

Informe de Evento 2023

Sífilis Gestacional, Sífilis Congénita

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinador

Luis Carlos Gómez Ortega

Elaborado por:

Claudia Lorena Pérez Clavijo
Grupo de Vigilancia y Control de
Enfermedades Transmisibles
Endoepidemicas y Relacionadas con
Salud Sexual

Revisado por:

Sandra Milena Aparicio Fuentes
Grupo de Enfermedades Trasmisibles
Prevenibles por Vacunación y
Asociadas a la Atención en Salud

Aprobado por:

Franklyn Edwin Prieto Alvarado.
Director de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública.

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica: SI ☐ NO ☒

El documento requirió revisión por una instancia externa asesora: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?

© Julio 2024. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

<https://doi.org/10.33610/GHZB2235>

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Informe de Evento 2023 - Sífilis Gestacional, Sífilis Congénita

1.Introducción

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Esta bacteria se transmite por contacto sexual con lesiones infecciosas de las mucosas o excoriaciones cutáneas, por transfusión sanguínea y de forma vertical durante el embarazo. La transmisión vertical puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, pero se asocia con mayor frecuencia a los casos de sífilis secundaria (1,2).

La sífilis no solo es una enfermedad médica actual, sino que también ha dejado una marca significativa en la historia de la humanidad. Aunque sus primeros reportes generan controversia, existen indicios de lesiones óseas compatibles con la enfermedad en esqueletos precolombinos en América. Al mismo tiempo, otras fuentes indican que fue identificada en soldados franceses. A lo largo de los siglos, se propagó rápidamente, causando importantes impactos debido a la falta de tratamientos efectivos y estigmatizando a los afectados. En el siglo XX, el descubrimiento de la penicilina generó un impacto considerable, reduciendo los casos hasta en un 90%. Sin embargo, en la actualidad presenta un resurgimiento, por lo que continúa siendo un importante problema de salud pública mundial (3–6).

La magnitud de este resurgimiento es alarmante. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que, en 2020, 7,1 millones de adultos se infectaron; en 2022, la cifra aumentó a ocho millones de adultos de entre 15 y 49 años. En las últimas décadas, a pesar de los esfuerzos por reducir la carga, la sífilis sigue siendo endémica en los países de ingresos bajos y medianos, donde se presentan aproximadamente el 90% de los casos, y con un aumento de casos en los países de ingresos altos (7,8). A finales de la década de 1990, la incidencia de sífilis estaba disminuyendo a nivel mundial y alcanzó 2,1 casos por 100.000 personas. Esta disminución se atribuyó principalmente a factores como el control de la infección, la reducción de la mortalidad después del uso generalizado de penicilina y al comportamiento sexual más seguro provocado por la epidemia de VIH-SIDA (3,4).

La sífilis gestacional y congénita emergen como preocupaciones de salud pública prioritarias debido a sus graves consecuencias. En el caso de la sífilis gestacional, los riesgos para la madre son significativos e incluyen complicaciones cardiovasculares y neurológicas, abortos espontáneos, partos prematuros y mortinatos. Se estima que cada año, aproximadamente dos millones de mujeres embarazadas tienen sífilis activa, lo que puede provocar consecuencias adversas en el 69% de los casos si no se trata adecuadamente. Por otro lado, la sífilis congénita puede representar un riesgo grave para el recién nacido, con tasas alarmantes de muerte fetal, bajo peso al nacer, mortalidad perinatal y anomalías congénitas, así como retraso en el desarrollo (6–13).

En este sentido, la sífilis gestacional tiene graves repercusiones en la salud del binomio madre-hijo y su impacto en la sociedad abarca los ámbitos sociales, económicos y de salud. La prevalencia mundial

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

de sífilis materna se estimó en 690 por 100.000 mujeres en 2016, lo que equivale a alrededor de 661.000 casos en todo el mundo. Para el año 2018, la tasa fue del 1.3%, lo que indica que aproximadamente 1 de cada 77 mujeres embarazadas en el mundo tenía sífilis gestacional. Los datos del 2020 muestran que la tasa global se estimó en 0.69% (8,11,14–18).

Sin embargo, las tasas de sífilis varían significativamente entre regiones, y las tasas más altas están asociadas a determinantes sociales como recursos limitados y dificultades con el acceso a la atención prenatal. Por ejemplo, en África subsahariana y algunas partes de Asia y América Latina se registran las tasas más elevadas de infección. Datos específicos revelan que, en el continente africano, la prevalencia de sífilis gestacional se ha estimado en alrededor del 15% en Mozambique, 6% en Etiopía, cerca del 5% en Kenia y Sierra Leona, y alrededor del 4% en Malawi y Uganda. En el continente asiático, países como India, Filipinas, Indonesia y Tailandia tienen una prevalencia estimada de alrededor del 1 al 5% (7,8,11,16,17,19–22).

En Europa, si bien la tasa de sífilis gestacional ha disminuido en general debido a la implementación de programas de detección y tratamiento, todavía persisten casos en algunos países. Países como Rusia, Ucrania y algunos del este de Europa muestran una prevalencia potencialmente más alta en comparación con naciones de Europa Occidental, donde la tasa es menos del 0.1%. A pesar de estos avances, es crucial mantener la vigilancia y los esfuerzos de prevención en toda la región para garantizar que la incidencia de la sífilis gestacional siga disminuyendo (23–25).

La situación en América también muestra una variabilidad considerable tanto entre países como dentro de las regiones de cada uno. Según el informe de la OPS sobre la transmisión vertical de la sífilis en 2019, en el año 2017 se registraron 28 816 casos de sífilis congénita, lo que equivale a una incidencia de 210 por cada 100 000 nacidos vivos en 37 de los 52 países de la región. Este dato representa un incremento del 22% en comparación con el año anterior, cuando se reportaron 23 609 casos(3,6,7). En Brasil, la tasa fue de aproximadamente 8.2 casos por cada 1 000 nacidos vivos en 2020. Varios estudios regionales han señalado una correlación entre la sífilis congénita y factores como baja educación materna, falta de acceso al mercado laboral formal, consumo de drogas ilícitas, pertenencia a estratos sociales menos favorecidos, raza negra y edad menor de 30 años. Por otro lado, en otros países de la región, Argentina reportó una tasa de 1.7 casos por cada 1 000 nacidos vivos en 2019, México registró 0.7 casos por cada 1 000 nacidos vivos en 2018, y Perú reportó 1.2 casos por cada 1 000 nacidos vivos en 2018 (3,7,26).

En Colombia, el período de 2018 a 2023 ha observado un aumento en la notificación de los casos de sífilis gestacional y, por ende, un aumento en la razón de prevalencia, pasando de 9,0 en 2018 a 19,2 por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales (NV+MF) en 2022. Las entidades territoriales con las tasas más altas incluyen a Arauca, Buenaventura, Chocó, Casanare y Atlántico, mientras que San Andrés, Huila y Vaupés registran las tasas más bajas.

