

INFORME DEL EVENTO

SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA COLOMBIA 2019



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud

INFORME DE EVENTO SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA, 2019

María Angélica Avila Rubiano
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 tener complicaciones muy graves cuando se deja sin tratar, pero es fácil de curar con el tratamiento adecuado (1). Debido a que puede transmitirse de manera vertical de la madre al feto puede producir graves consecuencias, si no es tratada, como 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 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 (3). En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó 6,3 millones de nuevos casos de sífilis entre adultos de 15 a 49 años en el mundo y 200 000 muertes fetales y de recién nacidos a causa de sífilis (4).

Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la región de América Latina y el Caribe, aprobaron la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita para el 2015. La cual planteaba como meta de impacto la reducción de la incidencia de la sífilis congénita (incluyendo los mortinatos) a 0,5 casos por 1 000 nacidos vivos o menos. Entre los objetivos programáticos se encontraban: aumentar la cobertura de atención prenatal y partos atendidos por personal cualificado 95,0 % o más, aumentar la cobertura de detección de la sífilis en embarazadas 95,0 % o más, aumentar la cobertura de tratamiento de sífilis en embarazadas y niños a 95,0 %, aumentar a más de 95,0 % los centros de atención de primer nivel que proporcionan servicios para la prevención y diagnóstico de VIH/ITS en forma integrada con los otros servicios de salud incluidos los centros de atención prenatal, salud sexual y reproductiva, adolescentes, violencia de género y aumentar a más de 95,0



% el número de países de la región que disponen de sistemas de información que permitan monitorear y evaluar el progreso hacia la meta propuesta (5).

Así mismo, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron el Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021, el cual describe las líneas estratégicas de acción para mejorar y ampliar la prevención y el control de la infección por el VIH y las ITS e integra las metas de la estrategia regional anterior para la eliminación de la transmisión materno infantil y la reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 casos o menos por cada 1 000 nacidos vivos (NV) para el 2020 (6).

El Ministerio de Salud y Protección Social elaboró el Plan Estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita 2011-2015, cuyos objetivos son mejorar la calidad de la atención prenatal, aumentar la demanda inducida de las pruebas de VIH y sífilis en las gestantes, clasificar adecuadamente el estadio de la sífilis (primaria, secundaria, latente temprana, terciaria) para dar tratamiento adecuado y oportuno, ampliar la cobertura de la profilaxis de la transmisión materno infantil del VIH y mejorar la oportunidad y calidad de la notificación de casos de VIH y sífilis (7). Sin embargo, 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 y la incidencia ha pasado de 0,94 casos por 1 000 nacidos vivos en 1998 a 1,5 en 2018 (8).

El objetivo de este informe es describir el comportamiento de sífilis congénita y de sífilis gestacional para el 2019, de manera que sirva de insumo para el análisis y la toma de decisiones en torno a la meta de eliminación de la transmisión materno infantil y la reducción de la incidencia de la sífilis congénita.

2. MATERIALES Y MÉTODOS



Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo para los eventos de sífilis gestacional y sífilis congénita, a partir de los registros finales de SIVIGILA 2019. La depuración de la Base de Datos se realizó conforme el instructivo.

Para el análisis se tuvo en cuenta las definiciones de caso enunciadas en el protocolo de vigilancia (9):

- **Sífilis Gestacional (SG):** 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 (SC):** 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.

Los indicadores considerados 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 fuente DANE).

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.

Para la incidencia de SC y prevalencia de SG, el denominador corresponde al número de nacidos vivos y mortinatos (muertes fetales iguales o mayores a 22 semanas de gestación) definitivas para 2018 actualizadas a 31 de octubre de 2019 publicadas el 20 de diciembre de 2019. Los datos de mortinatos no incluyen muertes fetales con tiempo de gestación ignorado o sin información.

Para este informe se toma en consideración la “entidad territorial de residencia” en la mayoría de los análisis que involucran la variable lugar. Se realizaron análisis de frecuencias y para el procesamiento de la información se empleó Excel. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo, área de residencia, país de residencia y procedencia, tipo de régimen de salud y pertenencia étnica) y relacionadas con la atención en salud (condición de la madre al diagnóstico, edad gestacional al diagnóstico, tratamiento a las madres y sus contactos, control prenatal y tipo de prueba treponémica).

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 (10). Este estudio se considera sin riesgo.

3. RESULTADOS



3.1 Sífilis gestacional

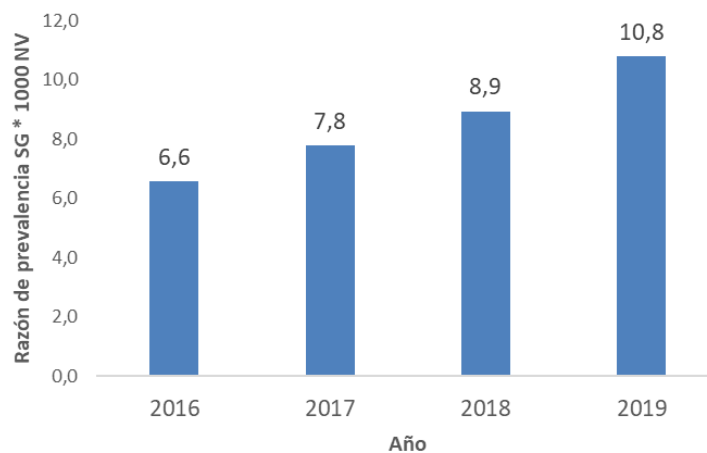
Una vez depurada y analizada la base de registro se identificaron:

- a) Registros de la base de datos sin depurar: 10 283 registros.
- b) Registros repetidos: 6,6 % (682 registros).
- c) Registros descartados desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) por error de digitación (ajuste D) o ajuste 6 (descartado): 363 registros (3,5 %)
- d) Registros con ajuste cero, 3, 4 o 7 que no cumplen definición de caso: 9,2 % (948 registros)
- e) Registros finales en base de datos depurada que cumplen con la definición de caso sin ajuste 6 o D: 80,6 % (8 290 registros), de los cuales 7 083 casos tienen procedencia y residencia nacional y 1 207, procedencia y/o residencia exterior.

El análisis presentado del comportamiento del evento en 2019 se realiza por entidad territorial de residencia y se incluyen solo los casos que cumplen definición de caso sin ajuste 6 o D con procedencia y residencia nacional, es decir, 7 083 casos, todos los casos por definición ingresan como confirmados por laboratorio.

Desde el 2016 se observa un incremento en el número de casos y prevalencia para SG. En 2019 se registraron 7 083 casos de SG, lo que representa un incremento de 20,8 % (1 221 casos) con relación al 2018 (Anexo 1), y una razón de prevalencia nacional de 10,8 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos. (Figura 1).

Figura 1. Prevalencia de Sífilis gestacional, Colombia, 2016 a 2019



Las entidades territoriales que más casos presentaron fueron Bogotá D.C, Antioquia, Cali y Norte de Santander. Las entidades territoriales con mayor razón de prevalencia de sífilis gestacional fueron Arauca, Buenaventura, Putumayo, Risaralda, Quindío y Cali. (Tabla 1).



