce días. Si el tratamiento se interrumpe, debe reiniciarse. Este último esquema de tratamiento con penicilina procaínica no requiere atención intrahospitalaria

ANTECEDENTES

En 1995 se da inicio al Plan de eliminación

- En el año 2000 se desarrolló la Guía de atención de sífilis gestacional para Colombia
- En 2007, la OMS lanzó la guía Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción.
- Desde el año 2007 la OMS recomienda el uso de pruebas rápidas, son exámenes sencillos, que se realizan en el lugar de consulta, pueden llevarse a cabo fuera del entorno de laboratorio, con capacitación mínima del personal, sin equipo especializado y con la recolección de una pequeña cantidad de sangre mediante un pinchazo en el dedo.
- En el año 2008 se propuso que la eliminación de la transmisión materna infantil del VIH y de la sífilis congénita fuera de manera simultánea
- En el año 2009 se realiza en Colombia un anidado al VII Estudio Centinela de VIH en gestantes, en el que se obtuvo una prevalencia de sífilis gestacional del 1,7 % en el país.

En el año 2010 el consejo directivo de la OPS aprobó la estrategia y el plan de acción para la eliminación de la transmisión materna infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas para el año 2015

Indicador	Medios de verificación	Línea de base	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015
Incidencia de sífilis congénita	Sivigila	Año 2009: 2.7 por 1.000 NV	2.2 por 1.000 NV	1.7 por 1.000 NV	1.2 por 1.000 NV	0.7 por 1.000 NV	0.5 por 1.000 NV

INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN CUNDINAMARCA 2011.

En el departamento de Cundinamarca, se registran 14 casos de sífilis congénita. De los casos presentados son de predominio del área de la cabecera municipal con 13 casos, Se evidencia que de los 13 casos registrados en el año 2011, ocho de los casos su madres presentaron sífilis Gestacional con edad mínima de 17 años, máxima de 40 años promedio de 25 años y predominio de residencia el Municipio de Girardot, Flandes y Cajicá.

La incidencia de sífilis Gestacional en el año 2010 fue del 4,05, una disminución del 0,99 del 2010 con respecto al 2001 que fue de 3,06

SÍFILIS GESTACIONAL

Según el SIVIGILA del 2011 se presentaron 72 casos de Sífilis Gestacional, seis casos de Bogotá, con edad mínima de 14 años y máxima de 38 años. El 69,70% de los casos son de área urbana, el 16,367% del rural disperso y el 13.64% en los centro poblados.

En cuanto a la localización de los casos y la georreferenciación de la población que más se ve afectada con esta enfermedad de transmisión sexual, la Secretaría de Salud advierte que los casos se dan en todas las localidades, no tiene características especiales, pero sí hay una concentración en poblaciones con bajos niveles educativos.

Lo que se ha registrado en la sífilis gestacional (mujeres embarazadas) era predecible porque se relaciona con la eliminación de barreras de acceso y control del diagnóstico. Se han realizado acciones encaminadas a fortalecer el acceso oportuno para iniciar tratamiento y reducir la sífilis congénita”, dice el experto.

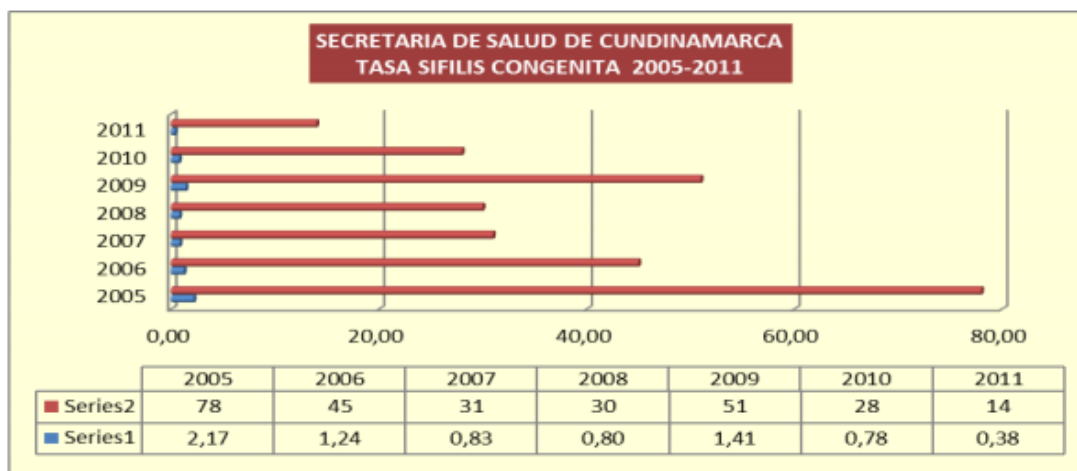
El diagnóstico de sífilis en mujeres embarazadas aumentó en un 10 por ciento en Bogotá. De 560 casos que se detectaron en 2013 se pasó a 620 para el año 2015.

