

INFORME DEL EVENTO

SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA COLOMBIA AÑO 2020



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud



INFORME DE EVENTO SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA, 2020

Sandra Lucero Bonilla M.
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 enfermedad bacteriana producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*; presenta un curso crónico de afectación sistémica, que atraviesa por diferentes etapas caracterizadas por manifestaciones específicas (1). Hace parte de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y generalmente se transmite por el contacto sexual directo con úlceras infecciosas presentes en los genitales, el ano, el recto, los labios o la boca; a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales sin protección, por medio de transfusiones de sangre, o por la transmisión materno-infantil durante el embarazo que conlleva a la sífilis congénita, que es prevenible y se puede lograr a través de la detección con tratamiento oportuno y adecuado de las gestantes con diagnóstico confirmado (2).

La sífilis congénita se transmite de la madre al producto de la gestación durante el desarrollo fetal a través de la placenta o durante el paso a través del canal del parto. La transmisión a través de la placenta puede ocurrir entre las semanas 16 y 28 del embarazo, pero se han descrito casos desde la semana de gestación número 9. El pronóstico de los niños infectados por sífilis a través de la transmisión materno-infantil no está bien documentado, pero se estima una tasa de eventos negativos entre el 50 y el 80 % que incluyen aborto, muerte neonatal, bajo peso al nacer, prematuridad o infección neonatal y desarrollo de secuelas tardías (3). En 2007 se estimó que cada año se presentaban en el mundo entre 700 000 y 1.500.000 casos nuevos de sífilis congénita, de los cuales el 25 % correspondían a la región de América Latina y El Caribe (ALC) (4)



La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que en 2012 se produjeron en el planeta 5,6 millones de nuevos casos de sífilis en adolescentes y adultos de 15 a 49 años, con una tasa de incidencia mundial de 1,5 casos por cada 1 000 mujeres y 1,5 por cada 1 000 varones. Los 18 millones de casos prevalentes de sífilis que según las estimaciones había en 2012 suponen una prevalencia mundial del 0,5 % en mujeres y el 0,5 % en varones de 15 a 49 años (5).

En 2012 según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se presentaron 471 000 nuevos casos de sífilis en mujeres y 466 000 nuevos casos en hombres en la Región de las Américas, calculando alrededor de 1 millón de casos ya existentes de sífilis en mujeres y 992 000 casos ya existentes en hombres, además de 22 800 casos de sífilis gestacional (6)

En 2019, la OMS publicó las últimas estimaciones para sífilis congénita, donde muestran que, a nivel mundial hubo disminución de casos de 749 000 a 661 000 entre 2012 y 2016. Para el año 2016, la mayoría de los casos de sífilis congénita se presentaron en la Región de África con el 61%, seguido por la Región del Mediterráneo Oriental con el 17,1 %, la Región de Asia Sudoriental con el 8,0 %, la Región de Las Américas con el 7,7 %, la Región del Pacífico Occidental con el 5,7 % y por último la Región Europea con el 0,3 %. (7).

Teniendo en cuenta la información reportada a la OPS por 37 de los 52 países y territorios de la Región de las Américas, se estima que la tasa de incidencia de la sífilis congénita ha aumentado a través de los años, pasando de 0,7 casos por 1 000 nacidos vivos y 10 318 casos notificados en el 2009, a alcanzar 2,1 casos por 1 000 nacidos vivos y 28 816 casos notificados en el 2017 (8).

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

Para sífilis congénita en Colombia, desde el año 2016 al 2019 se presenta incremento progresivo en la incidencia, pasando de 1,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos en el 2016, a presentar una incidencia de 2,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos en el 2020. Las entidades territoriales que presentaron las mayores incidencias en el 2016 fueron: Chocó (6,9), Guaviare (3,5), Cartagena (2,6), Caquetá (2,3) y Guainía (1,8); en el 2017: Amazonas (6,8), Chocó (5,4), Guaviare (2,6), Caldas (2,5) y Cartagena (2,3), en el 2018: Chocó (5,8), Amazonas (4,1), Arauca (3,5), Meta (2,3) y La Guajira (2,2); en el 2019: Arauca (7,4), Barranquilla (3,5), Guainía (3,2), Atlántico (2,7) y Cartagena (2,5), y en el



2020: Cartagena (14,5), Barranquilla (13,1), Arauca (11,2), Buenaventura (7,8) y Guainía (7,2). (9).

A partir del año 2010, los Estados Miembros de la OPS, asumieron compromisos y establecieron metas para el año 2015 frente a la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana - VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. En el año 2016, los compromisos en VIH e ITS fueron renovados y ampliados mediante la aprobación de la Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021 (WHO-RHR-16) y del Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 en la Región de las Américas (10).

Actualmente los compromisos se renovaron y se plantean en la estrategia ETMI PLUS, 2019–2030, que tiene como objetivo eliminar la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita, además de otras infecciones transmisibles y prevenibles, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (de ahí el nombre de "ETMI-plus"). Con esta estrategia, se pretende mejorar la calidad de la atención prenatal, aumentar la demanda inducida de las pruebas de sífilis en la población gestante, clasificar adecuadamente el estadio de la sífilis (primaria, secundaria, latente temprana, terciaria) para brindar el tratamiento oportuno y adecuado y mejorar la oportunidad y calidad de la notificación de casos al Sivigila (11).

En el cumplimiento de los compromisos, en el año 2015, Cuba se convirtió en el primer país a nivel mundial en recibir la validación de la OMS en la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis, y en el 2016, Tailandia y Belarús, Armenia y la República de Moldova obtuvieron también la certificación de la doble eliminación. En la Región de las Américas, los países y territorios del Caribe continúan esforzándose para alcanzar las metas establecidas (12)

Para el logro de la meta propuesta, es importante contar con una adecuada vigilancia del evento, que permita brindar información epidemiológica, para adoptar medidas de promoción de la salud y prevención de la infección, así como diseñar y evaluar los programas que existen.

Teniendo en cuenta los antecedentes a nivel mundial y nacional, el presente informe tiene como objetivo describir el comportamiento epidemiológico de sífilis gestacional y sífilis congénita para el 2020 en Colombia, con información oportuna, válida y confiable que oriente a los tomadores de decisiones en torno a las medidas de prevención y control de la enfermedad, establecer estrategias para lograr la meta de eliminación de la transmisión materno infantil y la reducción de la incidencia de la sífilis gestacional.

2. MATERIALES Y MÉTODOS



Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo para los eventos de sífilis gestacional y sífilis congénita, tomando como fuente la información captada por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), del número de casos notificados entre la semana epidemiológica 01 a 53 del 2020. La recolección y procesamiento de los datos se realizó según lo indicado en la metodología de la operación de estadísticas de vigilancia de eventos en salud pública y el manual del usuario para el sistema aplicativo Sivigila (13), manteniendo el flujo de la información desde la ocurrencia del caso hasta el uso de la información para la acción y desde las Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD) al nivel municipal, departamental y nacional.

En el análisis epidemiológico descriptivo se calcularon proporciones e incidencias para las variables consignadas en la ficha de datos básicos (cara A), que contiene información general sobre el evento y la UPGD notificadora, identificación del caso, notificación, seguimiento y clasificación final del caso, así como la ficha de datos específicos (cara B) que incluye antecedentes maternos como el diagnóstico, resultados de laboratorio, tratamiento, diagnóstico y tratamiento de contactos.