En cuanto a la sífilis congénita en Colombia, se observó un incremento en la incidencia durante el período de 2018 a 2021, alcanzando una incidencia de 2,9 por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos

fetales (NV+MF), no obstante, en 2022, se evidencio un comportamiento en la disminución de casos del 22% con respecto al año 2021 alcanzando una incidencia de 2,9 por 1 000 nacidos vivos más mortinatos situación que evidencio un decremento en la presentación de casos en el país; sin embargo, esta cifra continua generando el incumplimiento de meta de eliminación de la enfermedad, situación que se evidencia a nivel país y especialmente en las entidades territoriales de: Arauca con 11,1, Guainía con 10,5, Chocó con 6,4 y Casanare con 6,1. En contraste, las tasas más bajas fueron reportadas en Amazonas con 0,9, Nariño con 1,4, San Andrés con 1,5 y Vaupés con 1,1 por cada 1 000 NV+MF.

Considerando los avances realizados y las metas establecidas en la estrategia de Eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH, la sífilis, la enfermedad de chagas congénita y la infección perinatal por el virus de la hepatitis B (ETMI PLUS) Colombia 2021-2030(27), la cual tiene por objetivo lograr y mantener la ETMI como problemas que constituyen un peligro para la salud pública, suscritos en los principios y las líneas de acción de la estrategia para el acceso universal a la salud, de igual manera en el marco de iniciativa de eliminación 30 para la región de la Organización Panamericana de la salud, la cual se describe como una política integrada y sostenible de las enfermedades transmisibles comprometidas a eliminar y la cual hace parte la sífilis congénita por medio de cuatro líneas de acción.

Este informe de evento tiene como objetivo principal describir el comportamiento epidemiológico de la sífilis gestacional y sífilis congénita durante el año 2023 en el país, buscando proporcionar información crucial para orientar a los tomadores de decisiones en la implementación de medidas efectivas de prevención y control de la enfermedad.

2. Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo con el fin de determinar las características epidemiológicas y el comportamiento de los casos confirmados de sífilis gestacional y sífilis congénita en Colombia. Este estudio se basó en la información recopilada por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) durante las semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2023, y se comparó con datos de años anteriores.

La recolección y procesamiento de los datos se llevaron a cabo siguiendo las directrices de la metodología de la operación de estadísticas de vigilancia de eventos en salud pública y el manual del usuario para el sistema aplicativo Sivigila. Se mantuvo un flujo de información desde la ocurrencia del caso hasta su utilización para la acción, abarcando desde las Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD) hasta los niveles municipal, departamental y nacional.

Ambos eventos, la sífilis gestacional y la sífilis congénita, notifica casos en el sistema de vigilancia como casos confirmados de acuerdo con las características establecidas en las definiciones operativas de caso señaladas en protocolo de vigilancia. Para el caso, la clasificación de los casos de sífilis gestacional se basó en confirmación por laboratorio, mientras que los casos de sífilis congénita

se clasificaron según criterios como nexos epidemiológico, clínicos o de laboratorio, como se indica en el protocolo.

Durante el proceso de validación y depuración de la base de datos de casos notificados, se verificaron aspectos de completitud y consistencia de las variables. Se excluyeron los casos descartados por las entidades territoriales que contaban con evidencia de clasificación final dada por una unidad de análisis enviada a nivel nacional como se indica en los lineamientos de vigilancia, así como aquellos casos repetidos o con procedencia y residencia fuera de Colombia. Además, para el evento de sífilis congénita se excluyeron los casos que no cumplieran con la definición establecida para el evento según el protocolo de vigilancia.

En cuanto al análisis, se utilizaron tanto las variables consignadas en la ficha de datos básicos como las de la ficha de datos específicos, conforme a las definiciones operativas de caso establecidas en el protocolo de vigilancia. Se realizaron análisis de proporciones y tasas para variables cualitativas y cuantitativas, así como cálculos de medidas de frecuencia de prevalencia e incidencia, y se generaron indicadores definidos en el protocolo de vigilancia en salud pública para estos eventos.

De igual manera, se realizó una regresión lineal por punto de inflexión (JoinPoint) para analizar la razones de prevalencia, casos por nacionalidad, tipo de aseguramiento, trimestre de diagnóstico, acceso a tratamiento de contactos sexuales, grupo edad de la gestante y de la madre de los casos con sífilis congénita con el fin de detectar cambios significativos en la tendencia de los casos entre los años 2019 y 2023.

El procesamiento de la información se llevó a cabo utilizando hojas de cálculo de Microsoft Excel. Se analizaron variables sociales y demográficas, así como variables relacionadas con la atención en salud, como la condición de la madre al momento del diagnóstico, la edad gestacional, el tratamiento y el control prenatal. Se utilizó la edad gestacional al momento de la realización de la prueba para el diagnóstico y el acceso al control prenatal y tratamiento.

Se consideraron variables numéricas y categóricas en el análisis, clasificándolas según su nivel de medición nominal u ordinal. Se calcularon indicadores como la incidencia de sífilis congénita, el porcentaje de casos que cumplen la definición de caso, la proporción de casos cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional y la razón de prevalencia de sífilis gestacional.

Para el cálculo de los indicadores de prevalencia e incidencia, se utilizó como denominador la población definitiva del DANE (nacidos vivos y mortinatos) de enero a diciembre de 2022, publicada en enero de 2024, y se desglosó por entidad territorial de residencia de la madre.

Adicionalmente, se realiza análisis de proporciones para la gestante migrante residente en el territorio nacional para ambos eventos y se realizó análisis bivariado para la población indígena y en el grupo de población negro, mulato, afrocolombiano frente a los otros grupos poblacionales de los últimos cinco años (2019–2023) para el evento de sífilis gestacional. Los resultados fueron calculados por medio del software Excel y OpenEpi el cual fue proyectado en tablas.

Se realizó un análisis de los casos de sífilis congénita con condición final 2 (muerto) a través del análisis del tablero de problemas a las muertes confirmadas para sífilis congénita. Este tablero de problemas, consolidado por cada entidad territorial, fue remitido al grupo de unidad de análisis del nivel nacional para su consolidación, depuración, procesamiento y análisis de acuerdo con los lineamientos nacionales establecidos para el 2023. Asimismo, se realizó cruce de los datos nominales del tablero de indicadores con los datos del tablero de problemas para medir la correspondencia de los casos confirmados con tablero de problemas.

No obstante, es importante resaltar las limitaciones para la construcción de estos análisis. En especial, el cálculo de indicadores se realiza, como se mencionó anteriormente, con nacidos vivos y mortinatos fijos proyectados por el DANE a 2022. Adicionalmente, para el cálculo del indicador de proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional, pueden existir falencias en la calidad del dato proporcionado por las UPGD que pueden afectar la proyección de este indicador. Además, la falta de una cohorte de gestantes a nivel nacional no permite conocer la proporción nacional de gestantes con sífilis en el país.