La cifra es positiva para los bebés que están en el vientre, porque significa que se han detectado más casos a tiempo y se evitó el contagio de los gestantes.

Los datos oficiales señalan la reducción de los niños infectados por sífilis congénita: de 218 casos detectados en el año 2013 se pasó a 119 en el 2015.

Incendencia de sífilis congénita. La incidencia de la sífilis congénita, ha pasado de 1 a 2.6 casos, en los últimos diez años, en el país. En Cundinamarca el indicador al 2011 presenta una tendencia a la baja con un resultado del 0.38 (14 casos) por 1.000 nacidos vivos, pero aun debemos continuar con las acciones para llegar al 2015 a cero casos según las metas nacionales.

Incendencia de Sífilis Congénita en Cundinamarca 2011.



Fuente: Instituto Nacional de Salud - Sivigila - Oficina de Epidemiología - Prioridad SSR - SSC- 2011

En el departamento de Cundinamarca, se registran 14 casos de sífilis congénita. De los casos presentados son de predominio del área de la cabecera municipal con 13 casos, un caso del área centro poblado. Según el Departamento de residencia existen casos de notificados en Cundinamarca pero son del Tolima. En Cundinamarca los municipios de residencia se encontró una distribución así: Girardot, Facatativá, Chía, Caparra pi, Zipaquirá, Subachoque, Uvate, Cajicá y Zipaquirá. Se evidencia que de los 13 casos registrados en el año 2011, ocho de los casos su madres presentaron sífilis Gestacional con edad mínima de 17 años, máxima de 40 años promedio de 25 años y predominio de residencia el Municipio de Girardot, Flandes y Cajicá.

Boletín Epidemiológico Distrital

Sífilis Gestacional Bogotá D. C. de 2015

Hasta la semana epidemiológica 43 se notificaron 543 casos confirmados por laboratorio de Sífilis Gestacional. La localidad que mayor número de casos notificó fue Ciudad Bolívar con 56 casos (10,3%), seguido de Bosa con 54 casos (9,9%) y Kennedy con 47 casos (8,7%).

Sífilis Congénita Bogotá D. C. de 2015

Hasta la semana epidemiológica 43 fueron notificados 71 casos confirmados por nexo epidemiológico, 9 casos confirmados por laboratorio y 3 confirmados por clínica de Sífilis Congénita, de un total general de 83 casos. La localidad que mayor número de casos

notificó fue San Cristóbal con 10 casos (12%), seguido de las localidades de Bosa, Suba y Rafael Uribe con 8 casos (9,6% respectivamente), fuera de Bogotá 10 casos (12%).

Tabla 5. Clasificación de los casos de Sífilis Gestacional notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 43. Bogotá D. C. de 2015

LOCALIDAD	CONFIRMADO POR LABORATORIO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	17	17
02 - Chapinero	2	2
03 - Santa Fe	9	9
04 - San Cristóbal	44	44
05 - Usme	38	38
06 - Tunjuelito	15	15
07 - Bosa	54	54
08 - Kennedy	47	47
09 - Fontibón	12	12
10 - Engativá	29	29
11 - Suba	47	47
12 - Barrios Unidos	8	8
13 - Teusaquilla	2	2
14 - Los Mártires	13	13
15 - Antonio Nariño	9	9
16 - Puente Aranda	11	11
17 - La Candelaria	9	9
18 - Rafael Uribe Uribe	39	39
19 - Ciudad Bolívar	56	56
20 - Sumapaz	0	0
Fuera de Bogotá	49	49
Sin Dato	33	33
Total general	543	543