Se realizó análisis de proporciones y tasas para las variables cualitativas y cuantitativas y se calcularon los indicadores definidos en el protocolo de vigilancia en salud pública para el evento (14). Para el procesamiento de la información se emplearon hojas de cálculo de Microsoft Excel. Se analizaron variables sociales y demográficas (sexo, tipo de régimen de salud, pertenencia étnica, área de ocurrencia) y variables relacionadas con la atención en salud (condición de la madre al momento del diagnóstico, edad gestacional, tratamiento a las madres y sus contactos, control prenatal y tipo de prueba treponémica).

El proceso de depuración y validación de la base de datos consistió en tomar la base original de casos notificados durante el 2020 y restar los casos repetidos, casos descartados por las entidades territoriales a través del envío de evidencias al INS, casos descartados desde el INS por no cumplir con la definición operativa de caso y finalmente restar los casos con procedencia o residencia del exterior.

Las definiciones operativas de caso que se tuvieron en cuenta son las enunciadas en el protocolo de vigilancia en salud pública para estos eventos (Tabla 1). (14)

Tabla 1. Definiciones operativas de caso para sífilis gestacional y congénita, Colombia, 2020

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado de sífilis gestacional	<p>Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (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*.</p> <p>* Reinfección: es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo con el estadio de la enfermedad, presenta durante el seguimiento clínico y serológico, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de cuatro veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial. • Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió tratamiento adecuado y seis meses después los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no descienden cuatro veces o dos diluciones, o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida) y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienda cuatro veces o dos diluciones.
Caso confirmado de sífilis congénita	<p>Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nexo epidemiológico: 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. • Laboratorio: 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. • Clínica: 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 ** • Laboratorio: todo fruto de la gestación con demostración de <i>Treponema pallidum</i> por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de necropsia.

** Manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico o en exámenes paraclínicos:

Clínica sugestiva: bajo peso, prematurez, pénfigo palmo-plantar, rash, hepatoesplenomegalia, rágades, rinorrea muco sanguinolenta, hidrops-fetalis.

Cuadro hemático: anemia, reacción leucemoide (leucocitos >35.000 x mm³), trombocitopenia (<150.000 plaquetas x mm³) siempre que no esté asociado a trastorno hipertensivo gestacional.

Radiografía de huesos largos: periostitis, bandas metafisiarias u osteocondritis.

Líquido Cefalorraquídeo: con VDRL reactivo en cualquier dilución o aumento de las proteínas (>150 mg/dL en el recién nacido a término o >170 mg/dL en el recién nacido pretérmino) o conteo de células >25 x mm³ en LCR a expensas de linfocitos (meningitis aséptica) sin otra causa que lo explique.

Aminotransferasas elevadas e hiperbilirrubinemia directa: Aspartato aminotransferasa - AST (valor de referencia 20,54 U/L ± 13,92 U/L), Alanina aminotransferasa - ALT (valor de referencia 7,95 U/L ± 4,4 U/L), bilirrubina directa o conjugada > 20 % del total de la bilirrubina total.

Uroanálisis: con proteinuria, hematuria, cilindruria.

Fuente: Protocolo de vigilancia en salud pública. Sífilis gestacional y congénita. Instituto Nacional de Salud.



Los indicadores considerados en el análisis son tres de resultado para sífilis congénita y uno de impacto para sífilis gestacional:

Indicador N°1: Incidencia de sífilis congénita:

Numerador: número de casos nuevos de sífilis congénita notificados en el 2020.

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

Indicador N°2: Porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso:

Numerador: número de casos de sífilis congénita notificados en el año analizado, que cumplieron con la definición de caso.

Denominador: número total de casos de sífilis congénita notificados en el año (eliminando casos repetidos, residentes y procedentes en el exterior).

Indicador N°3: Proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional:

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

Denominador: casos de sífilis congénita notificados.

Indicador N°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.

La entidad territorial (ET) de residencia se tomó en consideración para el cálculo de los indicadores N°1, 3 y 4 y para el indicador N°2 se tomó la entidad territorial de notificación.

No se utilizaron proyecciones de población, por lo tanto, la población DANE que se manejó es la definitiva para el año 2019, publicada el 29 de septiembre de 2020, según entidad territorial de residencia de la madre. El dato de mortinatos incluye los registros con tiempo de gestación mayor a 22 semanas, no incluye muertes fetales con tiempo de gestación ignorado o sin información.

En el cálculo del numerador N°3, se verificó la notificación de las madres de los casos de sífilis congénita del 2020 frente a la notificación de los casos de sífilis gestacional de los años 2019 y 2020. Las variables que se cruzaron para la verificación de esta información fueron el número de identificación de la madre y el nombre completo.

Este informe consideró los requisitos éticos establecidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, que establece en el artículo 11, que este tipo de estudios investigaciones “sin riesgo” porque se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se intervienen o modifican las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los casos analizados (15).



3. RESULTADOS



3.1. Sífilis gestacional

En el proceso de depuración y validación de la base de casos notificados al Sivigila, para el evento de sífilis gestacional entre la semana epidemiológica 01 a 53 de 2020, se restaron los casos que no cumplían con la definición establecida para el evento, así mismo, los casos que tenían procedencia o residencia de fuera de Colombia; se restaron los casos que se habían notificado 2, 3 y hasta 4 veces, para quedar con un total de 8 987 casos finales (Tabla 2).

Tabla 2. Depuración de base de datos de sífilis gestacional notificados al Sivigila, Colombia 2020

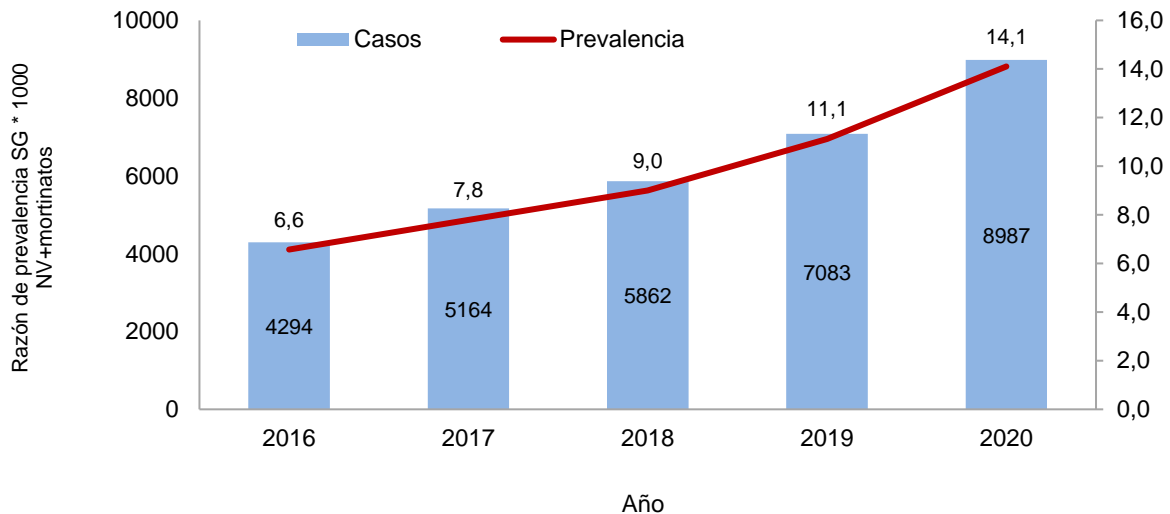
Registros	Casos	Porcentaje
Casos notificados sin depurar	11 308	100
Descartados por no cumplir con definición de caso	766	6,8
Excluidos por residencia o procedencia del exterior	770	6,8
Repetidos	785	6,9
Casos finales que cumplen con definición de caso	8 987	79,5

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020

Los casos de sífilis gestacional ingresan al Sivigila como “confirmados”, por tanto, en el total de casos finales (8 987) se incluyeron 212 casos (2,4 %) que, aunque tenían ajuste 6 “Descartado” y ajuste D “Descartado por error de digitación”, si cumplen con la definición de caso y quedan con ajuste final 0 “No aplica”.

Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación, a partir del año 2016 se observa incremento progresivo en el número de casos que cumplen con la definición operativa de caso y que se reflejó en el incremento de la prevalencia anual. El mayor incremento fue de 109,3 % al comparar el 2020 contra el 2016 y el menor incremento fue de 26.9 % comparado contra el 2019. La prevalencia anual pasó de incrementar cada año hasta el 2019 entre 1,2 a 2,1 decimales, a incrementar en el 2020 en 3,0 decimales (Figura 1).

Figura 1. Comportamiento de notificación y prevalencia de sífilis gestacional, Colombia, 2016 a 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020. Población DANE, 2019

Por entidad territorial de residencia, el 52,8 % de los casos notificados se concentró en Bogotá (11,8 %), Antioquia (10,6 %), Valle del Cauca (6,8 %), Barranquilla (5,6 %), Norte de Santander (5,3 %), Santander (4,8 %), Cundinamarca (4,0 %) y Córdoba (3,8 %).

La prevalencia nacional (indicador N°4) para el 2020 es de 14,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos. Las entidades territoriales con mayor prevalencia de sífilis gestacional son Buenaventura, Barranquilla, Cartagena y Arauca. el 48,6 % (18) de las entidades territoriales superaron la prevalencia nacional (Tabla 3).



Tabla 3. Razón de prevalencia de sífilis gestacional por entidad territorial de residencia, Colombia, 2020

Entidad territorial de residencia	Número de casos SG	Razón de prevalencia * (1 000 NV + mortinatos)
Amazonas	13	10,8
Antioquia	957	13,0
Arauca	159	35,0
Atlántico	322	9,0
Barranquilla	500	64,1
Bogotá	1059	12,3
Bolívar	264	9,3
Boyacá	73	5,5
Buenaventura	109	65,2
Caldas	133	16,2
Caquetá	98	14,2
Cartagena	217	38,0
Casanare	108	18,1
Cauca	221	12,9
Cesar	328	13,9
Chocó	148	20,7
Córdoba	341	13,5
Cundinamarca	362	10,2
Guainía	8	8,2
La Guajira	288	12,8
Guaviare	28	22,0
Huila	155	9,0
Magdalena	179	8,3
Meta	265	18,0
Nariño	271	16,3
Norte de Santander	479	20,3
Putumayo	86	19,5
Quindío	111	20,6
Risaralda	161	16,1
San Andrés	3	3,9
Santander	429	15,6
Santa Marta	85	25,5
Sucre	193	12,9
Tolima	186	11,6
Valle del Cauca	614	13,4
Vaupés	1	1,4
Vichada	33	21,2
Colombia	8987	14,1

*NV: nacidos vivos

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020
Población DANE, año 2019

En las variables sociales y demográficas, se observó que no se notificaron casos de muerte materna atribuible a la infección por sífilis gestacional. Por grupos de edad, el 58 % de los casos notificados se concentró en el de 20 a 24 años y el de 14 a 19 años (Tabla 4).

Al momento de la notificación el 70,3 % de los casos estaba afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y el 54,9 % de los casos se concentró en el régimen subsidiado. Según la identificación de los casos como integrantes a grupos étnicos legalmente reconocidos en Colombia, el 11,2 % (110) de los casos se presentó en los grupos de negro, mulato o afrocolombiano y el de indígenas. Por área de residencia, el 10,0 % se presentó en área rural dispersa (Tabla 4).

Tabla 4. Comportamiento social y demográfico de sífilis gestacional, Colombia, 202

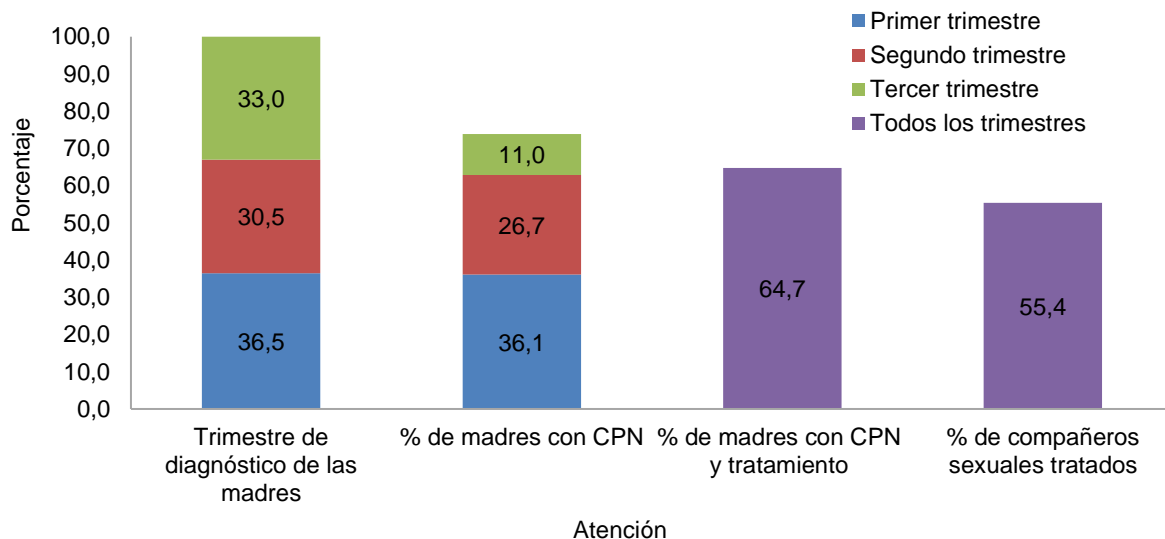
Variable	Categoría	Casos	Porcentaje
Grupo de edad	<14 años	16	0,2
	14 a 19 años	2118	23,6
	20 a 24 años	3164	35,2
	25 a 29 años	1862	20,7
	30 a 34 años	991	11,0
	35 a 39 años	617	6,9
	40 a 44 años	205	2,3
	45 años y más	14	0,2
Tipo de régimen	Subsidiado	4930	54,9
	No asegurado	2560	28,5
	Contributivo	1344	15,0
	Indeterminado	105	1,2
	Excepción	44	0,5
	Especial	4	0,04
Pertenencia étnica	Otro	7942	88,4
	Afrocolombiano	753	8,4
	Indígena	254	2,8
	ROM (gitano)	20	0,2
	Raizal	17	0,2
	Palenquero	1	0,0
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	7338	81,7
	Rural disperso	895	10,0
	Centro poblado	754	8,3

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020

De los casos analizados, el 86,4 % fue notificado por 27 entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) (Anexo 1).

