

**INFORME**  
DEL EVENTO

**SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA**  
COLOMBIA 2018



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD



La salud  
es de todos

Minsalud

## INFORME DE SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA, 2018

Amparo Liliana Sabogal Apolinar  
Equipo de Infecciones de transmisión sexual  
Grupo de enfermedades transmisibles  
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública  
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

### 1. INTRODUCCIÓN

▼ La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) producida por la bacteria *Treponema pallidum*, que puede causar complicaciones a largo plazo o la muerte, si no se trata de manera adecuada (1). Las gestantes pueden transmitir dicha infección a los fetos durante la gestación, lo cual puede producir aborto espontáneo, muerte perinatal, bajo peso al nacer, infección neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas (2).

En 2012, la OMS estimó 5,6 millones de nuevos casos de sífilis entre adultos de 15 a 49 años en todo el mundo (3). En 2015, se registraron unos 22 800 casos de sífilis congénita en la región, con una tasa en aumento de 1,7 casos por 1 000 nacidos vivos (4).

Desde 2010 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Unicef y otras organizaciones, plantearon impulsar la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe, planteando una meta de 0,5 casos o menos de sífilis congénita por 1 000 nacidos vivos (incluidos mortinatos). En Colombia, a pesar de todos los esfuerzos de los diferentes sectores involucrados en el seguimiento y control de dichos eventos, la sífilis congénita no ha sido eliminada, la incidencia ha pasado de 0,94 casos por 1 000 nacidos vivos en 1998 a 1,39 en 2017(5).

Entre las estrategias fundamentales para lograr reducir los casos de sífilis gestacional y alcanzar la eliminación de la sífilis congénita, están la optimización de la cobertura, de la calidad de la atención de los servicios de salud y el fortalecimiento de la detección y tratamiento de los casos de sífilis, apoyadas por el Programa y la Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal de la sífilis congénita del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para lo anterior es fundamental el fortalecimiento de los procesos de atención y vigilancia de la sífilis en gestantes y de la sífilis congénita, en el marco del plan de beneficios en salud.

Los objetivos de este informe son describir el comportamiento de sífilis congénita y de sífilis gestacional para el año 2018, además de caracterizar en las variables de persona, tiempo y lugar los casos ingresados a través del sistema de vigilancia.

Los exámenes de laboratorio para el diagnóstico de estos eventos son realizados por la IPS en la cual se da la atención de la gestante y deben ser analizados dentro del control prenatal para hacer el diagnóstico y notificar el caso.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

▼ Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo para los eventos de sífilis gestacional y sífilis congénita, se tomaron los datos finales de Sivigila 2018. La depuración de la Base de Datos se realizó conforme el instructivo

Para el análisis se tuvo en cuenta las definiciones de caso del protocolo de vigilancia:

- **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:

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

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

Todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de sífilis congénita

o

Todo 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 (6).

Para este informe se toma en consideración el “*departamento de residencia*” en la mayoría de los análisis que involucran la variable lugar.

Los indicadores a tener en cuenta son:

### 1. Incidencia de sífilis congénita

Numerador: número de casos nuevos de sífilis congénita notificados en el período.

Denominador: población expuesta al riesgo de enfermar por esa causa en el período (nacidos vivos más mortinatos).

### 2. Porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso

Numerador: número de casos de sífilis congénita notificados en el período que cumplen con la definición de caso.

Denominador: número de casos de sífilis congénita notificados en el período.

### **3. Proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional**

Numerador: casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional.

Denominador: casos de sífilis congénita notificados.

### **4. Razón de prevalencia de sífilis gestacional**

Numerador: número de casos de sífilis gestacional notificados en el período.

Denominador: nacidos vivos más mortinatos, fuente DANE.

Se realizarán análisis de frecuencias y para la identificación de comportamientos inusuales se utilizará la distribución de Poisson. Para el procesamiento de la información se manejará Excel.

Consideraciones éticas: En el diseño 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 (7). Este estudio se considera sin riesgo.

## **3. RESULTADOS**

### **▼ 3.1 Hallazgos sífilis gestacional**

Una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

- a) Registros de la base de datos original: 7 737 registros.
- b) Registros repetidos: 4,1 % (317 registros).
- c) Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso, que corresponde al ajuste 6: 2,1 % (161 registros).
- d) Registros descartados desde la UPGD por error de digitación, que corresponde al ajuste D: 1,2 % (92 registros)
- e) Registros descartados desde el INS por no cumplir definición de caso: 12,7 % (982 registros)
- f) Registros finales en base de datos depurada que cumplen con las definiciones de caso: 75,8 % (5 862 registros). Es importante mencionar que

en esta clasificación ingresan 279 casos de madres de casos de sífilis congénita que no fueron notificadas oportunamente. No se incluyen en el análisis el 4,2 % (323) gestantes procedentes del extranjero, 1 de Ecuador y 322 de Venezuela.

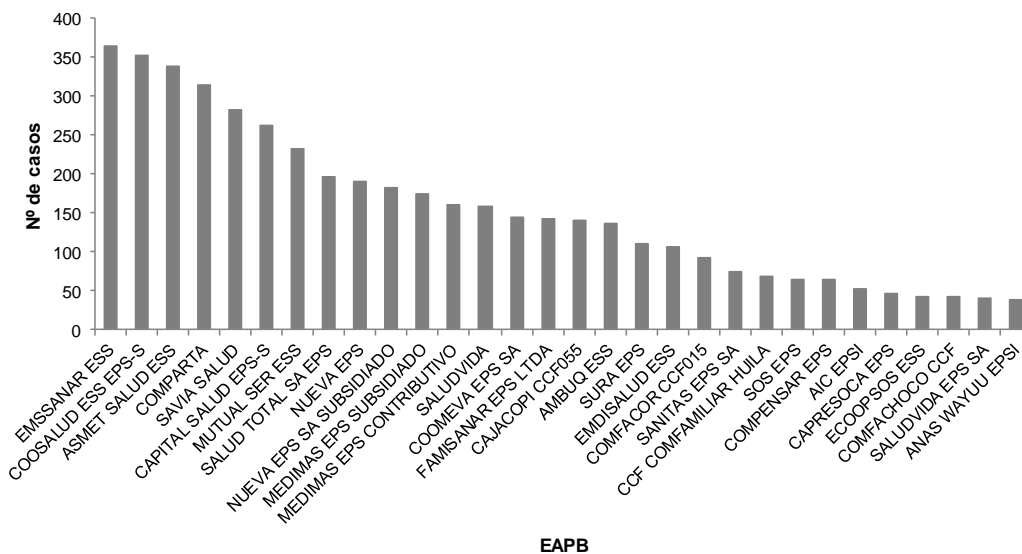
A semana 52 de 2018 los casos confirmados por laboratorio fueron 5 863 con una razón de prevalencia nacional de 8,8 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos. En el análisis realizado en la notificación individual, se encontró que el mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado, en el grupo de edad de 20 a 24 años seguido del de 14 a 19 años y en las cabeceras municipales. Por pertenencia étnica, se observa un importante número de casos en afrocolombianos e indígenas (ver tabla 1).