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

3. Resultados

Sífilis gestacional

Para el 2023, en el país se notificaron al Sivigila 11 583 casos de sífilis gestacional los cuales posterior a la depuración generaron los siguientes Hallazgos:

- Registros duplicados: 1206 (10%)
- Registros con procedencia o residencia en exterior: 297 (3%)
- Eliminados por solicitud posterior a análisis de casos realizado por comité técnico de las entidades territoriales: 124 (1%)
- Registros que fueron la misma gestación de 2022: 20 (0,2%)
- Casos que no cumplían con definición de caso 33 (0,3%)

Obteniendo así 9 903 (85,5%) casos que cumplían con la definición de caso establecida por el protocolo de vigilancia y adicional residieron al menos seis meses continuos dentro del territorio nacional.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

Al realizar el análisis del comportamiento inusual de la notificación a partir del año 2018 a 2023, se observó un incremento sostenido en el número de casos notificados y el aumento del indicador en promedio 33,5%, pasando de una razón de prevalencia de 9,0 en 2018 a 16,3 por 1 000 NV +MF en 2023, adicionalmente se realizó una variación porcentual a la tasa de prevalencia encontrando para el 2023 una variación hacia el aumento en comparación con 2018 de 91,96 y una variación hacia el decremento de -5,05% frente a 2022 (Figura 1).

FIGURA 1 CASOS CONFIRMADOS Y PREVALENCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL, COLOMBIA,

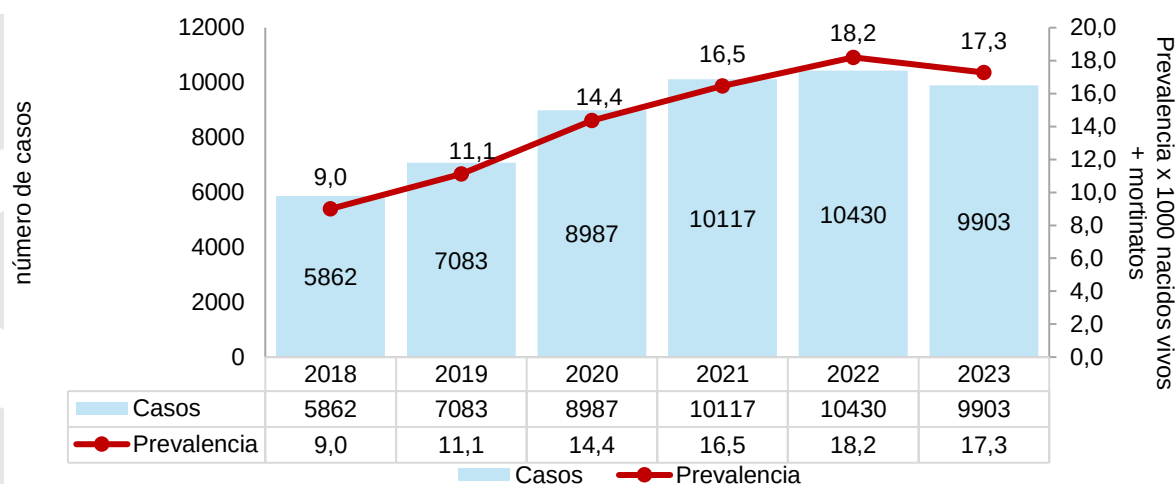


TABLA 1 VARIACIÓN DE LA RAZÓN DE PREVALENCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL, SE 24 2018 -2023*, COLOMBIA.

Año	Razón de prevalencia	Var. Frente a 2023
2018	9,0	91,96
2019	11,1	55,42
2020	14,4	20,33
2021	16,5	4,91
2022	18,2	-5,05
2023	17,3	

Fuente. Sivigila 750 2023

Según el análisis de regresión por puntos de inflexión Joinpoint, la carga de casos notificados entre 2019 y 2023, clasificada por región de residencia, muestra un crecimiento evidente en varias regiones del país. Sin embargo, destaca un aumento significativamente mayor en la Región Andina, con un cambio porcentual anual (APC) de 261,10. Le siguen la región del Caribe, con un APC de 256,60, la

Región Pacífica con un 134,50, la Región de la Orinoquía con un 43,80y finaliza la Región Amazónica con 12,70 APC (ANEXO 1).

Para 2023, en el evento se identificó que la región con mayor aporte de casos fue la R. Andina con el 44 % (4 380) casos notificados, concentrada principalmente en los departamentos y distritos de Antioquia 54% (1236) con los municipios de Medellín 40% (491), Bello 9% (113) y Turbo 6% (80), Bogotá D.C 48 % (913) y Norte de Santander 24 % (535) con los municipios de San José de Cúcuta 52% (280), Tibú 15% (80) y Villa del Rosario 7% (37). La R. Caribe concentro el 31% (3073), la R. Pacífica 16% (1629), la R. de la Orinoquía 6 % (579) y la R. Amazónica 2% (242) (Figura 2).

Con respecto a la razón de prevalencia de sífilis gestacional, en 2023 el país alcanzó una razón de 17,3 por cada 1,000 NV+MF. Comparada con 2022, se evidencia una variación hacia el decremento del - 5,05%. De acuerdo con el comportamiento por entidad territorial en 2023, las entidades que registraron las razones de prevalencia más altas por 1,000 NV+MF fueron: Arauca con 43,8, Buenaventura con 33,6 y Chocó con 32,4. Por el contrario, las razones más bajas se presentaron en las entidades de Guainía y Vaupés con 8,0, seguidas por el departamento del Huila con 8,2 (ANEXO 2).

FIGURA 2 CARGA DE LAS PRINCIPALES REGIONES DE NOTIFICACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS POR RESIDENCIA DE ACUERDO CON NOTIFICACIÓN SÍFILIS GESTACIONAL, COLOMBIA 2023



Fuente: Sivigila 750 2023

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

En cuanto al comportamiento de las variables sociodemográficas en 2023 comparadas con 2022, se destacan varias tendencias. Para el grupo de edad, las tasas más altas de incremento se registraron en gestantes menores de 14 años, con un marcado aumento del 13% (76 casos), seguido por el grupo de 20 a 24 años con un 4% (3 580 casos), y el grupo de 25 a 29 años con un 2% (2 290 casos). En contraste, se observó un decremento significativo en los grupos de 45 años y más, con una variación de -58 %, y de 40 a 44 años, con un -13% (197 casos) (Tabla 2).

En cuanto a la pertenencia étnica, se destacan las variaciones notables. Las gestantes que se autoreconocieron como palenqueras al momento de la notificación al sistema de vigilancia mostraron la mayor tasa de incremento, con un 953 %, pasando de 1 caso en 2022 a 10 casos en 2023. Las raizales también experimentaron un incremento significativo del 139% (25 casos), seguidas por las mujeres negras, mulatas o afrocolombianas con un aumento del 5% (837 casos). En lo que respecta al área de residencia, se observan diferencias entre áreas urbanas y rurales. Mientras las gestantes con residencia en área urbana presentaron un modesto crecimiento del 1% (8 143 casos), las áreas rurales registraron un decremento del -3% (1 760 casos) (Tabla 2).