Tabla 1. Razón de prevalencia de sífilis gestacional, Colombia, SE 01 a 52, 2019

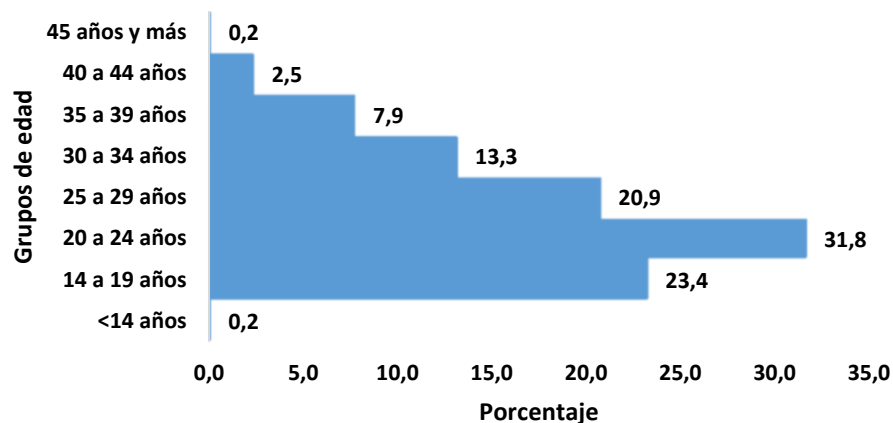
Entidad territorial de residencia	No. de casos	Razón de prevalencia * (1000 NV+mortinatos)
Amazonas	19	13,5
Antioquia	819	10,9
Arauca	154	30,7
Atlántico	241	13
Barranquilla	304	12,5
Bogotá	842	9,6
Bolívar	190	11
Boyacá	59	4,2
Buenaventura	112	22,9
Caldas	125	14,4
Cali	407	16,4
Caquetá	71	10
Cartagena	186	9,9
Casanare	64	10,1
Cauca	138	7,6
Cesar	281	12,3
Chocó	64	8,3
Córdoba	269	10,1
Cundinamarca	280	8
Guainía	5	5,3
La Guajira	183	8,8
Guaviare	17	13
Huila	144	7,3
Magdalena	174	12,1
Meta	156	10,4
Nariño	191	10,6
Norte de Santander	323	14,3
Putumayo	77	17,2
Quindío	93	16,4
Risaralda	172	16,8
San Andrés	2	2,5
Santander	271	9,3
Santa Marta	44	4,6
Sucre	216	13,9
Tolima	124	7,2
Valle del Cauca	252	12,7
Vaupés	0	0
Vichada	14	10,7
Colombia	7083	10,8

En el análisis realizado en la notificación individual, por pertenencia étnica el 9,5 % de casos se presentó en afrocolombianos y el 2,8 % en indígenas. El mayor porcentaje de casos se observa en el régimen subsidiado (61,0 %), en las cabeceras municipales (81,9 %) (Tabla 2) y en el grupo de edad de 20 a 24 (31,8 %), seguido de 14 a 19 (23,8 %) y 25 a 29 años (20,9 %) (Figura 2).

Tabla 2. Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis gestacional, Colombia, SE 01 a 52, 2019

Variable	Categoría	N. Casos	Porcentaje	Tasa*1000 NV + mortinatos
Tipo de régimen	Subsidiado	4320	61	12,3
	Contributivo	1356	19,1	5,4
	No asegurado	1342	18,9	35,5
	Indeterminado	46	0,6	261,4
	Especial	4	0,1	50,3
	Excepción	15	0,1	0,4
Pertenencia étnica	Otro	6170	87,1	10,4
	Afrocolombiano	673	9,5	23,5
	Indígena	196	2,8	8,0
	ROM (gitano)	17	0,2	485,7
	Raizal	24	0,3	73,4
	Palenquero	3	0,04	36,6
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	5801	81,9	11,4
	Rural disperso	685	9,7	14,1
	Centro poblado	597	8,4	6,4

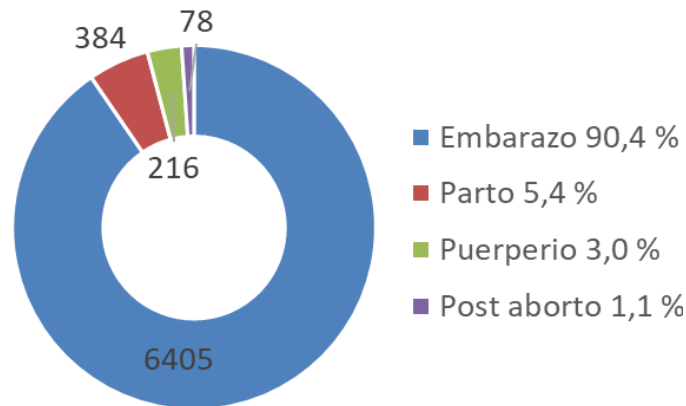
Figura 2. Distribución de los casos de sífilis gestacional según grupo de edad (quinquenio), Colombia, SE 01 a 52, 2019



De los casos analizados, el 69,5 % fue notificado en 30 entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) (Anexo 2).

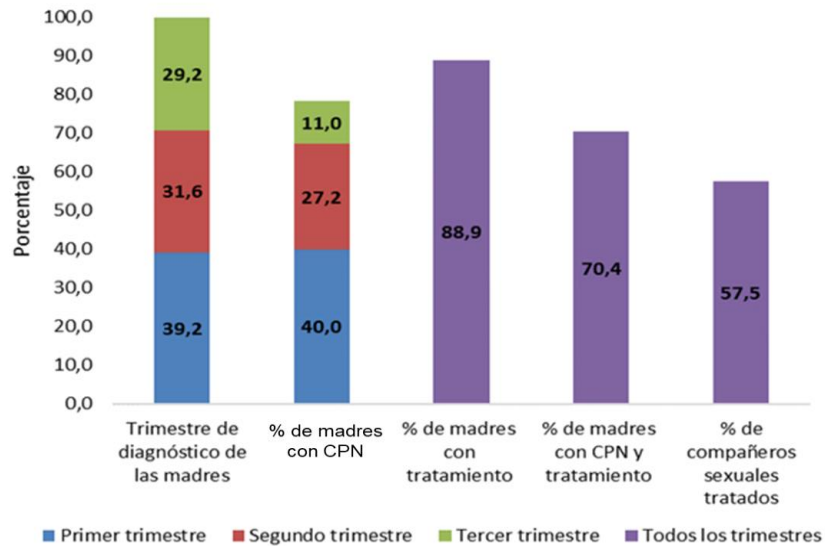
No se notificaron casos de mortalidad materna atribuible a la infección por sífilis gestacional durante el 2019. La condición de la madre al momento del diagnóstico se muestra en la Figura 3.

Figura 3. Condición de la madre al momento del diagnóstico de sífilis gestacional, Colombia, SE 01 a 52, 2019



La edad gestacional al diagnóstico sin tener en cuenta la condición de la madre (edad en semanas a la realización de la prueba treponémica) fue del 39,2 % (2 777) para el primer semestre, 31,6 % (2 235) para el segundo y 29,2 % (2 071) para el tercero. El 78,2 % (5 540) de las mujeres notificadas tuvo control prenatal (CPN), 40 % (2 832) con inicio en el primer trimestre, 27,2 % (1 930) en segundo y 11,0 % (778) en tercer trimestre. Con relación al tratamiento, el 88,9 % (6 296) recibió tratamiento, el 70,4 % (4 983) tuvo control prenatal (CPN) y tratamiento, y el 57,5 % (4 071) de los contactos sexuales fueron tratados (Figura 4).