*Tabla 1. Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*

Variable	Categoría	Casos	%
Tipo de régimen	Subsidiado	3985	68,0
	Contributivo	1291	22,0
	No asegurado	539	9,2
	Indeterminado	26	0,4
	Especial	16	0,3
	Excepción	5	0,1
Pertenencia étnica	Otro	4950	84,4
	Afrocolombiano	655	11,2
	Indígena	212	3,6
	ROM (gitano)	26	0,4
	Raizal	17	0,3
	Palenquero	2	0,03
Grupos de edad	Menores de 14 años	14	0,2
	14 a 19 años	1291	22,0
	20 a 24 años	1697	28,9
	25 a 29 años	1145	19,5
	30 a 34 años	789	13,5
	35 a 39 años	465	7,9
	40 a 44 años	171	2,9
	45 y más	12	0,2
	Sin dato	278	4,7
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	4746	81,0
	Rural disperso	634	10,8
	Centro poblado	482	8,2

Según el Decreto 3518 de 2006, las EAPB son las responsables, entre otras funciones, de garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso (8). Las siguientes 30 aseguradoras reúnen el 75,5 % de los casos de sífilis gestacional (ver figura 1).

Figura 1. Distribución de casos de sífilis gestacional por Entidades administradoras de planes de beneficios, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018



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

El 87,6 % (5 134) de los casos fueron diagnosticados durante el embarazo, el 7,1 % (419) en el parto, el 3,4 % (200) en el puerperio y el 1,9 % (109) en el post aborto. De las 5 862 mujeres gestantes incluidas en la base de sífilis, el 81,1 % (4 755) tuvo control prenatal.

De las gestantes que tuvieron control prenatal, solamente el 49,4 % (2349) lo iniciaron en primer trimestre, al 37,5 % (1784) se les realizó la prueba treponémica y al 37,5 % (1785) 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 2).

*Tabla 2. Edad gestacional al inicio del control prenatal y a la toma de pruebas de laboratorio en los casos de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*

Edad gestacional	Inicio de control prenatal		Toma de prueba treponémica		Toma de prueba no treponémica	
	# de casos	%	# de casos	%	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 01-13)	2349	49,4	1784	37,5	1785	37,5
Segundo trimestre (Sem 14-27)	1727	36,3	1674	35,2	1650	34,7
Tercer trimestre (Sem 28-42)	679	14,3	1297	27,3	1320	27,8
<b>Total</b>	<b>4755</b>	<b>100</b>	<b>4755</b>	<b>100</b>	<b>4755</b>	<b>100</b>

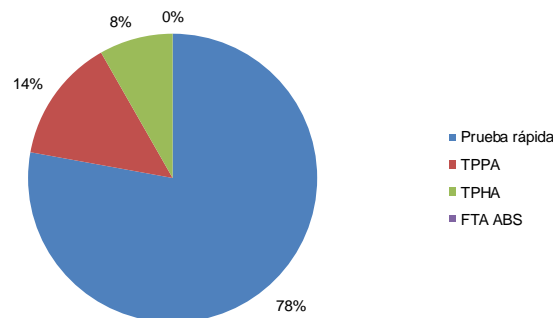
Se observa que de las 5 862 gestantes, el 31,8 % (1 866) fueron diagnosticadas en tercer trimestre (ver tabla 3).

*Tabla 3. Edad gestacional al diagnóstico en los casos de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*

Edad gestacional al diagnóstico		
Edad gestacional	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	2063	35,2
Segundo trimestre (Sem 14-27)	1933	33,0
Tercer trimestre (Sem 28-42)	1866	31,8
<b>Total</b>	<b>5862</b>	<b>100</b>

Se realizaron pruebas treponémicas rápidas en un 77,9 % (4 564) de los casos (ver figura 2).

*Figura 2. Tipo de prueba treponémica utilizada para el diagnóstico de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*

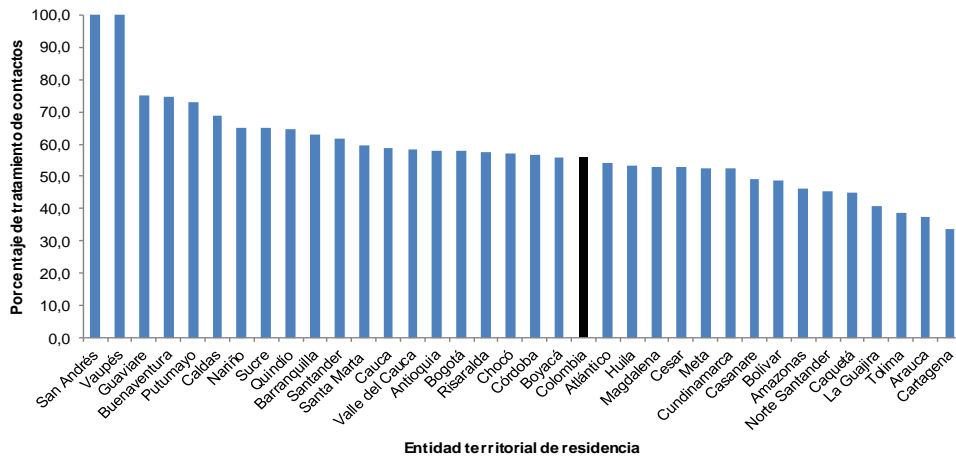




De las 4 755 gestantes que tuvieron control prenatal, el 92,3 % (4 389 casos) recibió tratamiento con penicilina benzatínica. Al 39,8 % (1 746) de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 3,3 % (143) dos dosis y al 57,0 % (2 500) tres dosis. El 7,7 % (366) de las gestantes no recibieron tratamiento.