Por otro lado, en cuanto al tipo de aseguramiento al sistema de seguridad social, el régimen especial experimentó un incremento sustancial del 321 %, pasando de 1 caso en 2022 a 4 casos en 2023. El régimen subsidiado mostró un aumento del 6% (638 casos), mientras que las mujeres sin aseguramiento evidenciaron un decremento del -23% (Tabla 2).

En relación con la nacionalidad, se observó un decrecimiento del -8% en mujeres con nacionalidad venezolana residentes en el territorio nacional. Respecto al trimestre de diagnóstico para sífilis gestacional, las mujeres captadas en el primer trimestre mostraron un aumento del 9%, mientras que aquellas captadas en el tercer trimestre registraron un decremento del 5%. En cuanto al ingreso al control prenatal, las mujeres sin ingreso previo a la notificación mostraron un aumento del 6%, y en cuanto al tratamiento de contactos sexuales no tratados, se evidenció un incremento del 4%. (Tabla 2).

**TABLA 2 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DE SÍFILIS GESTACIONAL, COLOMBIA, 2022
2023**

Categoría	2023			2022			Tasa de incremento	Valor de p
	n	%	IC 95%	n	%	IC95%		
Nacional	9903			10430				
Edad								
Promedio	24			24				
<14 años	76	0,77%	0,61-0,95	71	0,68%	0,54-0,85	13%	0,23
15 a 19 años	1908	19,27%	18,5-20,06	2116	20,29%	19,53-21,07	-5%	0,33
20 a 24 años	3580	36,15%	35,2-37,11	3630	34,80%	33,9-35,72	4%	0,22
25 a 29 años	2290	23,12%	22,3-23,9	2370	22,72%	21,93-23,54	2%	<0,0005
30 a 34 años	1198	12,10%	11,5-12,7	1287	12,34%	11,72-13	-2%	0,27
35 a 39 años	644	6,50%	6,03-7,06	693	6,64%	6,2-7,13	-2%	<0,0001
40 a 44 años	197	1,99%	1,73-2,28	238	2,28%	2,01-2,6	-13%	0,07
45 y más	10	0,10%	0,05-0,18	25	0,24%	0,16-0,35	-58%	0,008
Condición étnica								
Indígena	347	3,50%	3,15-3,88	351	3,37%	3,03-3,72	4%	0,29
Rom, Gitano	15	0,15%	0,09-0,24	26	0,25%	0,17-0,37	-39%	0,06
Raizal	25	0,25%	0,17-0,37	11	0,11%	0,05-0,18	139%	0,006
Palenquero	10	0,10%	0,05-0,18	1	0,01%	0,001-0,05	953%	0,002
Negro, mulato afrocolombiano	837	8,45%	7,9-9,01	838	8,03%	7,52-8,57	5%	0,14
Otro	8669	87,54%	86,87-88,18	9203	88,24%	87,6-88,84	-1%	0,06
Área de residencia								
Urbana	8143	82,23%	81,46-82,97	8513	81,62%	80,87-82,35	1%	0,13
Rural	1760	17,77%	17,03-18,54	1917	18,38%	17,65-19,13	-3%	0,13
Tipo de aseguramiento								
R. subsidiado	6385	64,48%	63,53 - 65,42	6334	60,73%	59,79-61,66	6%	<0,0001
R. contributivo	1930	19,49%	18,72-20,28	1940	18,60%	17,87-19,36	5%	0,05
R. especial	4	0,04%	0,01-0,10	1	0,01%	0,01-0,09	321%	0,09
Sin aseguramiento	1584	16,00%	15,29-16,73	2155	20,66%	19,9.21,45	-23%	<0,0001
Nacionalidad								
Colombiana	7669	77,44%	76,61-78,26	7883	75,58%	74,75- 76,39	2%	<0,0001
Venezolana	2228	22,50%	21,69-23,33	2538	24,33%	23,52-25,17	-8%	0,05
Otra	6	0,06%	0,02-0,13	9	0,09%	0,04-0,16	-30%	0,09
Trimestre de diagnóstico								

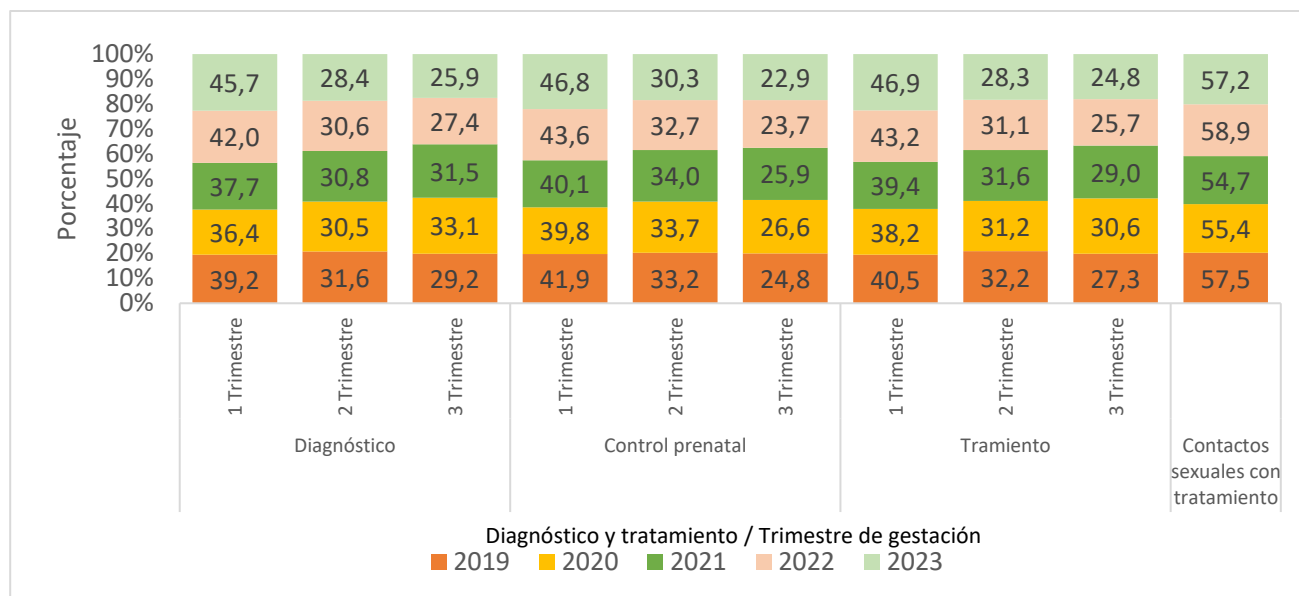
Primero	4523	45,67%	44,69-46,66	4377	41,97%	41,02-42,92	9%	<0,0001
Segundo	2812	28,40%	27,52-29,29	3194	30,62%	29,75-31,51	-7%	0,0002
Tercero	2568	25,93%	25,08-26,81	2859	27,41%	26,56-28,28	-5%	0,008
Ingreso a CPN								
Si	7633	77,08%	76,24-77,89	8185	78,48%	77,68-79,25	-2%	0,008
No	2270	22,92%	22,11-23,76	2245	21,52%	20,75-22,32	6%	0,008
Tratamiento contactos sexuales								
Si	5663	57,18%	56,21-58,16	6145	58,92%	57,97-59,86	-3%	0,006
No	4240	42,82%	41,84-43,79	4285	41,08%	40,14-42,03	4%	0,006