De los casos notificados como sífilis gestacional, el 36,5 % (3 276) registró la confirmación del diagnóstico en el primer trimestre de gestación. El 73,9 % de los casos registró antecedente de control prenatal y el 36,1 % registró inicio de estos controles en el primer trimestre. El 64,7 % de los casos (5 816) registró antecedente de control prenatal y tratamiento para sífilis gestacional y el 55,4 % (4 980) de los casos registraron haber tenido tratamiento para los compañeros sexuales (Figura 3).

Figura 2. Comportamiento de atención a las madres de los casos de sífilis gestacional, Colombia, 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020

De las pruebas treponémicas realizadas para confirmar el diagnóstico en las gestantes, en el 90,1 % (8 101) de los casos se realizó prueba rápida, en el 4,3 % (389) la prueba de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* (TPPA), en el 2,2 % (199) la prueba de hemaglutinación para *Treponema pallidum* (TPHA) y en el 3,3 % (298) se registró “otro tipo de prueba” sin especificar cuál.



Sífilis gestacional y COVID-19

Al cruzar los casos confirmados para sífilis gestacional contra los casos confirmados para la enfermedad del coronavirus-19 (COVID-19), se encontró que el 4,0 % (360) de los casos de sífilis gestacional fueron confirmados en el mismo año para COVID-19.

Las entidades territoriales que concentraron el 56,1 % de los casos fueron Bogotá (18,6 %), Antioquia (10,8 %), Valle del Cauca (7,2 %), Atlántico (5,0 %), Cundinamarca (5,0 %), Norte de Santander (4,7 %) y Santander (4,7 %) (Anexo 2). La prevalencia nacional de casos confirmados para sífilis gestacional y COVID-19 fue de 0,6 casos por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos, las mayores prevalencias se presentaron en Santa Marta, Cartagena, Barranquilla, Caquetá, Quindío y Risaralda (Anexo 2).

En las variables sociales y demográficas, los grupos de edad con el mayor número de casos confirmados para ambos eventos fueron el de 20 a 24 años (31,9 %), seguido por el de 25 a 29 años (28,3 %). El 89,4 % se encontraban afiliados al SGSSS al momento de la notificación para COVID-19; El 5,3 % de los casos pertenecen al grupo étnico de negro, mulato o afrocolombiano. Frente al área de ocurrencia de los casos, el 3,3 % ocurrieron en el área rural disperso (Anexo 3).

3.2. Sífilis congénita

En la depuración y validación de la base de casos notificados al Sivigila, para el evento de sífilis congénita entre la semana epidemiológica 01 a 53 de 2020, se restaron los casos que no cumplían con la definición operativa de caso, así mismo, los casos que procedían o residían fuera de Colombia encontrando casos de Venezuela (311), un caso de Ecuador y un caso de Comoras; se restaron los casos que se habían notificado 2, 3 y hasta 4 veces y se restaron aquellos descartados por las entidades territoriales que contaban con la evidencia de justificación de descarte enviada al INS, para un total de 1 765 casos finales (Tabla 5).

Tabla 5. Depuración de base de datos de sífilis congénita notificados al Sivigila, Colombia 2020

Registros	Número	Porcentaje
Casos notificados sin depurar	2 708	100
Descartados por no cumplir con definición de caso	548	20,2
Excluidos por residencia o procedencia del exterior	313	11,6
Repetidos	68	2,5
Descartados por la entidad territorial	14	0,5
Casos finales que cumplen con definición de caso	1 765	65,2

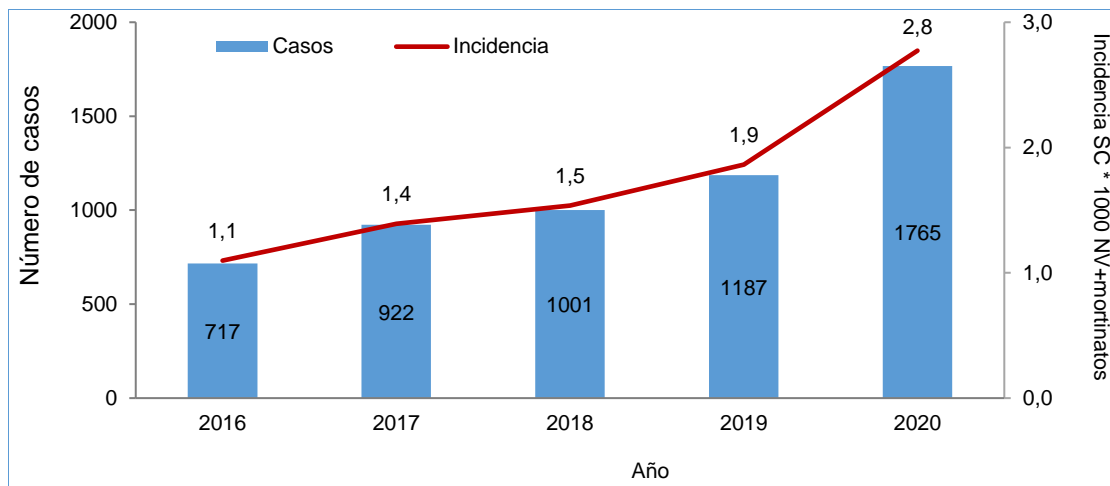
Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020.

Los casos de sífilis congénita ingresan al Sivigila como “confirmados”, por tanto, en el total de casos finales (1 765) se incluyeron 117 casos (6,6 %) que, aunque tenían ajuste 6 “Descartado” y ajuste D “Descartado por error de digitación”, si cumplen con la definición de caso y quedan con ajuste final 0 “No aplica”.

Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación, a partir del año 2016 se observa incremento progresivo en el número de casos que cumplieron con la definición operativa de caso, que se reflejó en el incremento de la incidencia anual.

El mayor incremento fue de 147,2 % (1 051 casos) al comparar el 2020 contra el 2016 y el menor incremento fue de 48.7 % (578 casos) comparado contra el 2019. La incidencia anual pasó de incrementar cada año hasta el 2019 entre 0,1 a 0,4 decimales, a incrementar en el 2020 en 0,9 decimales (Figura 3).

Figura 3. Comportamiento de notificación y tasa de incidencia de sífilis congénita, Colombia, 2016- 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020
Población DANE, 2019

Por periodos epidemiológicos, el V (25 abril al 22 de mayo) y X (12 septiembre al 9 de octubre) presentaron el mayor número de casos notificados de sífilis congénita con 161 y 179 casos respectivamente; la mayor incidencia se presentó en los periodos VIII y X, con 3,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos (Anexo 4).

Por entidad territorial de residencia, el 52,7 % de los casos se concentró en Bogotá (16,1 %), Antioquia (10,1), Barranquilla (5,8%), Cundinamarca (5,7 %), Norte de Santander (5,3 %), La Guajira (5,0) y el Distrito de Cartagena (4,7 %); las entidades territoriales que no presentaron casos por residencia fueron Santa Andrés y Vaupés.



La incidencia nacional (indicador N°1) para el 2020 es de 2,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos. Las entidades territoriales con mayor incidencia de sífilis congénita son Cartagena, Barranquilla, Arauca, Buenaventura y Guainía; el 40,5 % (15) de las entidades territoriales superaron la incidencia nacional (Tabla 6).