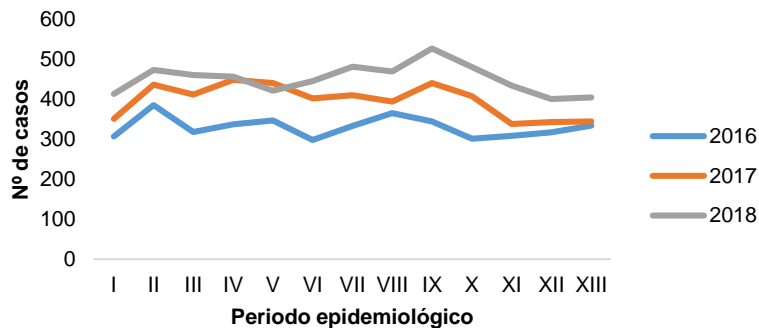
Solamente al 55,8 % (3 272) de los contactos sexuales de las 5 862 gestantes con sífilis, se les administró tratamiento para sífilis. La situación por entidad territorial es la siguiente (ver figura 3).

*Figura 3. Tratamiento de contactos sexuales de mujeres gestantes diagnosticadas con sífilis, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*



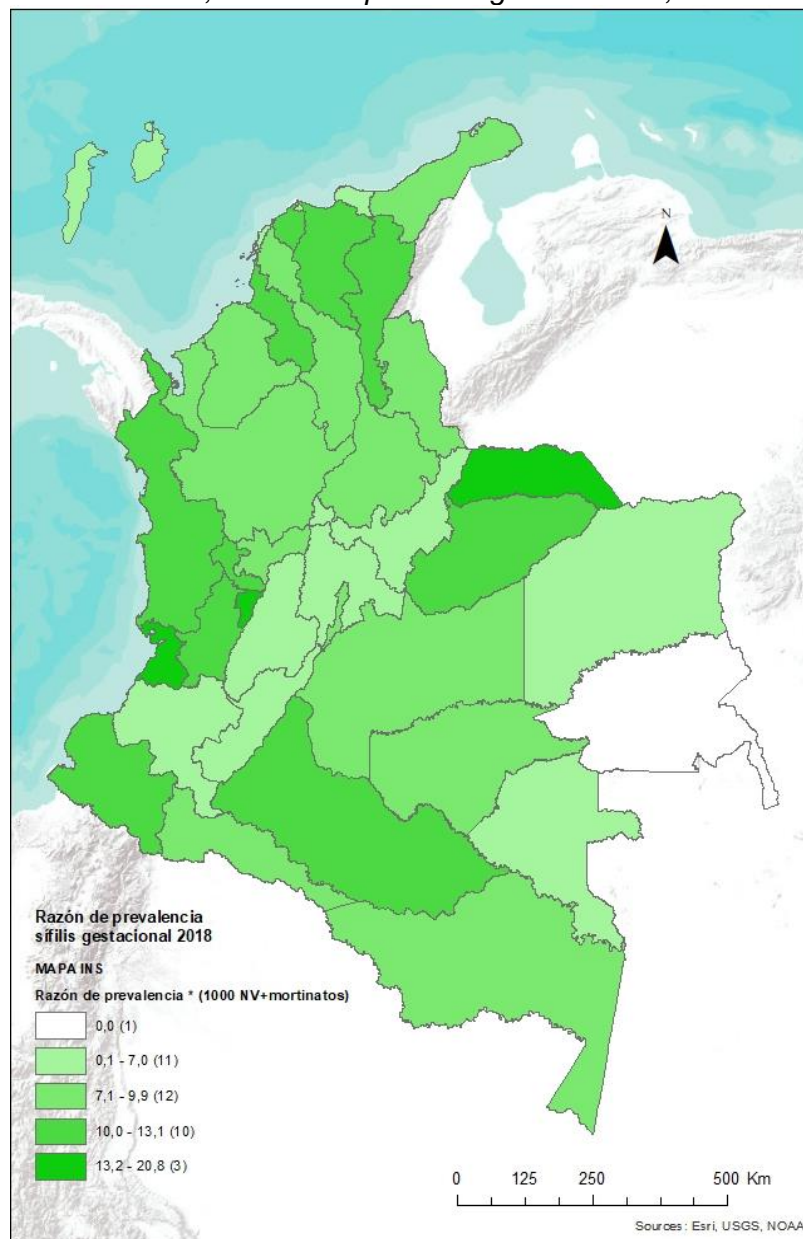
En el comportamiento de la notificación de sífilis gestacional durante el año 2018 se observa un ligero incremento del 0,9 % respecto al año inmediatamente anterior (ver figura 4).

*Figura 4. Comportamiento de la notificación de sífilis gestacional por periodo epidemiológico, Colombia, periodos I a XIII, 2016 a 2018*



En el siguiente mapa podemos observar que las entidades territoriales con mayor razón de prevalencia de sífilis gestacional son: Arauca, Buenaventura, Quindío, Chocó y Valle del Cauca. Las entidades territoriales que más casos notifican son: Bogotá D.C, Antioquia, Valle del Cauca, Santander y Cesar (ver mapa 1).

*Mapa 1. Razón de prevalencia por entidad territorial de residencia de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*



*Tabla 4. Razón de prevalencia de sífilis gestacional / nacidos vivos+mortinatos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*

Entidad territorial de residencia	N° de casos	N° de nacidos vivos 2017	Mortinatos 2017	Denominador total	Razón de prevalencia * (1000 NV+mortinatos)
Amazonas	13	1448	18	1466	8,9
Antioquia	640	76844	682	77526	8,3
Arauca	96	4589	28	4617	20,8
Atlántico	195	18178	334	18512	10,5
Barranquilla	140	23957	SD	23957	5,8
Bogotá	746	92054	831	92885	8,0
Bolívar	133	17442	374	17816	7,5
Boyacá	75	14700	120	14820	5,1
Buenaventura	98	5136	SD	5136	19,1
Caldas	93	9295	77	9372	9,9
Caquetá	80	7226	55	7281	11,0
Cartagena	136	19493	SD	19493	7,0
Casanare	75	6440	38	6478	11,6
Cauca	104	18780	210	18990	5,5
Cesar	239	20504	184	20688	11,6
Chocó	84	6301	114	6415	13,1
Córdoba	238	26668	276	26944	8,8
Cundinamarca	195	35771	327	36098	5,4
Exterior	3	1196	17	1213	2,5
Guainía	0	833	2	835	0,0
La Guajira	154	17677	178	17855	8,6
Guaviare	12	1258	9	1267	9,5
Huila	126	19689	145	19834	6,4
Magdalena	182	14201	199	14400	12,6
Meta	141	15297	136	15433	9,1
Nariño	201	18208	234	18442	10,9
Norte de Santander	170	21033	181	21214	8,0
Putumayo	37	4541	32	4573	8,1
Quindío	96	5853	51	5904	16,3
Risaralda	132	10561	80	10641	12,4
San Andrés	1	854	7	861	1,2
Santander	272	30062	190	30252	9,0
Santa Marta	57	9266	SD	9266	6,2
Sucre	171	15467	124	15591	11,0
Tolima	116	17699	155	17854	6,5
Valle del Cauca	604	46504	441	46945	12,9
Vaupés	1	593	7	600	1,7
Vichada	6	1016	13	1029	5,8
Sin dato	0	70	70	140	0
<b>Colombia</b>	<b>5862</b>	<b>656704</b>	<b>5939</b>	<b>662643</b>	<b>8,8</b>

Los datos del denominador son del año 2017 con corte 07/11/2018 para nacidos vivos y para mortinatos, publicadas el 21/12/2018. Los datos de mortinatos no incluyen muertes fetales con tiempo de gestación ignorado o sin información.