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2015

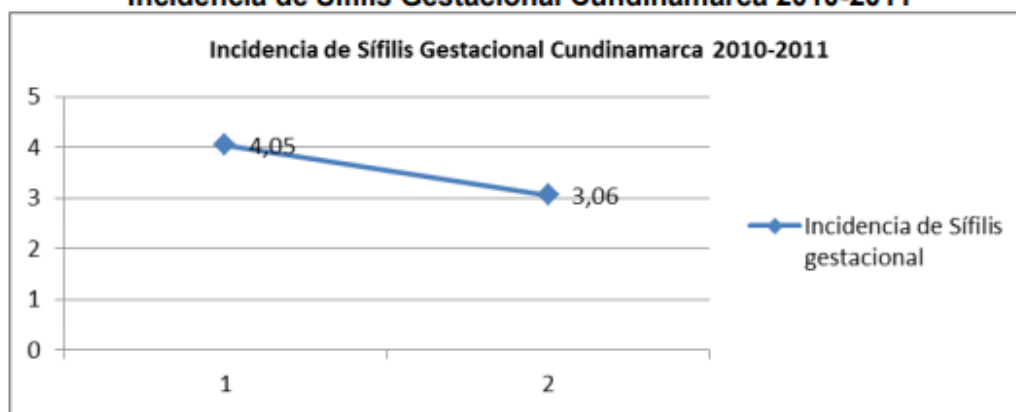
Tabla 6. Clasificación de los casos de Sífilis Congénita notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 43. Bogotá D. C. de 2015

LOCALIDAD	CONFIRMADO POR LABORATORIO	CONFIRMADO POR CLÍNICA	CONFIRMADO NEXO EPIDEMIOLÓGICO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	0	0	1	1
02 - Chapinero	0	0	0	0
03 - Santa Fe	0	0	1	1
04 - San Cristóbal	0	0	10	10
05 - Usme	1	0	3	4
06 - Tunjuelito	1	0	2	3
07 - Bosa	0	0	8	8
08 - Kennedy	1	0	4	5
09 - Fontibón	1	0	0	1
10 - Engativá	0	1	4	5
11 - Suba	3	0	5	8
12 - Barrios Unidos	0	0	0	0
13 - Teusaquilla	0	0	1	1
14 - Los Mártires	0	0	5	5
15 - Antonio Nariño	1	0	2	3
16 - Puente Aranda	0	0	1	1
17 - La Candelaria	0	0	2	2
18 - Rafael Uribe Uribe	0	2	6	8
19 - Ciudad Bolívar	0	0	7	7
20 - Sumapaz	0	0	0	0
Fuera de Bogotá	1	0	9	10
Sin Dato	0	0	0	0
Total general	9	3	71	83