Fuente: Sivigila evento 750 2023

Adicionalmente se encontró que las gestantes que accedieron al menos a una dosis de tratamiento fueron el 68,3 % (6 767), de acuerdo con el ingreso a control prenatal y con tratamiento se evidencio que el 68 % (6 734) tuvieron atención adecuada, de acuerdo con las regresiones por Joinpoint entre 2019 a 2023 se observó que los ingresos a diagnóstico en primer trimestre tuvieron un aumento con un APC de 13,49, y el acceso a tratamiento tuvo un aumento de 398 en primer trimestre y que el tratamiento a los contactos sexuales tuvo una disminución de 0,89 (ANEXO 3).

Según la observación de la atención a gestantes confirmadas con sífilis gestacional por trimestre de gestación en 2023, se notó un aumento en el primer trimestre en comparación con 2022. Durante el primer semestre, se registró un incremento del 9% en el diagnóstico, un aumento del 7% en el ingreso al control prenatal y un acceso al tratamiento del 8,6%. En cuanto al acceso al tratamiento de los contactos sexuales de las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional, se observó una disminución del 2,9% (Figura 3).

FIGURA 3 COMPORTAMIENTO DE ATENCIÓN A LAS GESTANTES CONFIRMADAS PARA SÍFILIS GESTACIONAL, COLOMBIA, 2019-2023



Fuente. Sivigila 750 2023

Ahora bien, de acuerdo con condición final de los casos en 2023 el 100% (9 903) presentaron condición final vivas y al momento del diagnóstico el 92% (9 104) presentaron condición de gestante, parto 5%(467) , puerperio el 2% (219) y post aborto 1% (113)

Sífilis gestacional poblaciones especiales

Población indígena

Durante el 2023, en el país se confirmaron 347 casos de sífilis gestacional en población indígena, con una prevalencia de 10,3 por 1 000 nacidos vivos (NV). En comparación con 2022, se observa un decremento en la tasa de prevalencia del 2%. De acuerdo con la regresión por Joinpoint, se observó que las gestantes autorreconocidas dentro de este grupo presentan un comportamiento al alza, con una Tasa de Crecimiento Anual (APC) de 15.79%.

En cuanto a las prevalencias por 1 000 nacidos vivos indígenas del DANE 2022, se observó que las entidades territoriales de La Guajira registraron una prevalencia de 13.5% (163), seguida de Cauca con 8.45% (31) y en tercer lugar Córdoba con 41.16% (17). De acuerdo con los casos por pueblo indígena

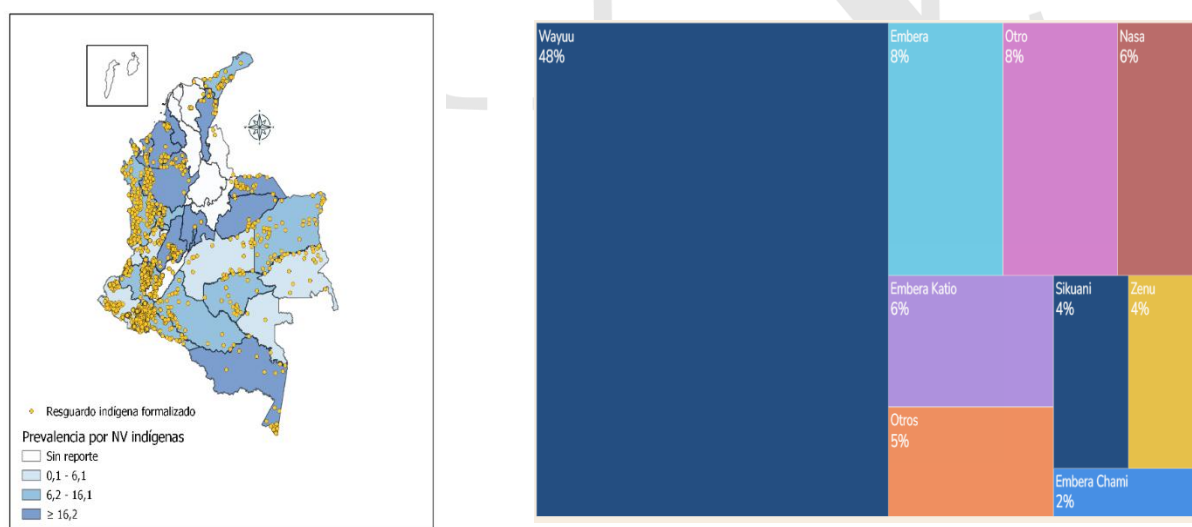
en 2023, los pueblos con mayor número de casos fueron los Wayuu con el 48% (166), Emberá con el 8% (28) y Emberá Katio con el 6% (22).

Asimismo, de acuerdo con la residencia de las gestantes autorreconocidas como indígenas, se observó que en 2023 estas se concentraron en La Guajira 47% (163), específicamente en los municipios de Uribia 34% (56), Maicao 21% (35) y Riohacha 20% (33). En Cauca, se registró el 9% (31) con el municipio de Páez aportando el 29% (9), seguido de Santander de Quilichao con el 0.4% (4). En Córdoba, los municipios de Tierralta registraron el 47% (8) y San Andrés Sotavento el 29% (5). En Chocó, el 5% (17) se concentraron en el municipio de Bajo Baudó con el 24% (4) (Figura 4).

Con respecto a la afectación por grupo de edad, se observó que los porcentajes por grupo de edad en gestantes pertenecientes a la población indígena se ubicaron en 25,9% (90) en el grupo de 20 a 24 años, seguido por el grupo de 25 a 29 años con 22,8% (79), el grupo de 15 a 19 años con 18,7% (65), el grupo de 30 a 34 años con 15,0% (52), el grupo de 35 a 39 años con 11,5% (40), el grupo de 40 a 44 años con 3,5% (12) y, en último lugar, el grupo de 45 a 49 años con 0,3% (1).