### ▼ 3.2 Hallazgos sífilis congénita

Una vez depurada y analizada la base de registro se identifica lo siguiente:

- a) Registros de la base de datos original: 1 769 registros.
- b) Registros repetidos: 1,3 % (23 registros).
- c) Registros descartados desde la UPGD por no cumplir definición de caso, que corresponde al ajuste 6: 12,7 % (224 registros).
- d) Registros descartados desde la UPGD por error de digitación, que corresponde al ajuste D: 5,3 % (93 registros).
- e) Registros descartados desde el INS por no cumplir definición de caso: 16,2 % (287 registros).
- f) Registros finales en base de datos depurada que cumplen con las definiciones de caso: 56,6 % (1 001 registros). No se incluyen en el análisis 8,0 % (141 casos) procedentes de Venezuela.

Al realizar la depuración de la base de datos se identificaron 287 casos de niños que no cumplieron con las definiciones de caso, lo cual puede deberse a deficiencias en la calidad del dato, al desconocimiento de las definiciones de caso de sífilis gestacional y sífilis congénita o a la no aplicación de los algoritmos diagnósticos. En la siguiente tabla se observa la distribución por entidad territorial de notificación (ver tabla 5).

*Tabla 5. Casos notificados como sífilis congénita que no cumplen definición de caso, por entidad territorial de notificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*

Entidad territorial de notificación	Nº de casos que no cumplen	Porcentaje
La Guajira	78	27,2
Barranquilla	41	14,3
Valle del Cauca	27	9,4
Córdoba	20	7,0
Norte de Santander	20	7,0
Atlántico	15	5,2
Santander	12	4,2
Buenaventura	9	3,1
Antioquia	8	2,8
Bogotá	8	2,8
Cartagena	7	2,4
Tolima	7	2,4
Chocó	5	1,7
Boyacá	4	1,4
Cundinamarca	4	1,4

Meta	4	1,4
Huila	3	1,0
Sucre	3	1,0
Casanare	2	0,7
Santa Marta	2	0,7
Arauca	1	0,3
Bolívar	1	0,3
Cauca	1	0,3
Cesar	1	0,3
Guainía	1	0,3
Nariño	1	0,3
Putumayo	1	0,3
Vaupés	1	0,3
<b>Colombia</b>	<b>287</b>	<b>100</b>

A semana 52 de 2018, los casos notificados fueron 1 001 con una incidencia para Colombia de 1,51 casos por 1 000 nacidos vivos + mortinatos (incluidos los mortinatos).

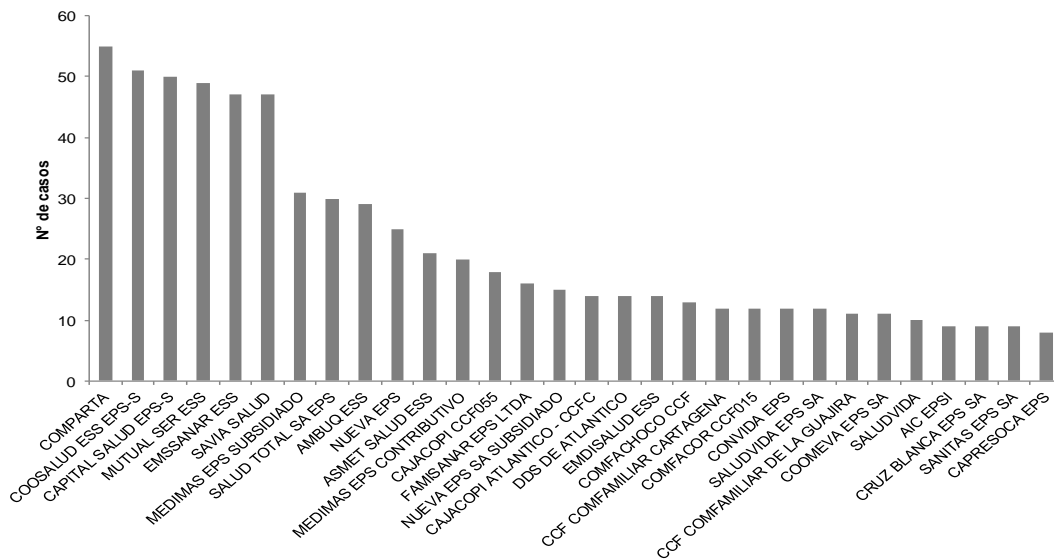
En el análisis realizado de la notificación Individual, se encontró que el 50,1 % (502) de los casos se presentaron en mujeres. El régimen subsidiado tiene el mayor porcentaje de casos con el 64,8 % (649), la proporción de casos en afrocolombianos es del 7,4 % y en indígenas es del 4,9 %; y el 79,7 % (798) de los casos notificados residen en la cabecera municipal (ver tabla 6).

*Tabla 6. Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*

Variable	Categoría	Casos	Denominador	Tasa * 1000 NV	%
Sexo	Femenino	502	320.035	1,6	50,1
	Masculino	499	336.576	1,5	49,9
Tipo de régimen	Subsidiado	649	353.811	1,8	64,8
	No asegurado	159	17.502	9,1	15,9
	Contributivo	151	269.203	0,6	15,1
	Indeterminado	36	120	300,0	3,6
	Especial	5	237	21,1	0,5
	Excepción	1	15.831	0,1	0,1
Pertenencia étnica	Otro	875	606.419	1,4	87,4
	Afrocolombiano	74	30.650	2,4	7,4
	Indígena	49	18.902	2,6	4,9
	ROM (gitano)	3	170	17,6	0,3
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	798	515.706	1,5	79,7
	Rural disperso	134	89.307	1,5	13,4
	Centro poblado	69	50.344	1,4	6,9

El 68,1 % de los casos de sífilis congénita fueron notificados en las siguientes 30 aseguradoras (ver figura 5).