Tabla 6. Incidencia de sífilis congénita por entidad territorial de residencia, Colombia, 2020

Entidad territorial de residencia	Número de casos SC	Incidencia * (1 000 NV + mortinatos)
Amazonas	3	2,5
Antioquia	178	2,4
Arauca	51	11,2
Atlántico	60	1,7
Barranquilla	102	13,1
Bogotá	285	3,3
Bolívar	43	1,5
Boyaca	15	1,1
Buenaventura	13	7,8
Caldas	17	2,1
Caquetá	14	2
Cartagena	83	14,5
Casanare	38	6,4
Cauca	18	1
Cesar	37	1,6
Chocó	37	5,2
Córdoba	39	1,5
Cundinamarca	101	2,8
Guainia	7	7,2
Guaviare	4	3,1
Huila	13	0,8
La Guajira	89	4
Magdalena	42	1,9
Meta	64	4,3
Nariño	32	1,9
Norte de Santander	93	3,9
Putumayo	16	3,6
Quindío	12	2,2
Risaralda	20	2
Santa Marta	21	6,3
Santander	74	2,7
Sucre	32	2,1
Tolima	38	2,4
Valle del Cauca	68	1,5
Vichada	6	3,9
Colombia	1 765	2,8

*NV: nacidos vivos

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020
Población DANE, año 2019



En el porcentaje de cumplimiento de la definición de caso por entidad territorial de notificación (indicador N°2), se encontró que, de los 548 casos eliminados durante el proceso de depuración de la base, 127 casos tenían ajuste 6 o D, quedando un total de 421 casos que no cumplían con la definición para el evento, por lo anterior, el 80,7 % de casos notificados a nivel nacional si cumplieron con la definición operativa de caso. Las entidades territoriales con un cumplimiento inferior al 70 % fueron: Santa Marta, Córdoba, Vichada, Sucre y Cauca (Tabla 7).

Tabla 7. Porcentaje de cumplimiento de definición de caso para sífilis congénita, por entidad territorial de notificación, Colombia, 2020

Entidad territorial de notificación	No cumplen definición de caso		Cumplen definición de caso	
	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje
Amazonas	1	25	3	75
Antioquia	25	12,3	178	87,7
Arauca	3	5,6	51	94,4
Atlántico	21	25,9	60	74,1
Barranquilla	32	23,9	102	76,1
Bogotá	20	6,6	285	93,4
Bolívar	16	27,1	43	72,9
Boyaca	5	25	15	75
Buenaventura	3	18,8	13	81,3
Caldas	4	19	17	81
Caquetá	1	6,7	14	93,3
Cartagena	10	10,8	83	89,2
Casanare	1	2,6	38	97,4
Cauca	8	30,8	18	69,2
Cesar	12	24,5	37	75,5
Chocó	12	24,5	37	75,5
Córdoba	33	45,8	39	54,2
Cundinamarca	29	22,3	101	77,7
Guainia	0	0	7	100
Guaviare	0	0	4	100
Huila	4	23,5	13	76,5
La Guajira	33	27	89	73
Magdalena	2	4,5	42	95,5
Meta	18	22	64	78
Nariño	8	20	32	80
Norte de Santander	22	19,1	93	80,9
Putumayo	0	0	16	100
Quindío	5	29,4	12	70,6
Risaralda	2	9,1	20	90,9
Santa Marta	23	52,3	21	47,7
Santander	20	21,3	74	78,7
Sucre	18	36	32	64
Tolima	10	20,8	38	79,2
Valle del Cauca	16	19	68	81
Vichada	4	40	6	60
Colombia	421	19,3	1765	80,7

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020

A nivel nacional, la proporción de casos de sífilis congénita con madres notificadas como sífilis gestacional (indicador N°3) fue de 88,6 %. Las entidades territoriales con la proporción de este indicador inferior a la nacional fueron 15, dentro de las más bajas estuvieron La Guajira, Chocó, Santa Marta, Atlántico y Córdoba (Tabla 8).

Tabla 8. Proporción de casos de sífilis congénita con madres notificadas en sífilis gestacional, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2020

Entidad territorial de residencia	Casos de SC con madres notificadas en SG	Nº de casos SC	% madres notificadas
Amazonas	3	3	100
Antioquia	160	178	89,9
Arauca	50	51	98
Atlántico	41	60	68,3
Barranquilla	96	102	94,1
Bogotá	276	285	96,8
Bolívar	39	43	90,7
Boyacá	13	15	86,7
Buenaventura	11	13	84,6
Caldas	17	17	100
Caquetá	13	14	92,9
Cartagena	80	83	96,4
Casanare	34	38	89,5
Cauca	14	18	77,8
Cesar	35	37	94,6
Chocó	24	37	64,9
Córdoba	29	39	74,4
Cundinamarca	92	101	91,1
Guainia	6	7	85,7
Guaviare	4	4	100
Huila	13	13	100
La Guajira	51	89	57,3
Magdalena	37	42	88,1
Meta	62	64	96,9
Nariño	28	32	87,5
Norte de Santander	91	93	97,8
Putumayo	16	16	100
Quindío	11	12	91,7
Risaralda	19	20	95
Santa Marta	14	21	66,7
Santander	69	74	93,2
Sucre	28	32	87,5
Tolima	31	38	81,6
Valle del Cauca	52	68	76,5
Vichada	5	6	83,3
Colombia	1 564	1 765	88,6

*NA: No aplica

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020

En las variables sociales y demográficas, se observó que la diferencia de casos por sexo femenino frente al masculino es de 1,2 %; al momento de la notificación el 60,6 % de los casos estaba afiliado SGSSS y el 50,1 % de los casos se concentró en el régimen subsidiado (Tabla 9).

Según la identificación de los casos como integrantes a grupos étnicos legalmente reconocidos en Colombia, el 6,2 % (110) de los casos se presentó en los grupos de indígena y negro, mulato o afrocolombiano. Por área de residencia, el 8,7 % se presentó en área rural dispersa (Tabla 9).

Tabla 9. Comportamiento social y demográfico de sífilis congénita, Colombia, 2020

Variable	Categoría	Número de Casos	Porcentaje
Sexo	Indeterminado	3	0,2
	Femenino	870	49,3
	Masculino	892	50,5
Tipo de régimen	Subsidiado	885	50,1
	No asegurado	611	34,6
	Contributivo	172	9,7
	Indeterminado/Pendiente	84	4,8
	Excepción	12	0,7
	Especial	1	0,1
	Rom - Gitano	1	0,1
Pertenencia étnica	Raizal	1	0,1
	Otro	1653	93,7
	Negro, mulato afrocolombiano	64	3,6
	Indígenas	46	2,6
Área	Centro poblado	152	8,6
	Cabecera municipal	1460	82,7
	Rural disperso	153	8,7