De acuerdo con la variación frente a 2022, el mayor crecimiento se observó en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años con un 300%, seguido por el grupo de 30 a 34 años con un 8% y el grupo de 25 a 29 años con un 5%. Sin embargo, se evidencia un comportamiento hacia el decremento del 29% en el grupo de 40 a 44 años, seguido por el 13% en el grupo de 15 a 19 años y del 9% en las mujeres de 20 a 24 años.

FIGURA 4 CASOS CONFIRMADOS DE SÍFILIS GESTACIONAL EN POBLACIÓN INDÍGENA. COLOMBIA, 2023



Fuente. Sivigila 750 SE 01 a 24 2023 *

Adicionalmente, se realizó una comparación para conocer el riesgo de adquirir sífilis durante la gestación en la población indígena con corte al 2023, observando que para la población indígena en el 2023 se presenta un riesgo de 0,7 veces mayor en las mujeres durante su gestación un valor p estadísticamente significativo $< 0,001$. (Tabla 3)

TABLA 3 ANÁLISIS BIVARIADO DE SÍFILIS GESTACIONAL EN POBLACIÓN INDÍGENA, RESPECTO A LOS DEMÁS GRUPOS POBLACIONALES, COLOMBIA, 2019-2023

Año	Población	Sífilis	RR	LI	LS	Valor p
2019	Indígena	196	25398	0,73	0,63	0,84
	Otra población	6168	585278			0
2020	Indígena	254	29739	0,61	0,53	0,69
	Otra población	7942	567243			<0,0001
2021	Indígena	338	33865	0,61	0,55	0,68
	Otra población	8843	548149			<0,0001
2022	Indígena	351	28768	0,67	0,6	0,75
	Otra población	9203	511310			<0,0001
2023	Indígena	347	21421 Pr	0,71	0,63	0,79
	Otra población	8669	381177 Pr			<0,0001

Pr (preliminar)

Fuente. Sivigila 750 2019-2023

Población Negra, Mulata o Afrocolombiana.

En el 2023 se confirmaron 837 casos en mujeres de sífilis gestacionales con una prevalencia de 35,3 casos por 1 000 NV en la población que se identifica dentro de este grupo étnico al momento de su notificación en comparación con 2022 no se observan cambios estadísticamente significativos.

Según la afectación por grupo de edad, se observó que los porcentajes más altos en gestantes se ubicaron en el grupo de 20 a 24 años con un 33,0% (276), seguido del grupo de 25 a 29 años con un 23,5% (197), y el grupo de 15 a 19 años con un 23,2% (194). En los grupos de 30 a 34 años, 35 a 39 años, y 40 a 44 años, los porcentajes fueron de 10,9% (91), 6,1% (51), y 1,8% (15), respectivamente. Finalmente, los grupos de 10 a 14 años y de 45 a 49 años presentaron los porcentajes más bajos, con un 1,3% (11) y un 0,2% (2).

De acuerdo con el análisis de riesgo de adquirir sífilis gestacional en el grupo de pertenencia étnica de población negra, mulata o afrocolombiana, desde 2019 a 2023, se observó un riesgo de 2,2 (valor $p < 0,001$) de adquirir sífilis durante la gestación en las mujeres de este grupo en comparación con los demás grupos poblacionales. (Tabla 4).

TABLA 4 ANÁLISIS DE SÍFILIS GESTACIONAL EN POBLACIÓN NEGRA, MULATO O AFROCOLOMBIANO RESPECTO A LOS DEMÁS GRUPOS POBLACIONALES, COLOMBIA, SE 01 A 24 2018- 2023*

Año	Población	Sífilis	RR	LI	LS	Valor p	
2019	Negro, mulato, afrocolombiano	673	24526	2,6	2,4	2,82	<0,001
	Otra población	6168	585278				
2020	Negro, mulato, afrocolombiano	753	23004	2,6	2,4	2,82	<0,001
	Otra población	7942	567243				
2021	Negro, mulato, afrocolombiano	893	24412	2,3	2,16	2,52	<0,001
	Otra población	8843	548149				
2022	Negro, mulato, afrocolombiano	838	20630	2,2	2,11	2,43	<0,001
	Otra población	9203	511310				
2023 Pr	Negro, mulato, afrocolombiano	837	15616	2,2	2,1	2,4	<0,001
	Otra población	8669	381177				

Pr(preliminar) Fuente. Sivigila 750 2019-2023

Gestante migrante, residente en Colombia

Según la notificación de 2023, el 22.56% de las gestantes (2 234) informaron tener nacionalidad extranjera y una residencia de más de seis meses en el país al momento de la notificación. De estas, el 99.7% (2 228) afirmaron tener nacionalidad venezolana. Según la regresión, se observó que las gestantes con nacionalidad venezolana han mostrado un incremento con una Tasa de Crecimiento Anual (APC) de 235.5.

En cuanto a las tasas de incremento en 2023 por grupo de edad, se observaron las mayores tasas de incremento en las gestantes de 45 años o más, con un 132 %, seguido por el grupo de 40 a 44 años, con un 53 %. Por el contrario, los grupos de edad en los que se observó un decremento fueron las gestantes de 35 a 39 años, con un -11 %, seguido por las mujeres de 15 a 19 años, con un 6 %.

Respecto al aseguramiento en el sistema de seguridad social en salud, se observó que el régimen contributivo presentó un incremento del 65%, mientras que las gestantes sin aseguramiento mostraron un decremento del -16%.

Por otra parte, según las variables de atención y diagnóstico a la gestante, se evidenció una tasa de incremento en el diagnóstico de la gestante migrante del 15% en el primer trimestre, y se observó un incremento en la falta de tratamiento de sus contactos sexuales del 8% (Tabla 5).

TABLA 5 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DE SÍFILIS GESTACIONAL DE LA GESTANTE MIGRANTE, RESIDENTE EN COLOMBIA, 2022 -2023