*Figura 5. Distribución de casos de sífilis congénita por Entidades administradoras de planes de beneficios, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*



El 93,3 % (934) de los casos de sífilis congénita se confirmaron por nexo epidemiológico, el 6,5 % (65) por laboratorio y el 0,2 % (2) por clínica.

De los 1 001 casos notificados como sífilis congénita, el 5,2 % (52) fue reportado con condición final muerto.

El 70,1 % (702) de las madres de los casos fueron diagnosticados durante el parto, el 28,0 % (280) en el embarazo y el 1,9 % (19) en el puerperio.

De las madres de los 1 001 casos notificados como sífilis congénita, el 61,8 % (619) tuvo control prenatal. De estas, solamente el 31,3 % (194) lo iniciaron en primer trimestre, al 5,2 % (32) se les realizó la prueba treponémica y al 4,5 % (28) 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 7).

*Tabla 7. Edad gestacional al inicio del CPN y a la toma de pruebas de laboratorio de las madres de casos de sífilis congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*

Edad gestacional	Inicio de control prenatal		Toma de prueba treponémica		Toma de prueba no treponémica	
	# de casos	%	# de casos	%	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	194	31,3	32	5,2	28	4,5
Segundo trimestre (Sem 14-27)	212	34,2	64	10,3	61	9,9
Tercer trimestre (Sem 28-42)	213	34,4	523	84,5	530	85,6
<b>Total</b>	<b>619</b>	<b>100</b>	<b>619</b>	<b>100</b>	<b>619</b>	<b>100</b>

Se observa que las madres de los 1 001 casos de sífilis congénita fueron diagnosticadas en un 88,6 % (887) de los casos en tercer trimestre (ver tabla 8).

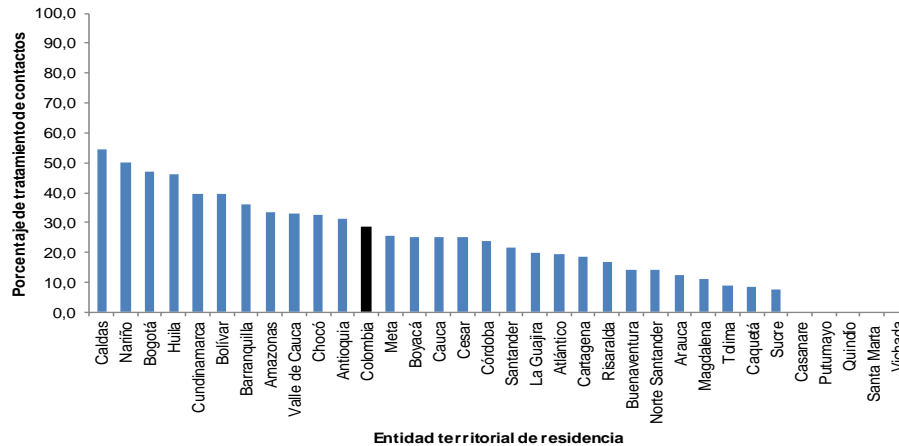
*Tabla 8. Edad gestacional al diagnóstico de las madres de los casos de sífilis congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*

Edad gestacional al diagnóstico		
Edad gestacional	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	34	3,4
Segundo trimestre (Sem 14-27)	80	8,0
Tercer trimestre (Sem 28-42)	887	88,6
<b>Total</b>	<b>1001</b>	<b>100</b>

De las 619 madres que tuvieron control prenatal, el 83,0 % (514 casos) recibió tratamiento con penicilina benzatínica. Al 64,2 % (330) de las madres de los casos se les administró una dosis de penicilina benzatínica, al 5,6 % (29) dos y al 30,2 % (155) tres dosis. El 17,0 % (105) de las madres no recibieron tratamiento.

Solamente al 28,6 % (286 casos) de los contactos sexuales de las 1 001 madres de casos notificados como sífilis congénita, se les administró tratamiento para sífilis. La situación por entidad territorial es la siguiente (ver figura 8).

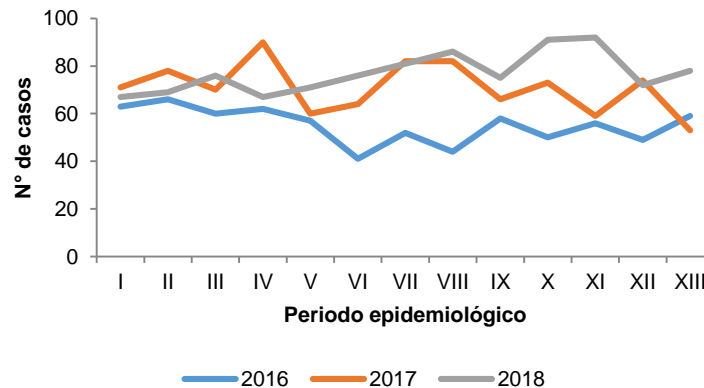
Figura 8. Tratamiento de contactos sexuales de madres de casos de sífilis congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018



De los 1 001 casos notificados como sífilis congénita el 95,5 % (956) nacieron vivos y se presentaron 45 mortinatos (4,5 %). De los nacidos vivos el 20,7 % (198 casos) fueron recién nacidos pretérmino.

En la gráfica de tendencia del evento se muestra un incremento en el número de casos de sífilis congénita para el año 2017 probablemente relacionada con la mejoría en la calidad de la notificación y en el conocimiento de las definiciones de caso. El comportamiento de la notificación en el año 2018 muestra un incremento del 8,6 % respecto a la del año inmediatamente anterior (ver figura 9).

Figura 9. Comportamiento de la notificación de sífilis congénita por periodo epidemiológico, Colombia, periodos I a XIII, 2016 a 2018





En el siguiente mapa podemos observar que las entidades territoriales con mayor incidencia de sífilis congénita son: Chocó, Amazonas, Arauca, Meta y La Guajira. Las entidades territoriales que más casos notifican son: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Barranquilla y Cundinamarca (ver mapa 2).