Figura 4. Edad gestacional al diagnóstico y al control prenatal, porcentaje de madres con CPN, tratadas, y tratamiento a contactos, Colombia, SE 01 a 52, 2019



Dentro de las pruebas treponémicas realizadas, en el 85,5 % (6 056) se realizó pruebas rápidas (PR), un 9,2 % (655) correspondió a TPPA (Prueba de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum*) y el 5,3 % (372) a TPHA (prueba de Hemaglutinación para *Treponema pallidum*). Con relación a las madres diagnosticadas por PR, el 89,3 % (5 410) recibieron tratamiento y el diagnóstico se realizó durante el embarazo en el 90,6 % (5 485), 5,2 % (312) en el parto, 3,1% (190) en el puerperio y 1,1 % (69) en el puerperio. El 81,9 % (4 960) de las PR se realizaron en cabeceras municipales, el 8,5 % (515) en centros poblados y el 9,6 % (581) en área rural dispersa.

3.2 Sífilis congénita

Una vez depurada y analizada la base de registro se identificaron:

- Registros de la base de datos sin depurar: 2 414 registros.
- Registros repetidos: 1,6 % (38 registros).
- Registros descartados desde la UPGD por error de digitación (ajuste D) o ajuste 6: 416 registros (17,2 %)

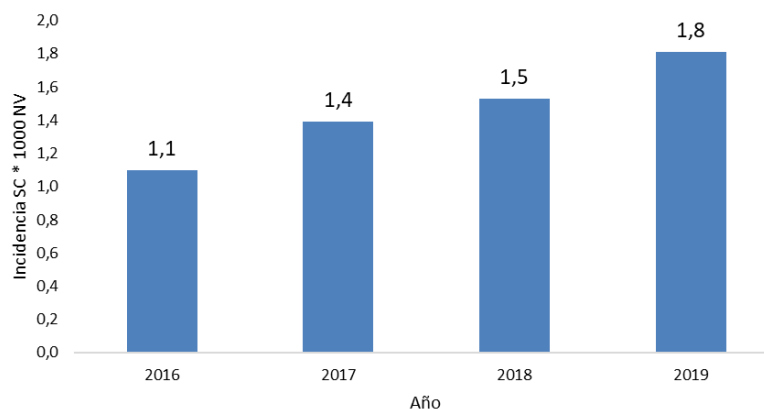


- d) Registros con ajuste 0, 3, 5 o 7 que no cumplen definición de caso: 16,9 % (409 registros)
- e) Registros finales en base de datos depurada que cumplen con la definición de caso: 64,3 % (1 551 registros), de los cuales 1 187 casos tienen procedencia y residencia nacional y 364, procedencia y/o residencia exterior.

El análisis presentado del comportamiento del evento en 2019 se realiza por entidad territorial de residencia y se incluyen solo los casos que cumplen definición de caso sin ajuste 6 o D con procedencia y residencia nacional, es decir, 1 187 casos.

Desde el 2016 se observa un incremento en el número de casos e incidencia para SC. En 2019 se registraron 1 187 casos, lo que representa un incremento de 18,6 % (186 casos) con relación al 2018 (Anexo 3), y una incidencia nacional de 1,8 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos. (Figura 5).

Figura 5. Incidencia de Sífilis congénita, Colombia, 2016 a 2019



Las entidades territoriales que más casos presentaron fueron Bogotá D.C, Antioquia, Barranquilla y Cundinamarca. Las entidades territoriales con mayor incidencia de sífilis congénita fueron Arauca, Barranquilla y Guainía (Tabla 3).

Tabla 3. Incidencia de sífilis congénita, Colombia, SE 01 a 52, 2019

Entidad territorial de residencia	N° Casos SC	Incidencia * (1 000 NV + mortinatos)
Amazonas	2	1,4
Antioquia	144	1,9
Arauca	37	7,4
Atlántico	50	2,7
Barranquilla	85	3,5
Bogotá	169	1,9
Bolívar	40	2,3
Boyacá	9	0,6
Buenaventura	11	2,2
Caldas	17	2,0
Cali	25	1,0
Caquetá	5	0,7
Cartagena	47	2,5
Casanare	10	1,6
Cauca	21	1,2
Cesar	18	0,8
Chocó	17	2,2
Córdoba	38	1,4
Cundinamarca	83	2,4
Guainía	3	3,2
La Guajira	44	2,1
Guaviare	0	0,0
Huila	19	1,0
Magdalena	24	1,7
Meta	36	2,4
Nariño	22	1,2
Norte de Santander	42	1,9
Putumayo	9	2,0
Quindío	13	2,3
Risaralda	10	1,0
San Andrés	0	0,0
Santander	44	1,5
Santa Marta	7	0,7
Sucre	38	2,5
Tolima	22	1,3
Valle del Cauca	25	1,3
Vaupés	0	0,0
Vichada	1	0,8
Colombia	1187	1,8

En el análisis realizado de la notificación Individual, se encontró que el porcentaje de afiliación al régimen subsidiado fue el más alto 51,5 % (611), el 83,6 % (992) de los casos notificados residía en la cabecera municipal, y de acuerdo a la pertenencia étnica, la proporción de casos en afrocolombianos es del 3,9 % y en indígenas del 3,5 % (Tabla 4).

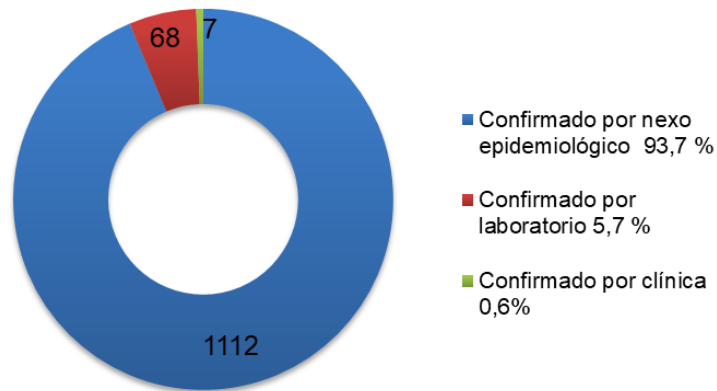
Tabla 4. Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2019

Variable	Categoría	Casos	Porcentaje	Tasa*1000 NV + mortinatos
Sexo	Femenino	595	50,1	3,3
	Masculino	592	49,9	3,1
Tipo de régimen	Subsidiado	611	51,5	1,7
	No asegurado	357	30,1	9,4
	Contributivo	167	14,1	0,7
	Indeterminado	45	3,8	255,7
	Especial	3	0,3	15,1
	Excepción	4	0,3	0,3
Pertenencia étnica	Otro	1097	92,4	1,8
	Afrocolombiano	46	3,9	1,6
	Indígena	41	3,5	1,7
	ROM (gitano)	3	0,3	85,7
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	992	83,6	1,9
	Rural disperso	103	8,7	2,1
	Centro poblado	92	7,8	1,0

De los casos analizados, el 52,7 % fue notificado en 30 entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) (Anexo 4).