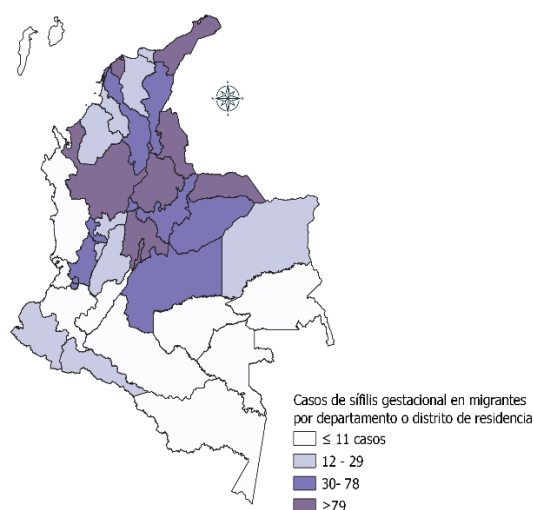
Categoría	2023			2022			Tasa de incremento	Valor de p
	n	%	IC 95%	n	%	IC95%		
Mujer migrante	2228			2583				
Edad								
Promedio	24			24				
<14 años	8	0,36%	0,18-0,70	9	0,35%	0,18-0,66	3%	0,47
15 a 19 años	423	18,99%	17,41-20,67	522	20,21%	18,71-21,8	-6%	0,14
20 a 24 años	919	41,25%	39,22-43,31	1039	40,22%	38,35-42,13	3%	0,51
25 a 29 años	524	23,52%	21,8-25,32	573	22,18%	20,62-23,83	6%	0,13
30 a 34 años	223	10,01%	8,8-11,32	248	9,60%	8,52-10,8	4%	0,31
35 a 39 años	90	4,04%	3,29-4,91	117	4,53%	3,79-5,40	-11%	0,2
40 a 44 años	37	1,66%	1,20-2,28	28	1,08%	0,75-1,56	53%	0,04
45 y más	4	0,18%	0,06-0,46	2	0,08%	0,02-0,28	132%	0,17
Tipo de aseguramiento								
R. Subsidiado	754	33,84%	31,91-35,8	569	22,03%	20,47-23,67	54%	<0,0001
R. Contributivo	107	4,80%	3,99-5,77	75	2,90%	2,42-3,62	65%	<0,0001
Sin aseguramiento	1367	61,36%	59,32-63,36	1894	73,33%	71,59-75	-16%	<0,0001
Trimestre de diagnóstico								
Primero	766	34,38%	44,69-46,66	771	29,85%	28,12-31,64	15%	0,0003
Segundo	652	29,26%	27,41-31,19	825	31,94%	30,17-33,76	-8%	0,02
Tercero	810	36,36%	34-38,38,37	942	36,47%	34,63-38,34	0%	0,008
Ingreso a CPN								
Si	1375	61,71%	59,68-63,71	1569	60,74%	41,02-42,92	2%	0,0003
No	853	38,29%	36,29-40,32	969	37,51%	29,75-31,51	2%	0,0006
Tratamiento contactos sexuales								
Si	1123	50,40%	48,33-52,48	1356	52,50%	50,57-54,42	-4%	0,07
No	1105	49,60%	47,52-51,67	1182	45,76%	43,85-47,69	8%	0,003

Fuente. Sivigila 750 2023

Según la residencia de los casos observados en 2023, las entidades territoriales con mayor reporte fueron Bogotá D.C., que representó un 16% (347), con las localidades de Kennedy con un 16% (56), Bosa con un 11% (39) y Suba con un 10% (34). En segundo lugar, se ubicó Antioquia, con un 12% (274), incluyendo los municipios de Medellín con un 50% (137), Bello con un 14% (37) e Itagüí con un

7% (20). En tercer lugar, se encontró el departamento de Norte de Santander, con un 10% (219), con los municipios de San José de Cúcuta con un 41% (89), Tibú y Villa del Rosario con un 50% (24) cada uno (Figura 5).

FIGURA 5 DISTRIBUCIÓN DE LA GESTANTE MIGRANTE O EXTRANJERA, RESIDENTE EN EL PAÍS DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS GESTACIONAL, COLOMBIA, SE 2023



Fuente: Sivigila 750 2023

En cuanto a la meta de disminución de la brecha en la presentación de sífilis congénita, en 2023 el país alcanzó un 82%, presentando un total de 1,093 casos que resultaron en sífilis congénita. De estos, el 24% (364) correspondieron a mujeres migrantes residentes en el territorio nacional. Las entidades territoriales que sobrepasaron la proporción nacional fueron: San Andrés con un 100%, Sucre con un 95% y Nariño con un 95% (ANEXO 4).

Sífilis congénita

Durante el 2023, se notificaron al sistema 1,993 eventos de sífilis congénita, los cuales posterior a la depuración se identificaron como:

- Registros que no cumplen con definición de caso: 254 (13%)
- Registros residentes o procedentes del exterior: 97 (5%)
- Registros duplicados: 92 (5%)
- Eliminados por solicitud posterior a análisis de casos realizado por comité técnico de las entidades territoriales: 168 (8%)

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

Obteniendo un total de 1,382 (69%) casos que cumplían con la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia y que residían en el territorio nacional para la construcción del análisis.

Asimismo, se observó el comportamiento del evento de sífilis congénita en 2023 en comparación con la meta establecida de eliminación (0.5 casos o menos por 1 000 NV+MF). Desde 2018 hasta 2023, el país ha mostrado cifras superiores a dicha meta, registrando una incidencia de 2.4 por 1 000 NV+MF. Esto representa un aumento del 60% en comparación con 2018 y una disminución del 17.2% en comparación con 2022 (Figura 6).

FIGURA 6 TASA DE INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA, 2018-2023

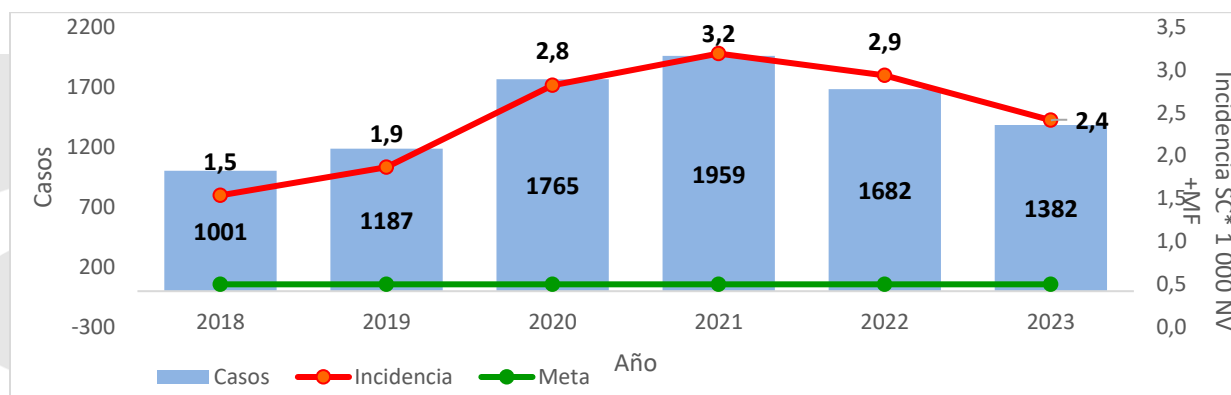


TABLA 6 VARIACIÓN DE LA INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA 2018-2023, COLOMBIA

Año	Incidencia	Var. frente a 2023
2018	1,5	60,0
2019	1,9	26,3
2020	2,8	-14,3
2021	3,2	-25,0
2022	2,9	-17,2
2023	2,4	

Fuente: Sivigila 740 2018-2023

Al analizar la carga de casos confirmados por regiones en 2023, se observó que la Región Andina aportó el 45,9% (634) del total de la notificación, concentrándose principalmente en los departamentos y distritos de Antioquia, que contribuyó con un 11% (152). Dentro de Antioquia, los municipios con mayor incidencia fueron Medellín con un 48% (58), Bello con un 11% (13) y Turbo con un 9% (11). En segundo lugar, se encontró Norte de Santander, con un 8,7% (120), destacando los municipios de Cúcuta con un 47% (52), Tibú con un 22% (24) y El Zulia con un 10% (11). En tercer lugar, se ubicó

Bogotá con un 8,7% (120). Otras regiones con notificaciones significativas fueron la Región Caribe con un 29,5% (407), la Región Pacífica con un 12,6% (174), la Región de la Orinoquía con un 9,8% (136) y la Región Amazónica con un 2,2% (31) (Figura 7).