*Mapa 2. Incidencia de sífilis congénita por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018*

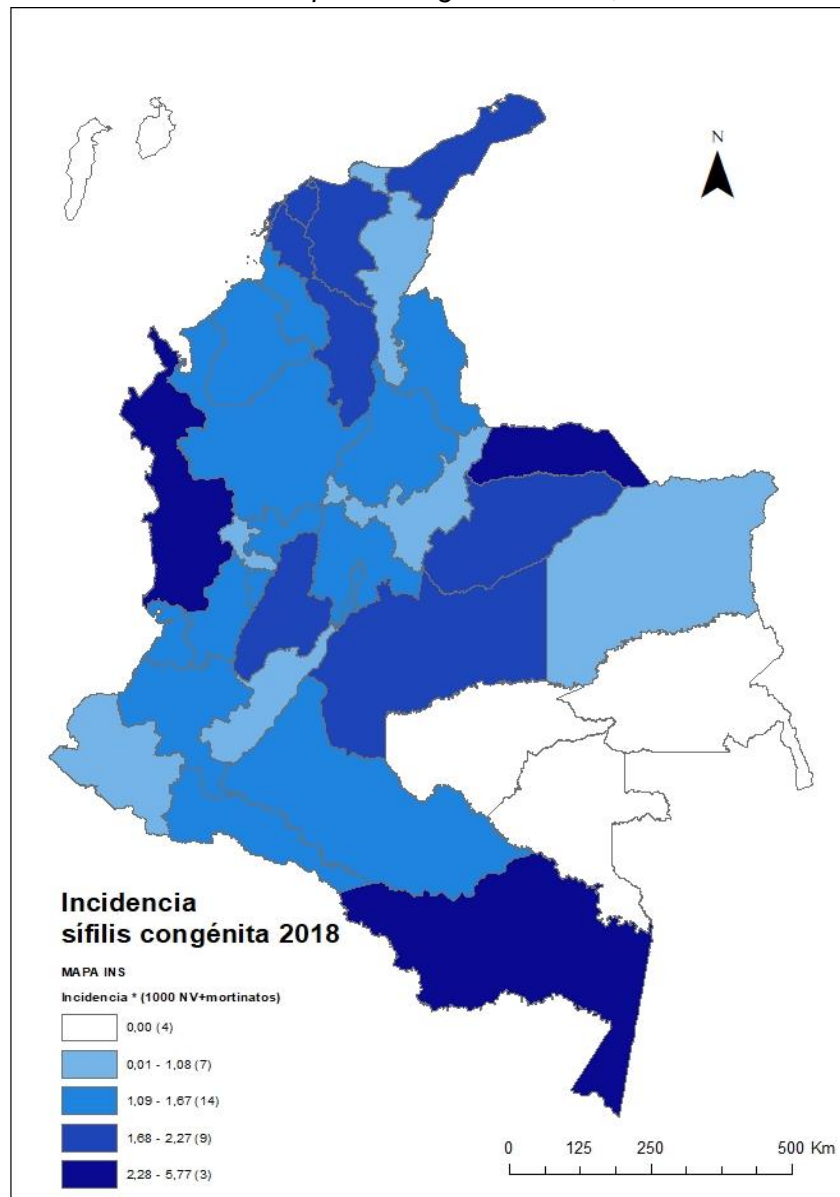


Tabla 9. Incidencia de sífilis congénita / nacidos vivos + mortinatos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018

Departamento de residencia	No. de casos	N° de nacidos vivos 2017	Mortinatos 2017	Denominador total	Incidencia * (1000 NV+mortinatos)
Amazonas	6	1448	18	1466	4,09
Antioquia	108	76844	682	77526	1,39
Arauca	16	4589	28	4617	3,47
Atlántico	36	18178	334	18512	1,94
Barranquilla	50	23957	SD	23957	2,09
Bogotá	144	92054	831	92885	1,55
Bolívar	33	17442	374	17816	1,85
Boyacá	12	14700	120	14820	0,81
Buenaventura	7	5136	SD	5136	1,36
Caldas	11	9295	77	9372	1,17
Caquetá	12	7226	55	7281	1,65
Cartagena	38	19493	SD	19493	1,95
Casanare	13	6440	38	6478	2,01
Cauca	28	18780	210	18990	1,47
Cesar	12	20504	184	20688	0,58
Chocó	37	6301	114	6415	5,77
Córdoba	38	26668	276	26944	1,41
Cundinamarca	43	35771	327	36098	1,19
Exterior	1	1196	17	1213	0,82
Guainía	0	833	2	835	0,00
La Guajira	40	17677	178	17855	2,24
Guaviare	0	1258	9	1267	0,00
Huila	13	19689	145	19834	0,66
Magdalena	27	14201	199	14400	1,88
Meta	35	15297	136	15433	2,27
Nariño	20	18208	234	18442	1,08
Norte de Santander	28	21033	181	21214	1,32
Putumayo	6	4541	32	4573	1,31
Quindío	9	5853	51	5904	1,52
Risaralda	6	10561	80	10641	0,56
San Andrés	0	854	7	861	0,00
Santander	37	30062	190	30252	1,22
Santa Marta	10	9266	SD	9266	1,08
Sucre	26	15467	124	15591	1,67
Tolima	34	17699	155	17854	1,90
Valle del Cauca	64	46504	441	46945	1,36
Vaupés	0	593	7	600	0,00
Vichada	1	1016	13	1029	0,97
Sin dato	0	70	70	140	0,00
<b>Colombia</b>	<b>1001</b>	<b>656704</b>	<b>5939</b>	<b>662643</b>	<b>1,51</b>

*Tabla 10. 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, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 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	Casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional	N° de casos SC por ET de residencia	Porcentaje
Amazonas	5	6	83,3	6	6	100,0
Antioquia	112	192	58,3	67	108	62,0
Arauca	18	19	94,7	9	16	56,3
Atlántico	8	31	25,8	18	36	50,0
Barranquilla	85	145	58,6	33	50	66,0
Bogotá	165	194	85,1	118	144	81,9
Bolívar	17	30	56,7	25	33	75,8
Boyacá	13	21	61,9	11	12	91,7
Buenaventura	6	15	40,0	1	7	14,3
Caldas	13	24	54,2	8	11	72,7
Caquetá	11	14	78,6	10	12	83,3
Cartagena	49	60	81,7	31	38	81,6
Casanare	12	19	63,2	10	13	76,9
Cauca	21	35	60,0	16	28	57,1
Cesar	14	22	63,6	10	12	83,3
Chocó	25	41	61,0	16	37	43,2
Córdoba	39	70	55,7	32	38	84,2
Cundinamarca	23	28	82,1	36	43	83,7
Guainía	0	2	0,0	0	0	NA
La Guajira	40	123	32,5	25	40	62,5
Guaviare	0	1	0,0	0	0	NA
Huila	17	30	56,7	10	13	76,9
Magdalena	18	21	85,7	22	27	81,5
Meta	34	48	70,8	30	35	85,7
Nariño	17	30	56,7	16	20	80,0
Norte de Santander	27	56	48,2	21	28	75,0
Putumayo	5	7	71,4	4	6	66,7
Quindío	10	18	55,6	9	9	100,0
Risaralda	12	17	70,6	6	6	100,0
San Andrés	0	0	NA	0	0	NA
Santander	39	62	62,9	29	37	78,4
Santa Marta	11	18	61,1	3	10	30,0
Sucre	30	42	71,4	20	26	76,9
Tolima	37	53	69,8	27	34	79,4
Valle del Cauca	67	132	50,8	41	64	64,1
Vaupés	0	1	0,0	0	0	NA
Vichada	1	1	100,0	0	1	0,0
<b>Colombia</b>	<b>1001</b>	<b>1628</b>	<b>61,5</b>	<b>721</b>	<b>1001</b>	<b>72,0</b>