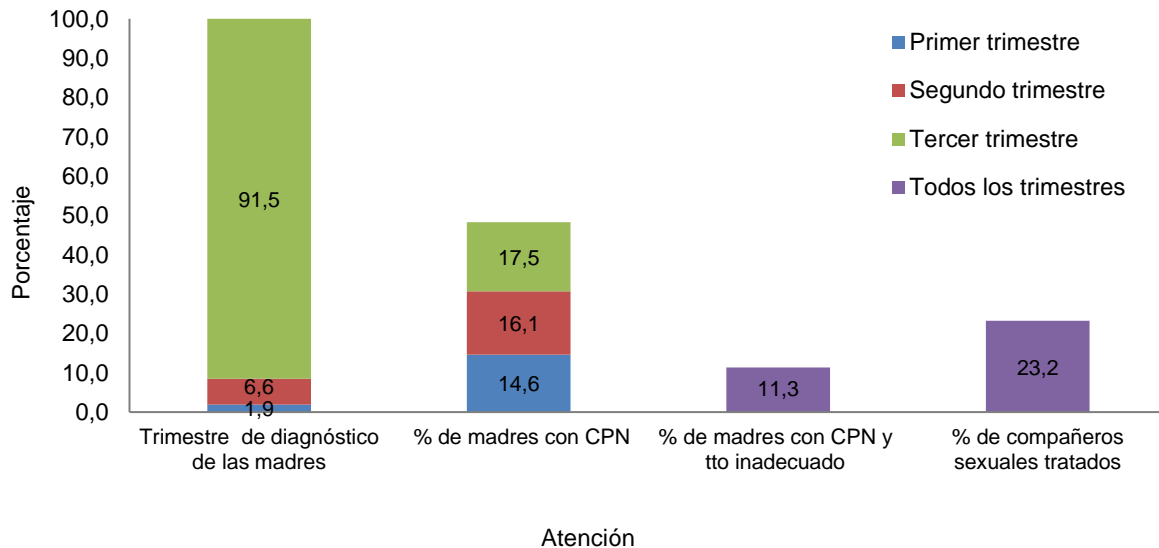
Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020

El 92,4 % (1 632) de los casos de sífilis congénita se confirmaron por nexo epidemiológico, el 7,2 % (127) por laboratorio y el 0,3 % (6) por clínica.

De las madres de los 1 765 casos notificados como sífilis congénita, el 48,3 % (852) registró antecedente de control prenatal; el 14,6 % (258) iniciaron el control prenatal en el primer trimestre y el 91,5 % (1 615) de las madres fueron diagnosticadas en el tercer trimestre del embarazo (Figura 3).

El 37,0 % (653) de las madres tuvieron antecedente de atención por control prenatal con el tratamiento adecuado para sífilis y el 23,2 % (410) de los contactos sexuales de las madres recibieron tratamiento para sífilis (Figura 4).

Figura 4. Comportamiento de atención a las madres de los casos de sífilis congénita, Colombia, 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020

Del 100 % de casos notificados para sífilis congénita, el 8,2 % (145 casos) correspondió a mortinatos con tiempo de gestación mayor a 22 semanas. El 16,9 % (299 casos) fueron casos de sífilis congénita en nacidos vivos pretérmino, es decir, con menos de 37 semanas de gestación.

De las pruebas treponémicas realizadas para confirmar el diagnóstico, en el 89,8 % (1 585) de los casos se realizó prueba rápida, en el 3,9 % (69) la prueba de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* (TPPA), en el 3,4 % (60) la prueba de hemaglutinación para *Treponema pallidum* (TPHA) y en el 2,9 % (51) a otro tipo de prueba.

Durante el 2020, se presentaron 145 casos (8,2 %) de sífilis congénita con condición final “muerto”, los cuales fueron analizados por las mesas técnicas de unidad de análisis de las entidades territoriales. La información analizada se consolidó en el tablero de problemas, con un cumplimiento en la realización de este tablero del 59,3 %. Se identificaron 353 situaciones problema, el 34,0 % corresponde al factor de prestación de servicios individuales (en el 35,8 % no se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínicas); el 22,5 % corresponde al factor de acciones de promoción y mantenimiento de la salud (en el 35,5 % incumplimiento en acciones de demanda inducida) y el 15,3 % a conocimientos, actitudes y prácticas en salud (en el 48,1 % baja



percepción de riesgo en salud). El 55,0 % del tipo de responsable en las situaciones problema encontradas corresponde a la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Sífilis congénita y COVID-19

Al cruzar los casos confirmados para sífilis congénita contra los casos confirmados para la enfermedad del coronavirus-19 (COVID-19), se encontró que el 0,1 % (2) de los casos de sífilis congénita fueron confirmados en el mismo año para COVID-19. Por entidad territorial de residencia, los casos corresponden a Cundinamarca y Caquetá. Al momento de la confirmación para COVID-19 las edades eran de 6 y 15 días y al momento de confirmar sífilis congénita los casos tenían 2 días y 2 meses respectivamente. Ambos casos fueron hospitalizados por COVID-19 y se recuperaron posterior al tratamiento.

4. DISCUSIÓN



Desde el 2016 se observa un incremento en la incidencia y prevalencia por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos para sífilis congénita (SC) y sífilis gestacional (SG), respectivamente, lo que puede estar relacionado a la implementación y fortalecimiento a partir del 2015 de la Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional SG y congénita SC, en la cual se incluyeron las definiciones de caso para la notificación al Sivigila y el algoritmo de diagnóstico (16). El incremento además se ha visto afectado por los casos de población con nacionalidad extranjera, que después de 6 meses de vivir en el territorio nacional, se consideran residentes de Colombia y entran en la estadística.

Aunque Colombia ha venido fortaleciendo las políticas para la vigilancia, promoción y prevención de la sífilis gestacional y congénita, se observa incremento en el número de casos notificados y en los indicadores, afectando el cumplimiento de la meta establecida como Estado Miembro de la OPS, frente a la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana - VIH y de la sífilis congénita, con una meta de eliminación de la transmisión materno infantil y reducción de la incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos o menos por cada 1 000 nacidos vivos (NV) más mortinatos para el 2021, actualmente renovados para cumplimiento al 2030 (11).

Para alcanzar la meta establecida para la incidencia de la sífilis congénita, en Colombia se deben centrar los esfuerzos en favorecer el acceso temprano a la atención prenatal, aumentar la cobertura de diagnóstico de la sífilis en las embarazadas (en los diferentes momentos de la gestación) y trabajar en la eliminación de las barreras a la aplicación del tratamiento a la gestante y los contactos sexuales en todos los niveles de atención.

Desde el 2016 hasta el 2019, Colombia ha venido presentando un incremento progresivo en la prevalencia de sífilis gestacional y de la incidencia de sífilis congénita, especialmente,

se observa un incremento significativo en ambos indicadores al comparar el comportamiento observado de 2020 con el valor esperado que corresponde a la mediana de los últimos años (2016 a 2019).

A pesar de que hace más de medio siglo que se cuenta con recursos eficaces para la detección y el tratamiento de la sífilis, solo un país latinoamericano (Cuba) ha logrado la meta de eliminación propuesta para el 2000 y recibió la validación de la OMS en la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis (17).

Entre los factores que pueden estar contribuyendo a la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública en las Américas está la subnotificación, que se convierte en una limitación para conocer la dimensión real y actual del problema; la escasa sensibilización entre los formuladores de políticas de salud y los proveedores de estos servicios, y, por último, la falta de demanda por parte de los usuarios. (3).

El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica del evento sífilis gestacional es contribuir a la prevención y eliminación de la transmisión vertical (madre-hijo) a través de la detección temprana de casos que cumplan con la definición para el evento, la búsqueda activa comunitaria de casos y el fortalecimiento de los conocimientos en los profesionales de salud sobre el cumplimiento de la GPC y el protocolo de vigilancia de sífilis gestacional y congénita (14).