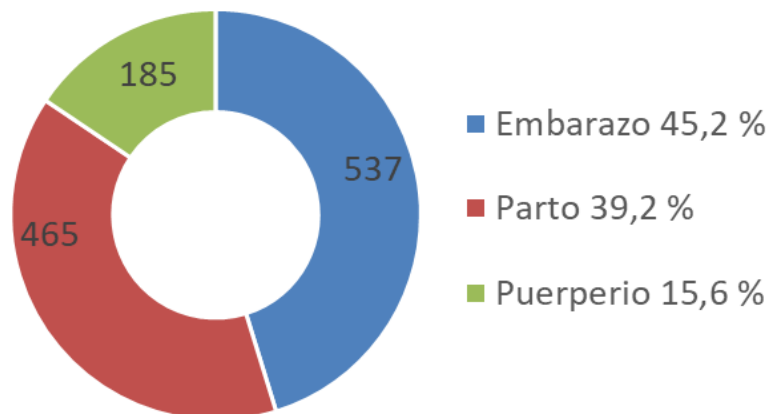
El 93,7 % (1 112) de los casos de sífilis congénita se confirmó por nexo epidemiológico, el 5,7 % (68) por laboratorio (el fruto de la gestación tiene prueba treponémica 2 diluciones o más por encima del título materno al momento del parto) y el 0,6 % (7) por clínica (casos con ajuste “4” confirmado por clínica). (Figura 6).

Figura 6. Clasificación de casos de sífilis congénita, Colombia, SE 01 a 52, 2019



La condición de la madre al momento del diagnóstico se muestra en la Figura 7.

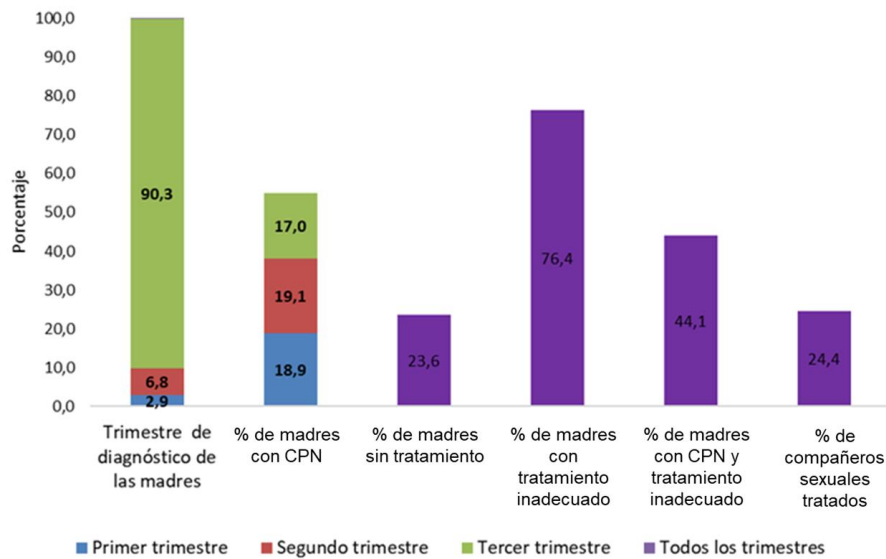
Figura 7. Condición de la madre al momento del diagnóstico de sífilis congénita, Colombia, SE 01 a 52, 2019



De las madres de los 1 187 casos de sífilis congénita analizados, el 55,0 % (653) tuvo control prenatal, 224 (18,9 %) casos iniciaron el control en primer trimestre, 227 (19,1 %) en el segundo trimestre y 202 (17,0 %), en el tercero. La edad gestacional del diagnóstico (realización de prueba treponémica) fue en su mayoría en el tercer trimestre 90,3 % (1 072). Con relación al tratamiento de las madres, el 76,4 % (907) recibió tratamiento inadecuado,

el 23,6 % (280) no tuvo tratamiento, el 44,1 % (524) tuvo control prenatal (CPN) y tratamiento inadecuado, y el 24,4 % (290) de los contactos sexuales fueron tratados (Figura 8).

Figura 8. Edad gestacional al diagnóstico y al control prenatal, porcentaje de madres con CPN, tratadas, y tratamiento a contactos, Colombia, SE 01 a 52, 2019



Dentro de las pruebas treponémicas realizadas, en el 83,3 % (989) se realizó pruebas rápidas, un 10,6 % (126) correspondió a TPPA (Prueba de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum*) y el 6,1 % (72) a TPHA (prueba de Hemaglutinación para *Treponema pallidum*). Con relación a las madres diagnosticadas por PR, el 76,9 % (760) recibieron tratamiento y el diagnóstico se realizó durante el embarazo en el 44,8 % (443), 39,2 % (388) en el parto, 16,0 % (158) en el puerperio. El 84,0 % (831) de las PR se realizaron en cabeceras municipales, el 7,9 % (78) en centros poblados y el 8,1 % (80) en área rural dispersa.

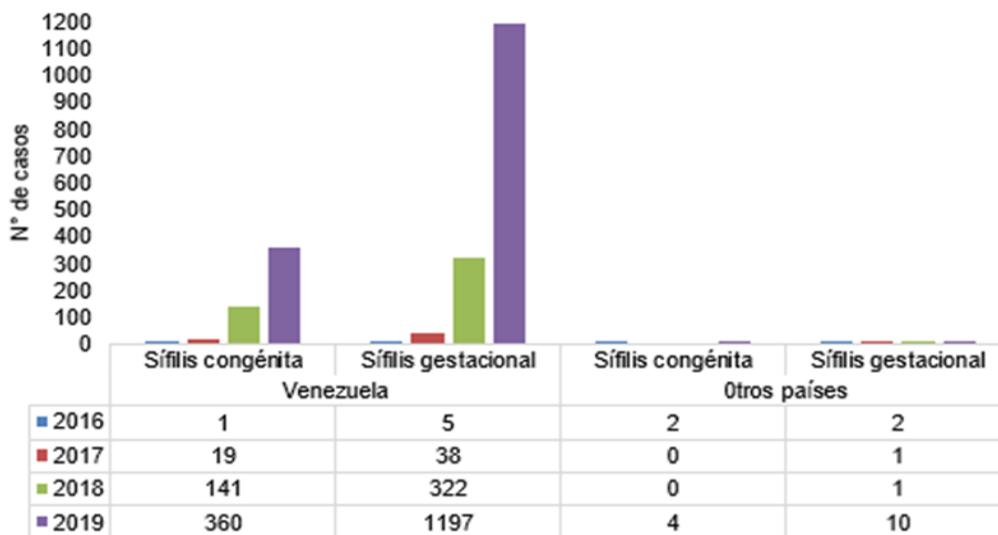
De los 1 187 casos, 1 126 (94,9 %) nacieron vivos y se presentaron 61 mortinatos (5,1 %). 243 casos (20,5 %) fueron recién nacidos vivos pretérmino (menor a 37 semanas).

A nivel nacional el porcentaje de casos que cumple definición de caso por ET de notificación fue del 74,4 %, y la proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fue notificada como sífilis gestacional fue del 83,6 %. En el anexo 5 se puede ver los resultados de estos indicadores de resultado y de proceso por ET de notificación y de residencia, respectivamente.

3.3 Casos procedentes y/o residentes en el exterior

La notificación de casos procedentes y/o residentes en el extranjero ha tenido un marcado aumento relacionado principalmente con personas procedentes de Venezuela (Figura 9). Para los años 2016 a 2018 se consideraron para este análisis como extranjeros los casos con procedencia exterior, y para 2019 se incluyeron los casos con procedencia y/o residencia exterior.