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2015

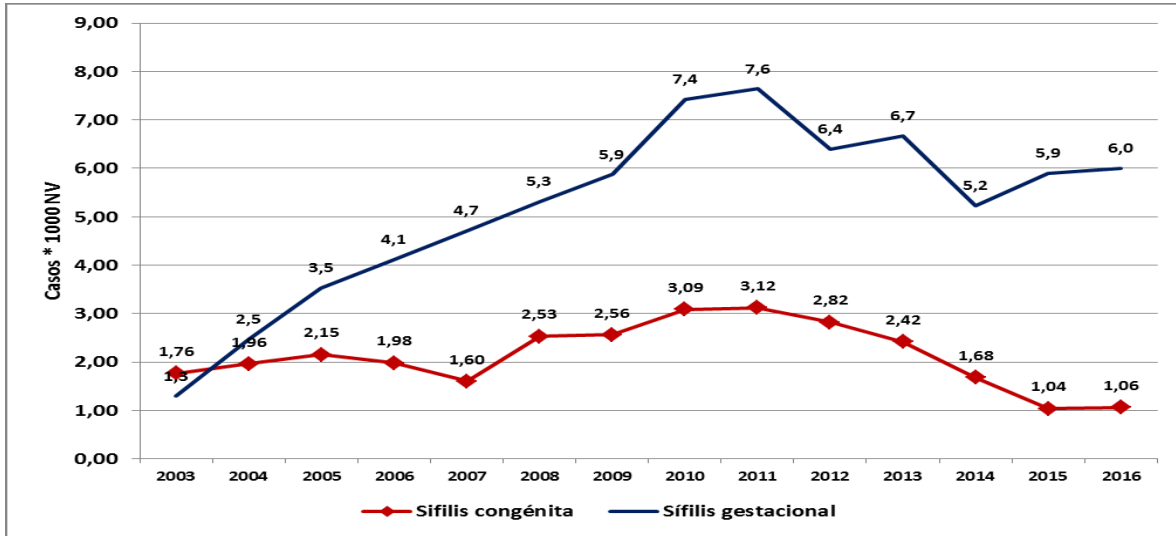


Incidencia de Sífilis Gestacional Cundinamarca 2010-2011

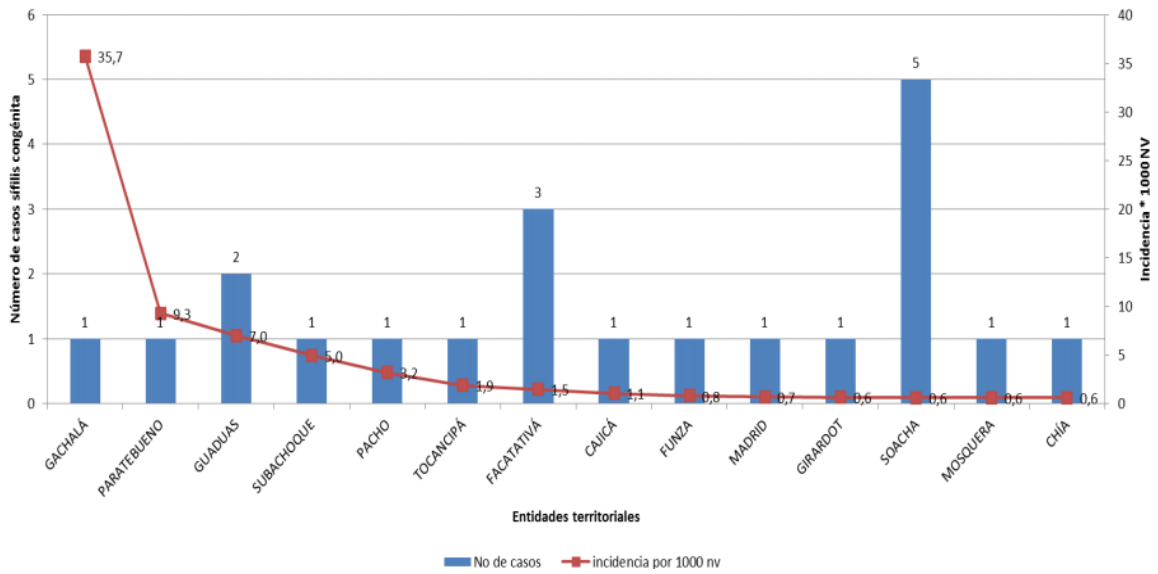


Fuente: Sivigila 2011 SSC

COMPORTAMIENTO EN CUNDINAMARCA DE LA ENFERMEDAD de 2013 a 2016



**Incidencia de sífilis
Congénita y número de casos notificados,
Cundinamarca 2016p**



Edad gestacional al inicio del CPN y a la toma de pruebas de laboratorio. Cundinamarca, semana 52 de 2016p

EDAD GESTACIONAL	INICIO DE CONTROL PRENATAL		TOMA DE PRUEBA TREPONEMICA		TOMA DE PRUEBA NO TREPONEMICA	
	No de casos	Porcentaje	No de casos	Porcentaje	No de casos	Porcentaje
Primer Trimestre (Semn 1 - 13)	67	41,61%	41	25,47%	43	26,71%
Segundo Trimestre (sem 14-27)	48	29,81%	56	34,78%	58	36,02%
Tercer trimestre (Sem 28-42)	25	15,53%	61	37,89%	56	34,78%
Sin dato	21	13,04%	3	1,86%	4	2,48%
Total	161	100%	161	100%	161	100%

- En Cundinamarca: el 48,45% (78) de los contactos fueron tratados.
- Cundinamarca: el 73,15% (109) de los casos notificados como sífilis gestacional fueron tratados con al menos una dosis de penicilina 30 días antes de terminada la gestación.
- Cundinamarca: el 26,85% (40) de los casos notificados como sífilis gestacional se espera sean casos de sífilis congénita por administración inoportuna de tratamiento.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DEL EVENTO

- Estimar la incidencia de sífilis gestacional y congénita, que permita conocer la tendencia del evento a nivel nacional.
- Caracterizar en las variables de persona, tiempo y lugar los casos de sífilis gestacional y congénita ingresados a través del sistema de vigilancia.
- Contribuir a la identificación de casos de sífilis gestacional y congénita para el desarrollo de acciones dirigidas a evitar la aparición de nuevos casos.
- Lanzamientos de guías prácticas.