En América Latina y el Caribe según la OPS en el año 2009 aproximadamente 330 000 mujeres gestantes con prueba positiva para sífilis no recibieron tratamiento durante el control prenatal, como resultado nacieron 110 000 niños con sífilis congénita, y un número similar resultó en aborto espontáneo (3). Lo anterior demuestra la gravedad de la sífilis gestacional por estar directamente relacionada con la sífilis congénita, la aparición de casos de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias de orden tanto estructural como técnico en los servicios de salud. Aunque en América Latina y el Caribe la cobertura de la atención prenatal es aceptable (>50 %) la falta de detección y tratamientos sistemáticos de la enfermedad determinan que la sífilis gestacional siga siendo un problema de salud pública (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 (18). La edad, por ejemplo, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de ITS en adolescentes (19), evidenciado en las cifras de SG en Colombia para 2020, donde el 23,8 % de los casos se presentó en mujeres menores de 19 años.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 (20), existe 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, lo cual demuestra la necesidad de continuar fortaleciendo 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 (22) el logro de esta meta ayudará en la disminución de casos de SG y SC en el país.

En el análisis de aseguramiento al SGSSS entre el 2019 y el 2020, se observa incremento en el porcentaje de casos no asegurados, pasando de tener para sífilis gestacional del 18,9 % al 28,5 % respectivamente y para sífilis congénita se pasó del 30,1 % en 2019 al 34,6 % en 2020. 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 (18) (19), las intervenciones deben priorizarse en los grupos vulnerables.

Dentro 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, está la de aumentar la cobertura de atención prenatal y partos atendidos por personal cualificado 95 % o más para el 2015 (22). 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. Los resultados de esta encuesta revelaron 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 %) (20). Frente al comportamiento de esta variable en los casos de SG notificados al SIVGIIA, se observó que de los 895 casos que residen en área rural, el 82,1 % (735) tuvo acceso a la consulta de control prenatal y de estos el 37,1 % accedió durante el primer trimestre del embarazo.

Con relación al diagnóstico, el 63,5 % (5 711) de los casos de SG notificados en 2020, confirmaron el diagnóstico durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Solo el 64,7 % (5 816) de las gestantes accedieron al control prenatal y recibieron tratamiento, con pérdida en la oportunidad de brindar el tratamiento al 9,1 % de las gestantes, pero en general, evidenciando una baja capacidad del sistema de salud para captar los casos de manera oportuna y realizar el tratamiento, lo que ayudaría a disminuir los casos de SC y por consiguiente a mejorar los indicadores establecidos en ambos eventos.

El tratamiento a los contactos sexuales es fundamental para el control de las ITS. La ENDS 2015 (20) 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 %). En este análisis solo el 55,4 % (4 980) de las parejas o compañeros sexuales de los casos de SG recibieron tratamiento, y el 23,2 % (409) en las parejas o acompañantes sexuales de las madres de casos de SC. Aunque el tratamiento a contactos en SG fue mayor que para SC, es insuficiente y favorece la reinfección en las gestantes.



Es necesario seguir fortaleciendo las indicaciones de la GPC y del protocolo para el evento, para detectar de manera temprana los casos de sífilis gestacional y aplicar el tratamiento más efectivo y oportuno tanto a los casos como a los contactos sexuales. Lo anterior va a permitir romper la cadena epidemiológica de transmisión, disminuir la transmisión materno infantil y reducir tanto la prevalencia de sífilis gestacional como la incidencia de sífilis congénita.

Los elementos fundamentales para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita se relacionan estrechamente con la captación temprana de la gestante en el primer trimestre de la gestación y con brindar un tratamiento oportuno y adecuado. Para lograr resultados positivos se requiere del compromiso, el conocimiento y el cumplimiento de las responsabilidades de cada uno de los actores del SGSSS. (23) Teniendo en cuenta la situación del país, en especial frente a la sífilis congénita, se considera que lograr su eliminación es un reto que atañe a todos los organismos del Estado y la sociedad en general para así garantizar la salud de en la población colombiana.

El indicador de proceso, proporción de casos de sífilis congénita con madres notificadas como sífilis gestacional por ET de residencia, revela que el 11,4% de las madres de los casos de SC no fue notificada, lo que equivale a un subregistro de casos en SG, que 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 (24). Comparando el resultado de este indicador en 2020 contra el 2019, se observa que mejoró la notificación, pasando de 16,4 % a 11,4 % respectivamente.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. OMS. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <http://iris.paho.org>.
2. Silveira MF, Gomez Ponce de Leon R, Becerra F, Serruya SJ. Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: a multicountry analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e31. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.31>
3. Valderrama, Julia, Zacarías, Fernando, Mazin, Rafael (2004) Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Publica*; 16 (3) 211-217, set. 2004. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2004.v16n3/211-217/es>



4. Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. Plan de intensificación para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia. 2017. 7 p.
5. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. [Internet]. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Consultado 20 de abril de 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51791/9789275321744_spa.pdf?ua=1
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe de infecciones de transmisión sexual 2019. [Internet]. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud; 2019 [Consultado 01 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>
7. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiane´ SG, et al. (2019) Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes— Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS ONE 14(2): e0211720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>
8. Organización Panamericana de la Salud. Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018. ETMI Plus. Washington, D.C.: OPS; 2019
9. Instituto Nacional de Salud. Informes de eventos por años. Colombia. Fecha de consulta: 02 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, D.C.: OPS; 2014
11. Ministerio de Salud y Protección Social; ETMI PLUS Colombia 2019-2030: Marco para la eliminación de la transmisión Materno infantil del VIH, la sífilis, la Hepatitis b y la enfermedad de Chagas. 2019. Dispñible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/et-mi-plus-colombia-2019-2030.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en las Américas. Actualización 2016. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34074/9789275319550_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
13. Instituto Nacional de Salud. Metodología de la operación de “estadísticas de Vigilancia de eventos de salud pública. Colombia. Disponible en:



<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/7.%20Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20operaci%C3%B3n%20estad%C3%ADsticas%20de%20vigilancia%20de%20eventos%20de%20salud%20p%C3%ABlica.pdf>

14. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública Sífilis gestacional y congénita código: 750-740. [Internet]. Bogotá D.C. Instituto Nacional de Salud. 2017. [Actualizado 29 de diciembre de 2017; citado 01 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Sífilis_.pdf
15. Resolución 008430 del 4 octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
16. 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 02 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc%20%E2%80%93guia-completa-sifilis.pdf>
17. Ministerio de Salud y Protección Social Social. Etni Plus Colombia, 2018-2021. 99-1689:9 (53;2017). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/eliminacion-transmision-materno-infantil-vih-sifilis-chagas-hepeticib-etmi-colombia-2018.pdf>
18. 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 04 de julio de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300006
19. 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 07 de julio de 2021]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3573>
20. 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 06 de julio de 2021]. Disponible en:



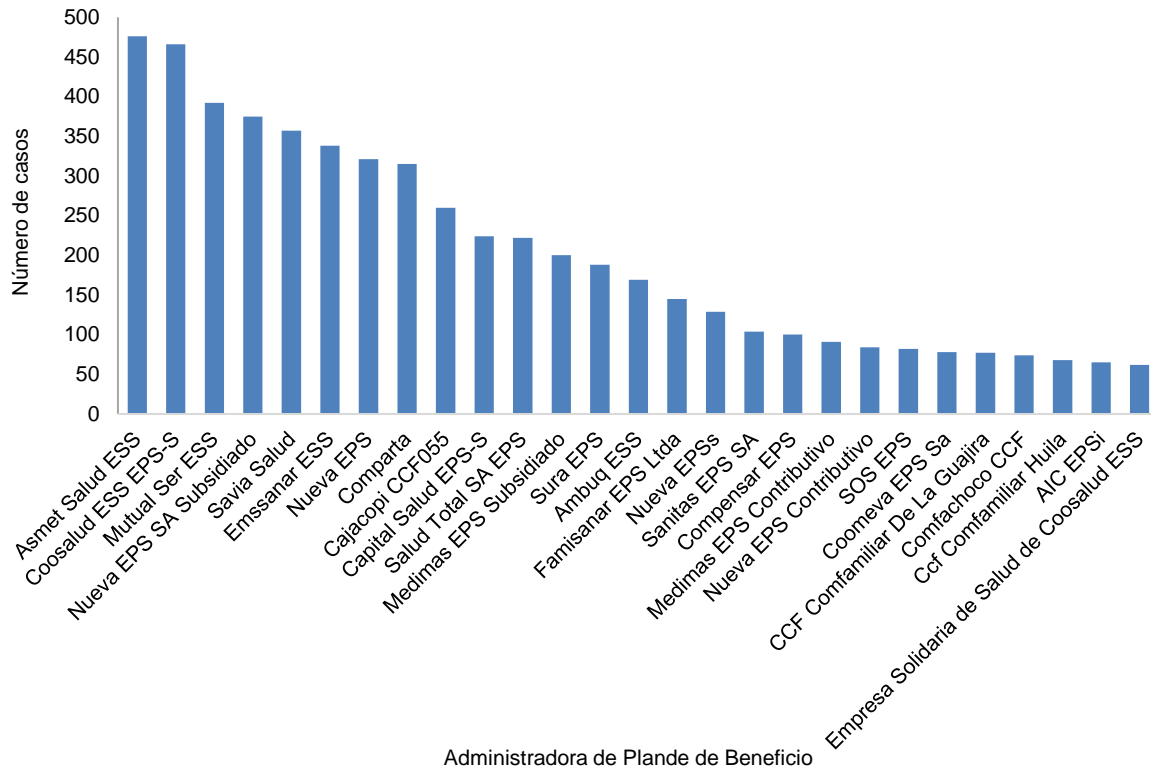
<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>

21. 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 06 de julio de 2021]. Disponible en: [Colombia redujo los nacimientos en madres menores de edad | Portal ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF](#)
22. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita: estrategia de monitoreo regional. 3. ed. [Internet]. Washington, D.C. 2014. [Actualizado 2014; citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31365/9789275318126_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Ministerio de la Protección Social. Actualización integral del POS 2013. Fecha de consulta: 04 de julio del 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Salud-Sexual-y-Reproductiva.aspx>
24. 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 05 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/P_lanestrategico-eliminacion-transmision-materno-infantil-vih-sifilis-2011.pdf.

6. ANEXOS



Anexo 1. Distribución de casos de sífilis gestacional por Administradoras de Planes de Beneficios, Colombia, 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020



Anexo 2. Razón de prevalencia de casos confirmados para sífilis gestacional y COVID-19, por entidad territorial, Colombia, 2020

Entidad territorial	Número de casos SG y COVID-19	%	Razón de prevalencia * (1000 NV + mortinatos)
Amazonas	1	0,3	0,8
Antioquia	39	10,8	0,5
Arauca	2	0,6	0,4
Atlántico	18	5,0	0,5
Barranquilla	9	2,5	1,2
Bogotá	67	18,6	0,8
Bolívar	7	1,9	0,2
Boyacá	4	1,1	0,3
Caldas	4	1,1	0,5
Caquetá	7	1,9	1,0
Cartagena	8	2,2	1,4
Cauca	4	1,1	0,2
Cesar	8	2,2	0,3
Chocó	7	1,9	1,0
Córdoba	12	3,3	0,5
Cundinamarca	18	5,0	0,5
La Guajira	6	1,7	0,3
Guaviare	1	0,3	0,8
Huila	13	3,6	0,8
Magdalena	6	1,7	0,3
Meta	8	2,2	0,5
Nariño	8	2,2	0,5
Norte de Santander	17	4,7	0,7
Putumayo	2	0,6	0,5
Quindío	6	1,7	1,1
Risaralda	11	3,1	1,1
Santander	17	4,7	0,6
Santa Marta	10	2,8	3,0
Sucre	3	0,8	0,2
Tolima	11	3,1	0,7
Valle del Cauca	26	7,2	0,6
Colombia	360	100	0,6

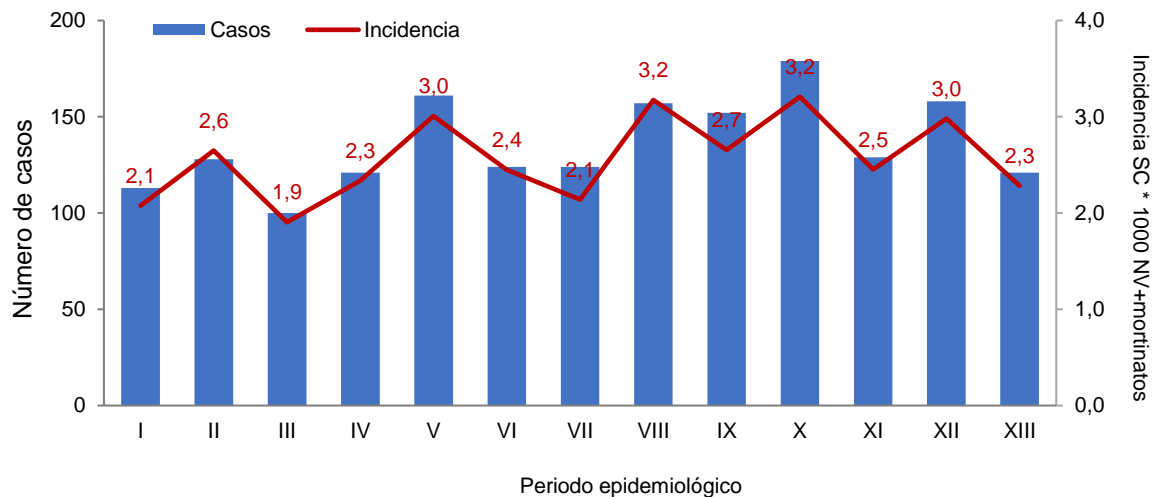
Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020

Anexo 3. Comportamiento social y demográfico de casos confirmados para sífilis congénita y COVID-19, Colombia, 2020

Variable	Categoría	Número de casos	Porcentaje
Grupo de edad	<14 años	0	0,0
	14 a 19 años	49	13,6
	20 a 24 años	115	31,9
	25 a 29 años	102	28,3
	30 a 34 años	49	13,6
	35 a 39 años	35	9,7
	40 a 44 años	9	2,5
	45 años y más	1	0,3
Tipo de régimen	Subsidiado	159	44,2
	Contributivo	154	42,8
	No asegurado	28	7,8
	Indeterminado	10	2,8
	Excepción	9	2,5
Pertenenencia étnica	Otro	335	93,1
	Negro, mulato afrocolombiano	19	5,3
	Indígena	6	1,7
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	321	89,2
	Centro poblado	27	7,5
	Rural disperso	12	3,3

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020

Anexo 4. Comportamiento de notificación y tasa de incidencia de sífilis congénita, por periodo epidemiológico, Colombia, 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sivigila, 2020