Figura 9. Casos de sífilis gestacional y sífilis congénita procedentes y/o residentes del extranjero, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016 a 2019



Las entidades territoriales que más casos notificaron bajo el criterio de procedencia y residencia exterior, para SG fueron Bogotá, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena y Santander; y para SC fueron Bogotá, Norte de Santander, Cartagena, Arauca y Antioquia (Anexo 6).

4. DISCUSIÓN

Desde el 2016 se observa un incremento en la incidencia y prevalencia por cada 1 000 nacidos vivos (NV) + mortinatos para sífilis congénita (SC) y sífilis gestacional (SG), respectivamente, lo cual podría relacionarse en parte con la implementación en el 2015 de la nueva Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional (SG) y congénita (SC), que incluyó el ajuste de definiciones de caso



y algoritmo diagnóstico (11). Las cifras muestran que cada vez se está más lejos de la meta de la estrategia regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil y la reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 casos o menos por cada 1 000 nacidos vivos (NV) para el 2020 (3).

Se ha establecido la influencia de variables sociales, económicas, culturales y políticas, tanto en la adquisición y desarrollo de sífilis en poblaciones vulnerables, como en la efectividad de los protocolos de prevención, tratamiento y control (12). La edad, por ejemplo, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de ITS en adolescentes (13), evidenciado en las cifras de SG, donde casi un cuarto de los casos se presentó en mujeres menores de 19 años.

Es importante resaltar el alto desconocimiento sobre la existencia de ITS, del 18,6 % en mujeres de 13 a 49 años y del 16,4 %, en hombres del mismo grupo de edad, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 (14), lo cual demuestra la necesidad de fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva desde la adolescencia. Frente al embarazo adolescente, el gobierno se planteó el compromiso de reducir para 2022, de 17,4 % a 15,2 % el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años que son madres o están embarazadas (15), lograr esta meta sin duda redundará en la disminución de casos de SG y SC.

También se observa un número importante de casos en indígenas y afrocolombianos con SG y SC, por lo que es necesario adoptar un enfoque diferencial en las actividades de promoción y prevención de salud sexual y reproductiva en los grupos étnicos, en los que se han identificado desigualdades socioeconómicas y territoriales.

Con relación al régimen de salud, es preocupante el grado de informalidad evidenciado en el porcentaje de casos de madres y bebés (18,9 % y 30,1 %) que no está afiliado al sistema general de seguridad social en salud, debido a sus niveles altos de pobreza. Los registros ingresados en SIVIGILA no aportan información acerca del nivel socioeconómico y educativo de las madres, pero dado que el bajo nivel educativo y la pobreza son considerados factores de riesgo para adquirir ITS (12) (13), las intervenciones deben priorizarse en estos grupos vulnerables.

Uno de los objetivos programáticos de la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, era aumentar la cobertura de atención prenatal y partos atendidos por personal cualificado 95 % o más para el 2015 (5). Para 2015, según la ENDS, a nivel nacional la atención prenatal brindada por parte de profesional calificado a madres gestantes fue del 98 %, cifra que va desde el 69,5 % para las madres sin educación formal hasta el 99,7 % en madres con educación superior y del

93,2 % al 100 % según el quintil de riqueza más bajo al más alto. Dicha encuesta mostró que la mayor cantidad de mujeres que viven en zona urbana, logró su primera visita de cuidado prenatal durante el primer trimestre del embarazo (83 %), superando la meta (80 %), pero las mujeres en zona rural no accedieron tan tempranamente (71,5 %) (14).

Cuando se considera las cifras de atención prenatal en madres con sífilis, este análisis muestra cifras más bajas a las presentadas en la ENDS, con ausencia de control prenatal (21,3 % en SG y 45,0 % en SC), e inicio de control prenatal tardío, aunque un poco más alto en el primer semestre para las madres en SG frente a SC. Asimismo, es importante considerar que aunque algunas madres asistieron al control prenatal no recibieron tratamiento (5,1 % en SG y un 10,9 % en SC), lo que confirma la necesidad de reforzar la calidad del programa de atención prenatal y las estrategias de demanda inducida en el territorio Nacional, ya que la inasistencia, irregularidad, inicio tardío y mala calidad de la atención prenatal constituyen un factor de riesgo materno y perinatal, dificultan el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (16).

Con relación al diagnóstico, este análisis muestra que, aunque para SG la mayor parte del diagnóstico se desarrolló durante el embarazo, de acuerdo con la edad gestacional el diagnóstico se realizó en un porcentaje cercano solo a un tercio en el primer trimestre; y para SC, el diagnóstico durante el embarazo fue menor a la mitad de los casos y por edad gestacional, la mayoría del diagnóstico ocurrió en el tercer trimestre. Peor aún son las cifras del diagnóstico durante el parto y el puerperio en sífilis congénita, lo que demuestra una baja capacidad para captar los casos oportunamente de sífilis gestacional y los consecuentes casos por transmisión vertical al no realizar un tratamiento oportuno

El Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita Colombia 2011 – 2015, planteaba como meta para el 2015 que el 95% de las gestantes y recién nacidos con diagnóstico de sífilis recibiera tratamiento oportuno y adecuado y aumentar en un 50 % el inicio del tratamiento para sífilis en el primer trimestre del embarazo (7). El análisis muestra que esta meta no se está cumpliendo, ya que según los datos notificados en SIVIGILA, el 11,1% de las gestantes y el 23,6 % de las madres de niños con sífilis congénita no recibió tratamiento, cuando lo recibieron no alcanzó el 50 % de los casos para el primer semestre, fue tardío ya que se relaciona con un diagnóstico inoportuno.

Entre las posibles hipótesis para la no administración de tratamiento a pacientes diagnosticados, se encuentra la aparente restricción para la administración de la penicilina en algunas instituciones de primer nivel de atención debido al sistema de habilitación de servicios de salud, además el sistema de aseguramiento de salud que permite acceso por evento, y la contratación fragmentada de las actividades de CPN entre las EAPB y las IPS,



lo que obliga a las mujeres a desplazarse a diferentes instituciones para acceder al diagnóstico, el tratamiento y la atención especializada, y realizar más trámites de autorización, lo que constituye una barrera administrativa (17).

Dentro de las pruebas diagnósticas treponémicas realizadas, la prueba rápida (PR) fue usada en la mayoría de los casos para el diagnóstico de las gestantes con SG y SC, lo que muestra una mayor adherencia a las Guías de Práctica Clínica, sin embargo, no todas las madres diagnosticadas por PR recibieron tratamiento (10,7 % en SG y 23,2 % en SC) y el diagnóstico no se realizó durante el embarazo en muchos casos (9,4 % y 55,2 % para SC), por lo que no se está cumpliendo con el objetivo de la utilización de pruebas rápidas (PR), tener el diagnóstico y el tratamiento en el primer contacto de las embarazadas con el sistema de salud. Es importante considerar también la interdisciplinariedad que requiere la PR, ya que generalmente los controles prenatales están a cargo del personal de enfermería, pero el tratamiento debe ser prescrito por el médico y el tiempo de la consulta es mayor para llevar a cabo todo el proceso (17).

Para SG el porcentaje de realización de PR en área rural dispersa fue alto (84,8 %), pero para SC fue bajo (8,1 %), lo cual demuestra la necesidad de reforzar la implementación de la realización de PR en áreas rurales, donde se podrían reducir las barreras de acceso a los servicios de salud debido a los desplazamientos (18).