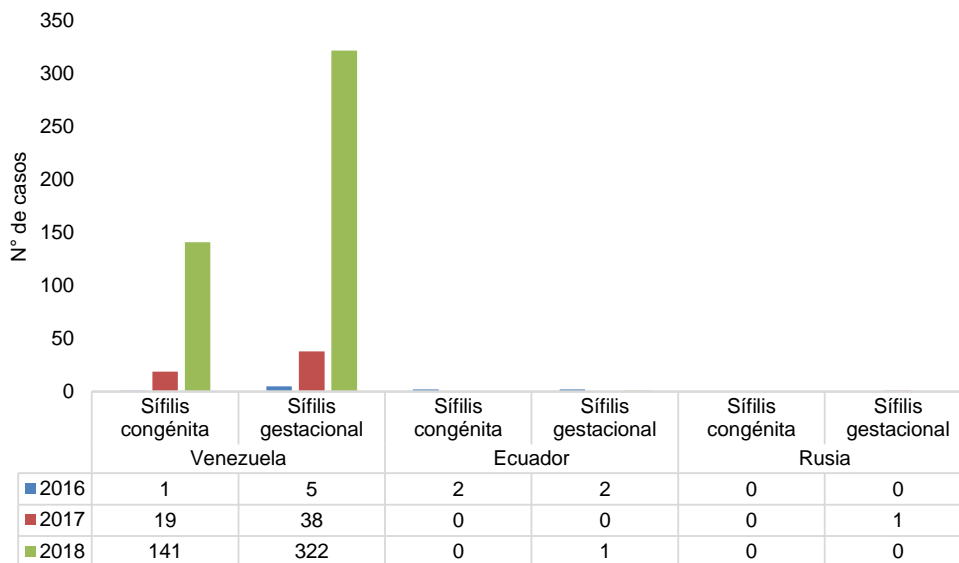
Para los indicadores N° 1 y N° 3 se toma en consideración el “departamento de residencia”, para el indicador N° 2 el “Departamento de notificación”.

El denominador para el indicador N° 1 es “Nacidos vivos más mortinatos” DANE del año 2017 con corte 07/11/2018, publicadas el 21/12/2018. El dato de mortinatos no incluye muertes fetales con tiempo de gestación ignorado o sin información.

El denominador del indicador N° 2 es el número total de casos de sífilis congénita notificados durante el año 2018, por entidad territorial de notificación y para el indicador N° 3 es el número de casos de sífilis congénita confirmados, por entidad territorial de residencia.

La notificación de casos procedentes del extranjero ha tenido un marcado aumento relacionado principalmente con personas procedentes de Venezuela (ver figura 10).

*Figura 10. Casos de sífilis gestacional y sífilis congénita procedentes del extranjero, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016 a 2018*



## 4. DISCUSIÓN

- ▼ En el análisis de la tendencia de la sífilis gestacional se observa un incremento de la notificación en el año 2017 el cual puede estar relacionado con la mejoría en la aplicación del algoritmo diagnóstico, en la calidad de la notificación y con la inclusión, en la semana de notificación del recién nacido, de las madres de casos de sífilis congénita que no fueron notificadas como sífilis gestacional. En el comportamiento de la notificación de este evento durante el año 2018 se observa un ligero incremento del 0,9 % respecto al año inmediatamente anterior. En la tendencia de sífilis congénita se muestra el mismo comportamiento que en sífilis gestacional, incremento en 2017 y 2018.

La incidencia de sífilis congénita en el año 2018 fue de 1,51 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos, revelando un incremento del 8,6 % respecto al año 2017; esto puede deberse a una mejora en el cumplimiento del protocolo de vigilancia y de la Guía de Práctica Clínica (GPC), pero también indica que el país no se está acercando a la meta de eliminación de 0,5 casos por 1 000 nacidos vivos aprobada en el 50.º Consejo Directivo los Estados Miembros de la OPS dentro de la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita (Resolución CD50. R12 [2010]) (9). Este incremento además se ha visto afectado por la migración venezolana, puesto que después de 6 meses de vivir en Colombia los casos se consideran como de residencia en el país y entran en las estadísticas.

Se observa una mejoría en la calidad del dato teniendo en cuenta que para sífilis gestacional fue necesario descartar por no cumplimiento de las definiciones de caso el 12,7 % de los casos, porcentaje inferior que el del año 2017 en el que se descartaron el 15,1 % de estos. Y para sífilis congénita se descartaron el 16,2 % en 2018 mientras que en 2017 fue el 17,8 %.

Estos datos indican deficiencias en el programa de atención prenatal que incluyen problemas en la captación, diagnóstico y tratamiento de las gestantes con sífilis, ya sea por desconocimiento de las definiciones de caso, no aplicación de algoritmos diagnósticos, no adquisición de los insumos necesarios para el diagnóstico,

resistencia a la implementación de las pruebas rápidas, no adherencia a guías de práctica clínica, fallas en el diligenciamiento de las fichas o fallas en la digitación y manejo del software. Dichas deficiencias deben corregirse para el logro de la meta de eliminación.

En el plan de eliminación de la sífilis congénita, se plantea dentro de los objetivos programáticos la necesidad de aumentar la cobertura de atención prenatal a más del 95 % (10), sin embargo el análisis de los datos muestra ausencia de control prenatal (CPN) en un 18,9 % de los casos de sífilis gestacional y en un 38,2 % de las madres de casos de sífilis congénita; los resultados muestran una probable dificultad de acceso a los servicios y la necesidad de mejorar las estrategias de inducción a la demanda en todo el territorio Nacional.