- Plan de intensificación para la eliminación de la sífilis congénita.

ACCIONES COLECTIVAS

- Promover la utilización de servicios de salud y el comportamiento de búsqueda de atención.
- Promover medidas generales para fomentar la educación sexual a través de campañas de promoción de comportamientos saludables relacionados con la sexualidad y la reproducción.
- Proveer servicios de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, los cuales deben ser culturalmente apropiados, accesibles y aceptables.
- Información a la comunidad y vinculación de ésta al proceso de vigilancia epidemiológica para la detección de casos probables.
- Realizar búsqueda activa comunitaria trimestralmente con el fin de hallar gestantes sin control prenatal ni serologías para hacerles seguimiento.

ACCIONES IMPORTANTES

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

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Sífilis gestacional y congénita

- La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto la meta de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública llevando la incidencia a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por 1.000 nacidos. Para lograr esta meta, es necesario que se detecten y traten más de 95% de las gestantes infectadas, con lo que se logrará reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0% (2).
- Entre las estrategias fundamentales para lograr reducir los casos de sífilis gestacional y alcanzar la eliminación de la sífilis congénita están la optimización de la cobertura y la calidad de la atención de los servicios de salud y el fortalecimiento de la detección y tratamiento de los casos de sífilis.
- Recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control de la enfermedad.

Plan de acción Instituto Nacional de Salud (INS)

- Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través de la Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública, construir y divulgar los lineamientos para la vigilancia epidemiológica de la sífilis gestacional y congénita en el territorio nacional.
- Apoyar mediante asistencia técnica de acuerdo a su competencia sanitaria a los departamentos y distritos, en la gestión del sistema de vigilancia en salud pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita.
- Analizar y divulgar la información de vigilancia en salud pública de la sífilis gestacional y congénita.
- Coordinar con el Ministerio de la Protección Social y otras entidades del sector salud las acciones pertinentes a realizar en los distritos y departamentos para la vigilancia y control de este evento.

- Supervisar y evaluar las acciones de vigilancia y control realizadas por las entidades territoriales en las áreas de su competencia.
- Hacer seguimiento y realimentación del cumplimiento de los lineamientos nacionales para sífilis gestacional y congénita por parte de las entidades territoriales.
- Fortalecer la Red Nacional de diagnóstico de sífilis gestacional y congénita.
- El laboratorio de microbiología realizará el control de calidad a los Laboratorios Departamentales de Salud Pública para las pruebas no treponemas y treponemas. Cabe resaltar que el laboratorio nacional de referencia no procesará ninguna muestra para diagnóstico individual de caso, ya que esta responsabilidad recae directamente sobre el laboratorio clínico de la IPS que atiende el caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Sabogal. A. JUNIO 2014. SIFILIS GESTACIONAL Y SIFILIS CONGENITA. Recuperado de http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/Protocolo_vigilancia_sifilis_gestacional.pdf

Anónimo. 2012. Análisis de la situación de salud en Cundinamarca. Recuperado de <http://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/d6a29064-e9d8-4efc-8b58-ed702deb2cc1/2.3+ANALISIS+DE+SITUACION+DE+SALUD.pdf?MOD=AJPERES&CVID=k7DmJEn>

Anónimo. Bogotá 2015. Boletín Epidemiológico Distrital. Recuperado de. <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Boletines%20epidemiologicos/2015/Bolet%20C3%ADn%20Epidemiol%20B3gico%20a%20Semana%2043.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2013). Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021 Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>

- Escobar M, Petrásovits, A, Peruga, A, Silva, N, Vives, M, Robles, S. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. Salud pública 2000; 42:56-64.
- Orduñez García PO. El control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Revista Cubana de Salud Pública. 2006; 32(2).