El tratamiento a los contactos sexuales es fundamental para el control de las ITS. La ENDS 2015 (14) revela que las mujeres tienen en general mayor conciencia de las implicaciones de contagio de ITS a sus parejas comparado con los hombres, por lo cual informan a su pareja (83,3 % versus 56,5 %), efectúan acciones para evitar contagiar a su pareja (75,8 % frente a 54,9 %), entre estas suspender relaciones sexuales (78,8 % frente 68,2 %), uso del condón (36,3 % y 58,7 %) y toma de medicamentos (92,8 % y 90,4 %). El análisis aquí presentado mostró que, aunque el tratamiento a contactos en SG fue mayor que para SC, es insuficiente y favorece la reinfección en las gestantes.

El indicador de proceso, proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fue notificada como sífilis gestacional por ET de residencia, revela que el 16,4% de las madres de los casos de SC no fue notificadas, lo que equivale a un subregistro de casos en SG, se debe seguir trabajando en la meta planteada para el 2015, según la cual el 90 % de las unidades primarias generadoras de datos reporta al sistema nacional de vigilancia el total de casos diagnosticados con sífilis gestacional y congénita (7).

La Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) estima que los migrantes y refugiados venezolanos pasaron de 695 000 a finales de 2015, a más de 4 millones a mediados de 2019, con un incremento de más de un millón en solo

7 meses desde noviembre de 2018. Para mediados del 2019 la cifra de migrantes venezolanos en Colombia ascendía a 1,3 millones (19). Este proceso migratorio acelerado se evidencia en el incremento de los casos de SG y SC procedentes y/o residentes en Venezuela durante el 2019. El análisis de los casos en migrantes es complejo y los datos presentados en este análisis podrían subestimar la realidad, ya que se cree que muchos casos presentados en población venezolana se notifican como procedentes y/o residentes en Colombia, aun cuando no cumplan el tiempo de residencia en Colombia de 6 meses. Además, teniendo en cuenta que el Estado otorga la posibilidad a los hijos de venezolanos nacidos en Colombia de obtener la nacionalidad colombiana, de manera temporal y excepcional hasta agosto de 2021 (20), algunos hijos de madres notificadas como procedentes/residentes en Venezuela podrían ser notificados como procedentes y/o residentes en Colombia.

Entre los departamentos fronterizos con Venezuela se destaca la alta notificación en Norte de Santander y Arauca. Además, de otras entidades territoriales receptoras como Bogotá, Cartagena, Antioquia, Santander, caracterizadas por ser fuentes de trabajo formal o informal. La oferta de atención en salud, es también una de las razones que motiva la migración de las gestantes (21), y es un factor importante a considerar que representa un reto para la salud pública. Una crítica constante es que la atención en salud de calidad no ha sido garantizada ni siquiera a los ciudadanos colombianos, pero ambas demandas no son excluyentes, al contrario, la atención a los venezolanos revela las fallas del sistema de salud, cuya mejoría impactaría a todos (22). Finalmente se requiere desarrollar estrategias de seguimiento y tratamiento en esta población, debido a que muchas veces permanece “oculta” debido a su estatus migratorio y a su condición de vulnerabilidad por ser gestante, indudablemente el proceso de migración requiere estrategias para facilitar la inclusión legal, social y económica (19).

5. REFERENCIAS



1. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC. Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sífilis: Hoja informativa de los CDC. [Internet]. Georgia Estados Unidos. CDC. [Actualizado 10 de febrero de 2016; citado 25 de julio de 2020]. 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. [Internet]. Georgia Estados Unidos. CDC. [Actualizado 11 de noviembre de 2015; citado 25 de



- julio de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/sifilis/stdfact-congenital-syphilis-s.htm>
3. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en las Américas Actualización 2016. [Internet]. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. 2017. [Actualizado 2017; citado 25 de julio de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34074/9789275319550-spa.pdf?sequence=6>
 4. Organización Mundial de la Salud. Clamidia, gonorrea, tricomoniasis y sífilis: estimaciones de prevalencia e incidencia mundiales, 2016. [Internet]. Volumen 97, Número 8. 2019. [Revisado agosto de 2019; citado 25 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/8/18-228486-ab/es/>
 5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita: estrategia de monitoreo regional. 3. ed. [Internet]. Washington, D.C. 2014. [Actualizado 2014; citado 25 de julio de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31365/9789275318126-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 6. 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 Consejo Directivo de la OPS, del 26 al 30 de septiembre del 2016. [Internet]. Washington (DC). Organización Panamericana de la Salud. 2016. [Actualizado 2016; citado 25 de julio de 2020]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 7. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita Colombia 2011 – 2015. [Internet]. Legis S.A. Bogotá. [Actualizado febrero de 2011; citado 25 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/Plan-estrategico-eliminacion-transmission-materno-infantil-vih-sifilis-2011.pdf>.
 8. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento Sífilis gestacional y sífilis congénita Colombia 2018. [Internet]. Instituto Nacional de Salud. Bogotá D.C. 2019. [Actualizado 31 de mayo de 2019; citado 26 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/SIF%C3%8D%20GESTACIONAL%20Y%20CONG%C3%89NITA_2018.pdf.



9. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública Sífilis gestacional y congénita código: 750-740. [Internet]. Instituto Nacional de Salud. Bogotá D.C. [Actualizado 29 de diciembre de 2017; citado 26 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Sífilis_.pdf
10. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993. [Internet]. Bogotá D.C. Ministerio de Salud. [Citado 26 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
11. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. [Internet]. 2014. [Actualizado agosto de 2014; citado 26 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc%20%E2%80%93guia-completa-sifilis.pdf>
12. Pinzón M, Mueses H, Galindo J. Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con sífilis y VIH en población desplazada de Colombia. Revista Cubana Salud Pública. [Internet]. Vol. 39 No. 3. Ciudad de La Habana. Julio – Septiembre de 2013. [Citado 26 de julio de 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300006
13. Aguilar P. Factores de riesgo de Sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Obstetricia. 2014. [Revisado 2014; citado 27 de julio de 2020]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3573>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS Colombia 2015. [Internet]. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C. 2015. [Revisado 2015; citado 27 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
15. De la Fuente C. Colombia redujo los nacimientos en madres menores de edad. [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Bogotá D.C. [Actualizado 23 septiembre de 2019; citado 28 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/noticias/colombia-redujo-los-nacimientos-en-madres-menores-de-edad>.
16. García L, Almanza R, Mellado C, Gaviria J, Julio J, Paternina M, Suárez L. Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia). Cultura del Cuidado Enfermería. [Internet]. Vol. 8. No. 1. 2011. [Citado 28