Además de la no realización del control prenatal, se observa que solo el 49,4 % del total de casos de sífilis gestacional y el 31,3 % de las madres de casos de sífilis congénita inició este control en primer trimestre, lo cual nos muestra una posible debilidad en la oportunidad. Asimismo un 7,7 % de las gestantes con sífilis y un 17,0 % de las madres de casos de sífilis congénita, que asistieron a CPN, no recibieron tratamiento, lo que confirma la necesidad de reforzar la calidad del programa de atención prenatal. No obstante, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 refiere que a nivel nacional la atención prenatal brindada por parte de profesional calificado (médico/a y enfermero/a), a madres gestantes durante los últimos cinco años es del 98 % para 2015 y que el 92 % de las gestantes obtuvo cuatro visitas de control o más en la zona urbana; y el 83,7 % en la zona rural (11).

La mayoría de los casos de sífilis congénita ocurren en las cabeceras municipales (79,7 %) y en el régimen subsidiado (64,8 %), probablemente por debilidades en el seguimiento de las GPC en zonas urbanas y un mayor problema de acceso a los servicios de salud por parte de las gestantes que pertenecen a este régimen de aseguramiento.

También se observa un número importante de casos en afrocolombianos con el 7,4 % y en indígenas con el 4,9 %; lo que muestra las dificultades en la accesibilidad de dichas poblaciones a la atención prenatal y por lo tanto la necesidad de

incrementar las actividades de promoción y prevención para el logro de la meta de eliminación.

De las gestantes notificadas con sífilis, al 37,5 % se les realizó prueba treponémica en el primer trimestre; mientras que a las madres de casos de sífilis congénita solamente al 5,2 %, estos resultados nos indican que el diagnóstico está siendo tardío. La variable de condición al momento del diagnóstico muestra que aún tenemos un 7,1 % de las gestantes diagnosticadas en el parto, un 3,4 % en el puerperio y un 1,9 % en postaborto; mientras que en las madres de niños con sífilis congénita encontramos un 70,1 % diagnosticadas en el parto y un 1,9 % en el puerperio lo que hace muy difícil una intervención oportuna.

Para el diagnóstico de las gestantes se está utilizando como prueba treponémica la prueba rápida en un 77,9 % de los casos lo que muestra una mejoría en la adherencia a GPC; sin embargo, es necesario recordar la importancia de aumentar este porcentaje teniendo en cuenta los beneficios de la utilización de este tipo de prueba dentro de los que se incluye el diagnóstico rápido, en entornos fuera del laboratorio y con profesionales de la salud de diferentes áreas.

Según los datos notificados en el Sivigila el 7,7 % de las gestantes y el 17,0 % de las madres de niños con sífilis congénita no recibieron tratamiento. Aún se observan barreras en la aplicación de la penicilina; todavía se observa rechazo por parte de profesionales de la salud a la directriz de no realización de prueba de sensibilidad, además de necesidad de traslados de las gestantes a otras instituciones para la aplicación, no orden de tratamiento de manera oportuna, no seguimiento a la aplicación del tratamiento completo o acceso tardío a los servicios de salud ya en trabajo de parto.

El porcentaje de tratamiento de los contactos sexuales es limitado, el 55,8 % en el caso de las gestantes notificadas y el 28,6 % en el caso de las madres de niños notificadas con sífilis congénita; situación que facilita la reinfección de las gestantes. Según la ENDS 2015, el 56,5 % de los hombres que reportó haber tenido un problema relacionado con una ITS en los 12 meses antes de la encuesta, informó a su pareja. El 54,9 % hizo algo para evitar infectar al compañero; de estos últimos el 68,2 % dejó de tener relaciones sexuales, el 58,7 % usó condón y 90,4 % tomó medicamentos (11).

En cuanto a la notificación de los casos de sífilis congénita se observa que el 93,3 % de estos se confirman por nexo epidemiológico, lo que hace necesario un análisis adecuado de dichos casos, que nos permita certificar el nexo epidemiológico o la clínica y además la calidad del dato en la notificación para garantizar el cumplimiento de las definiciones de caso.

Teniendo en cuenta que la sífilis congénita es una patología prevenible y el compromiso de Colombia a nivel internacional desde 1994 es su eliminación, se recomienda:

- Fortalecer la aplicación en todos los lugares del país, del protocolo de vigilancia en salud pública para sífilis gestacional y congénita del Instituto Nacional de Salud enfatizando en las definiciones de caso, con el fin de mejorar la notificación en todos los niveles que reportan.
- Capacitar a los profesionales de la salud de todos los niveles, en la GPC 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.
- Garantizar la disponibilidad de las pruebas treponémicas rápidas en todo el territorio Nacional.
- Mejorar la calidad del dato notificado especialmente en cuanto a los laboratorios con los que son reportados los casos de Sífilis gestacional para poder garantizar que cumplan con la definición de caso.
- Mejorar el análisis de los casos de sífilis congénita para poder garantizar que realmente cumplan con la definición de caso.
- Reforzar las campañas de IEC (información, educación, comunicación) frente a la mitigación del efecto de ambos eventos de interés en salud pública.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC. Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sífilis: Hoja informativa de los CDC. Georgia Estados Unidos: CDC; [2017/07; 2019/05/17]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/sifilis/stdfact-syphilis-s.htm>
2. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC. Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sífilis congénita: Hoja



- informativa de los CDC. Georgia Estados Unidos: CDC; [2016/06; 2019/05/17]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/sifilis/stdfact-congenital-syphilis-s.htm>
3. World Health Organization. WHO Guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis) [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf?sequence=1>
  4. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas Actualización 2016. Washington, D.C.: Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS; 2017. p. 9
  5. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento Sífilis gestacional y sífilis congénita Colombia 2017. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud; [2018/04/20; 2019/05/17]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/S%C3%8DFILIS%20GESTACIONAL%20Y%20%20S%C3%8DFILIS%20CONG%C3%89NITA%202017.pdf>
  6. Instituto nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública Sífilis gestacional y congénita código: 750-740. Bogotá D.C. :Instituto Nacional de Salud; [2017/12/29; 2019/05/17]. Disponible en: [http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Sifilis\\_.pdf](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Sifilis_.pdf)
  7. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud; [1993/10/04; 2019/05/17]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
  8. Ministerio de la Protección Social. Decreto número 3518 de 2006. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; [2006/10/09; 2019/05/17]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>
  9. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2009 p.13
  10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. 55.o Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del



2016; Washington (DC), OPS; 2016 (resolución CD55.R5). Se encuentra en:  
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resumen ejecutivo Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS Colombia 2015. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; [2016; 2019/05/17]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/ENDS-libro-resumen-ejecutivo-2016.pdf>

## 6. ANEXOS

▼ No aplica