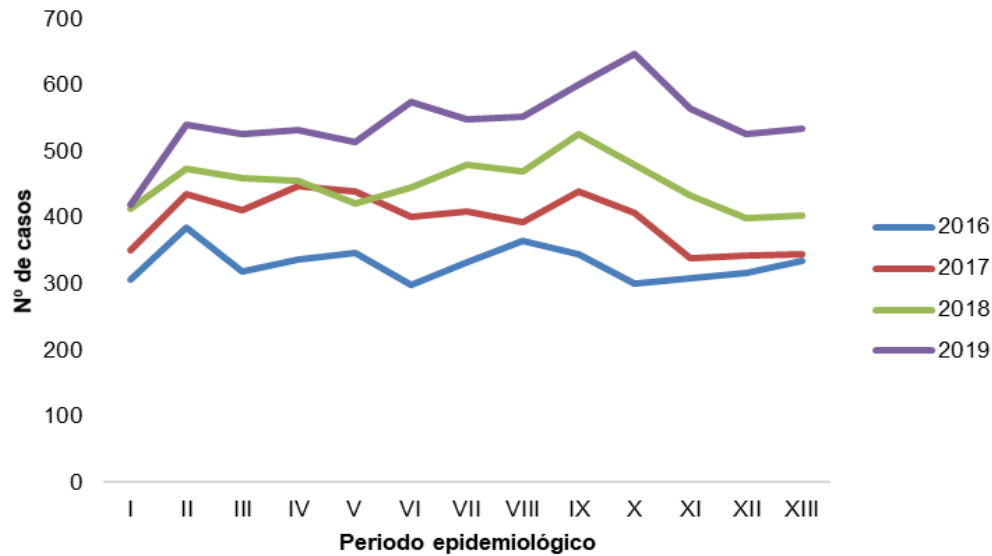
de julio de 2020]. Disponible en:
<https://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/17515>

17. Ochoa M, Gaitán G, Caicedo S. Introducción de pruebas rápidas para sífilis y VIH en el control prenatal en Colombia: análisis cualitativo. *Revista Panamericana Salud Publica* 40. [Internet]. 2016. [Citado 28 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v40n6/462-467/>
18. Estrada S. Las pruebas rápidas en la promoción, prevención y diagnóstico de la sífilis. *Asociación Colombiana de Infectología*. [Internet]. Vol. 12. No. 4. 2008. [Citado 28 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v12n4/v12n4a07.pdf>
19. 19. Agencia de la ONU para los Refugiados ACNUR, Organización Internacional para las Migraciones OIM. Refugiados y migrantes de Venezuela superan los cuatro millones. [Internet]. ACNUR. 2019. [Actualizado 07 junio de 2019; citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/noticias/press/2019/6/5cfa5eb64/refugiados-y-migrantes-de-venezuela-superan-los-cuatro-millones-acnur-y.html#:~:text=En%20solo%20siete%20meses%20desde,Argentina%20130.000%20y%20Brasil%20168.000>
20. Registraduría Nacional del Estado Civil. Resolución 8470 de 2019. [Internet]. Registraduría Nacional del Estado Civil. Bogotá D.C. 2019. [Revisado 2019; citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: [https://www.migracioncolombia.gov.co/jdownloads/Resoluciones/Resoluciones%20-%202019/RESOLUCION%208470%20\(3\).pdf](https://www.migracioncolombia.gov.co/jdownloads/Resoluciones/Resoluciones%20-%202019/RESOLUCION%208470%20(3).pdf)
21. Gómez D, González G, Tabares C. Embarazo y migración: percepción de mujeres gestantes venezolanas sobre acceso a servicios de salud, Red Salud Armenia-Colombia. [Internet]. Red Ilumino. Fundación Universitaria del Área Andina 2019. [Revisado 2019; citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/3411/Embarazo%20y%20migraci%C3%B3n%20%20percepci%C3%B3n%20de%20mujeres%20gestantes%20Ovenezolanas%20sobre%20acceso%20a%20servicios%20de%20salud%2C%20Red-Salud%20Armenia%20%E2%80%93%20Colombi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Fernández J, Luna K. Migración venezolana en Colombia: retos en salud pública. *Revista Salud UIS*. [Internet]. Vol. 50 No. 1. 2018. [Citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/7992>

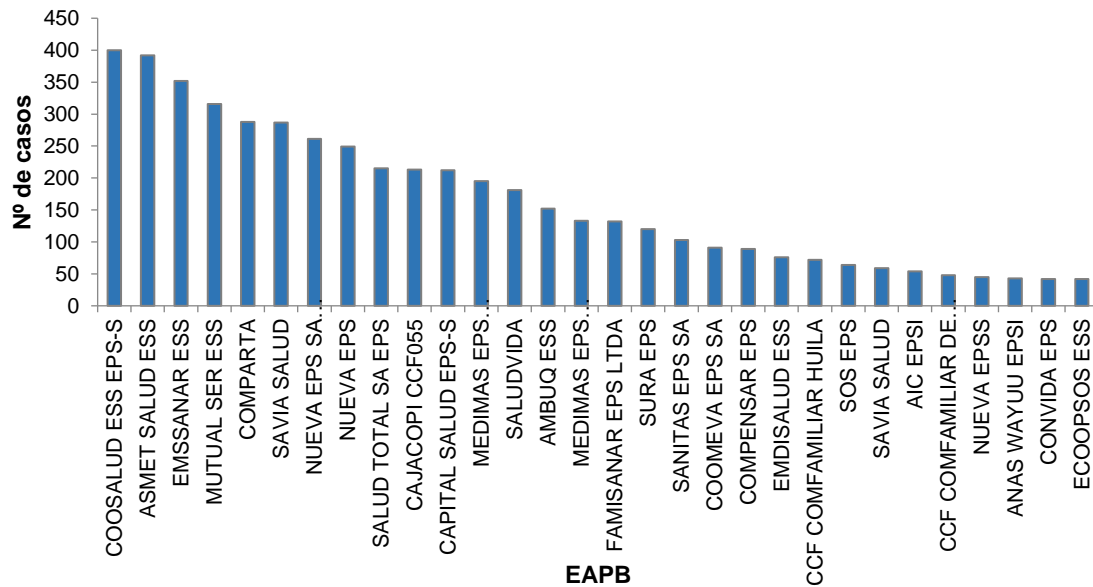
6. ANEXOS



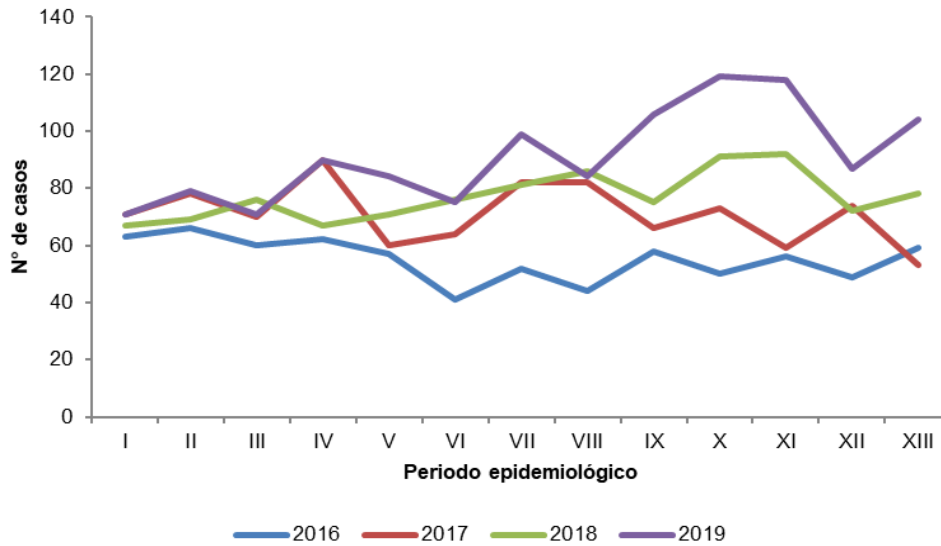
Anexo 1. Comportamiento de la notificación de sífilis gestacional por periodo epidemiológico, Colombia, periodos I a XIII, 2016 a 2019



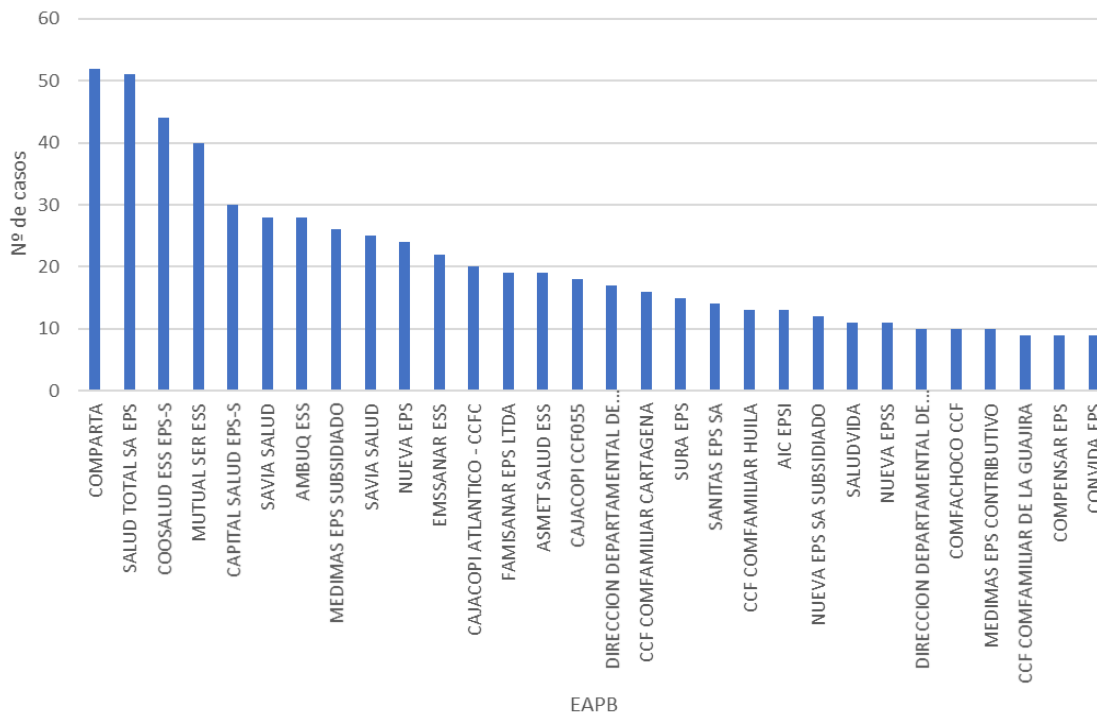
Anexo 2. Distribución de casos de sífilis gestacional por EAPB, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2019



Anexo 3. Comportamiento de la notificación de sífilis congénita por periodo epidemiológico, Colombia, periodos I a XIII, 2016 a 2019



Anexo 4. Distribución de casos de sífilis congénita por EAPB, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2019



Anexo 5. Porcentaje de casos que cumplen definición de caso de SC y Proporción de casos de SC cuyas madres fueron notificadas como SG, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2019

Entidad territorial	Indicador N.º 2			Indicador N.º 3		
	Porcentaje de casos que cumplen definición de caso, por ET de notificación			Proporción de casos de SC cuyas madres fueron notificadas como SG por ET de residencia		
	Casos de SC que cumplen definición de caso	Total de casos notificados	Porcentaje	Casos de SC cuyas madres fueron notificadas como SG	N.º de casos SC	Porcentaje
Amazonas	2	5	40,0	2	2	100
Antioquia	153	192	79,7	120	144	83,3
Arauca	37	41	90,2	29	37	78,4
Atlántico	21	35	60,0	31	50	62,0
Barranquilla	115	152	75,7	77	85	90,6
Bogotá	197	223	88,3	151	169	89,3
Bolívar	18	27	66,7	31	40	77,5
Boyacá	7	7	100	9	9	100
Buenaventura	9	23	39,1	9	11	81,8
Caldas	16	18	88,9	16	17	94,1
Cali	44	62	71,0	20	25	80,0
Caquetá	5	7	71,4	4	5	80,0
Cartagena	60	73	82,2	35	47	74,5
Casanare	10	14	71,4	10	10	100
Cauca	12	17	70,6	16	21	76,2
Cesar	19	24	79,2	15	18	83,3
Chocó	5	11	45,5	11	17	64,7
Córdoba	39	65	60,0	33	38	86,8
Cundinamarca	60	71	84,5	73	83	88,0
Guainía	3	3	100	2	3	66,7
La Guajira	44	118	37,3	29	44	65,9
Guaviare	0	0	NA	0	0	NA
Huila	22	25	88,0	19	19	100
Magdalena	25	28	89,3	24	24	100
Meta	35	39	89,7	30	36	83,3
Nariño	20	29	69,0	20	22	90,9
Norte Santander	41	55	74,5	36	42	85,7
Putumayo	9	9	100	9	9	100
Quindío	17	18	94,4	12	13	92,3
Risaralda	21	24	87,5	9	10	90,0
San Andrés	0	0	NA	0	0	NA
Santander	47	67	70,1	34	44	77,3
Santa Marta	6	15	40,0	4	7	57,1
Sucre	43	58	74,1	32	38	84,2
Tolima	17	27	63,0	19	22	86,4
Valle del Cauca	7	13	53,8	20	25	80,0
Vaupés	0	0	NA	0	0	NA
Vichada	1	1	100,0	1	1	100
Colombia	1187	1596	74,4	992	1187	83,6



Anexo 6. Número de casos y porcentaje de casos en población procedente y/o residente en el exterior por ET de notificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2019

Entidad territorial de notificación	N. de casos de SG	Porcentaje de SG	N. de casos de SC	Porcentaje de SC
Amazonas	1	0,1	0	0,0
Antioquia	97	8,0	13	3,6
Arauca	63	5,2	19	5,2
Atlántico	20	1,7	0	0,0
Barranquilla	45	3,7	0	0,0
Bogotá	299	24,8	79	21,7
Bolívar	2	0,2	1	0,3
Boyacá	28	2,3	8	2,2
Buenaventura	0	0,0	0	0,0
Caldas	3	0,2	1	0,3
Cali	26	2,2	1	0,3
Caquetá	0	0,0	0	0,0
Cartagena	82	6,8	56	15,4
Casanare	44	3,6	9	2,5
Cauca	3	0,2	2	0,5
Cesar	3	0,2	2	0,5
Chocó	0	0,0	0	0,0
Córdoba	7	0,6	0	0,0
Cundinamarca	5	0,4	1	0,3
Guainía	0	0,0	0	0,0
Guajira	31	2,6	8	2,2
Guaviare	1	0,1	1	0,3
Huila	1	0,1	2	0,5
Magdalena	18	1,5	2	0,5
Meta	12	1,0	3	0,8
Nariño	19	1,6	4	1,1
Norte de Santander	256	21,2	130	35,7
Putumayo	10	0,8	2	0,5
Quindío	25	2,1	3	0,8
Risaralda	7	0,6	4	1,1
San Andrés	0	0,0	0	0,0
Santander	91	7,5	10	2,7
Santa Marta	1	0,1	1	0,3
Sucre	1	0,1	0	0,0
Tolima	0	0,0	0	0,0
Valle del Cauca	4	0,3	1	0,3
Vaupés	0	0,0	0	0,0
Vichada	2	0,2	1	0,3
Colombia	1207	100	364	100