FIGURA 7 CARGA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS POR LAS TRES PRINCIPALES REGIONES DE RESIDENCIA SÍFILIS CONGÉNITA. COLOMBIA, 2023



Fuente: SiviGila 740 2023

De acuerdo con las incidencias de sífilis congénita con corte 2023 * se encontró entidades territoriales por encima del valor de la incidencia nacional, para el caso las entidades de: Arauca 7,4, Casanare 7,2, Chocó 7,2, Norte de Santander 5,4 (ANEXO 5).

Por añadidura se realizó este análisis por municipios mayor a 100 000 habitantes encontrando las incidencias más altas en los municipios de Arauca, Arauca 15,1 (21), Quibdó, Chocó 7,8, Yopal, Casanare 5,1 (13) y Villavicencio, Meta 5,1 (13) (ANEXO 6).

Indicadores de vigilancia

En el análisis de los indicadores de vigilancia y de acuerdo con indicador no se incluyeron 422 casos de los cuales 60% (254) fueron dados por los casos que no cumplían con definición de caso y casos que fueron llevados a comité de expertos y de acuerdo con análisis fueron eliminados 40% (168) de los

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

cuales 91% (383) presento ajuste 6 y el 9% (39) ajuste D.

En este orden y de acuerdo con el indicador de porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen con la definición, las entidades territoriales que cumplieron con meta del 90% y previo a la realización de ajustes de eliminación de los casos que no cumplían con definición de caso fueron: Arauca, Bogotá, Boyacá, Caquetá y Casanare (ANEXO 7).

En cuanto al indicador de proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional, se evaluó el cumplimiento en la notificación al sistema de vigilancia. En 2023, el porcentaje de cumplimiento fue del 93%, superando la meta del 90% (ANEXO 7).

Variables sociodemográficas

Al analizar las tasas de incremento en las variables sociodemográficas, se observó que las niñas presentaron un aumento del 2%, mientras que en los niños hubo un descenso del 2%. Respecto a la pertenencia étnica, se registró un incremento del 143% en los recién nacidos raizales, seguido por un aumento del 17% en los indígenas. Por otro lado, se observó una disminución del 5% en los afrocolombianos, negros o mulatos. En cuanto al área de residencia, se evidenció una disminución del 3% en la población con residencia rural.

En relación con el tipo de aseguramiento, se notó una disminución del 16% en los menores no asegurados y un aumento del 6% en los asegurados por el Régimen Subsidiado. Además, se observó que las madres de nacionalidad colombiana presentaron un aumento del 5%, mientras que las madres venezolanas mostraron una disminución del 8%.

En cuanto a las variables de atención y diagnósticos, se identificó un aumento del 26% en el diagnóstico de la gestante en el primer trimestre, un incremento del 7% en el ingreso al control prenatal (CPN) y un aumento del 4% en los contactos sexuales no tratados (Tabla 7).

TABLA 7 COMPORTAMIENTO SOCIAL Y DEMOGRÁFICO DE SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA, 2022- 2023

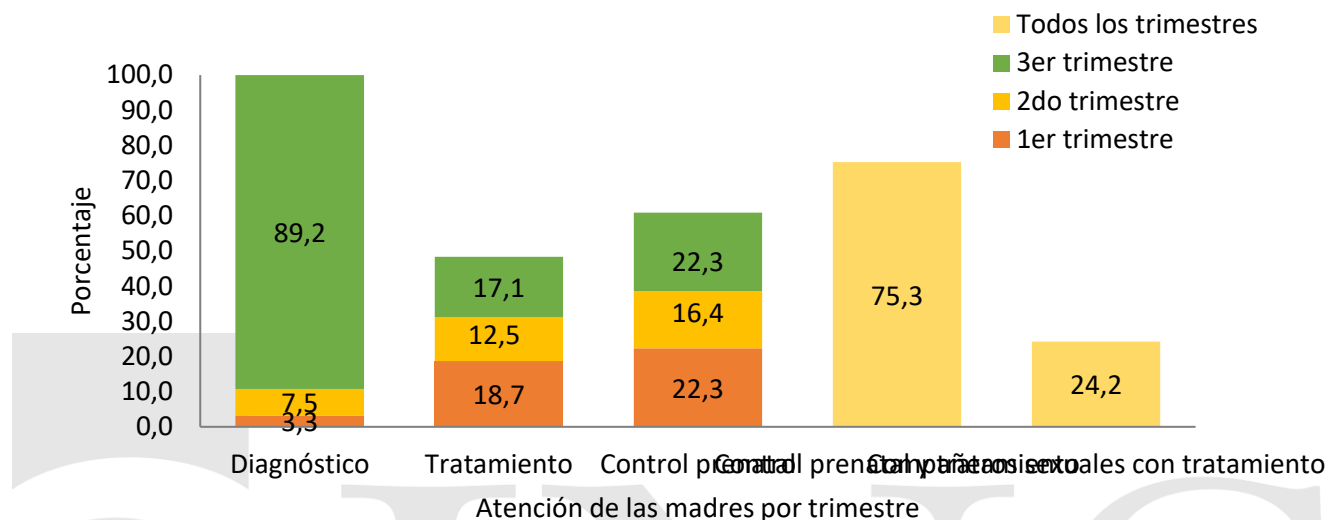
Categoría	2023			2022			Tasa de incremento	Valor de p
	n	%	IC 95%	n	%	IC95%		
Nacional	1382			1682				
Sexo								
Niño	702	50,80%	48,16-53,43	874	51,96%	49,57-54,34	-2%	0,41
Niña	680	49,20%	46,57- 51,84	808	48,04%	45,66-50,43	2%	0,41
Condición étnica								
Indígena	68	4,92%	3,9-6,19	71	4,22%	3,36-5,29	17%	0,41
Rom, Gitano	0	0,00%	0,00	2	0,12%	0,03-0,43	-100%	0,17

Raizal	2	0,14%	0,03-0,52	1	0,06%	0,01-0,33	143%	0,15
Palenquero	2	0,14%	0,03-0,52	0	0,00%	0,00	1%	0,25
Negro, mulato afrocolombiano	60	4,34%	3,38-5,54	77	4,58%	3,67-5,68	-5%	0,14
Otro	120	8,68%	7,3-10,28	1531	91,02%	89,56-92,3	-90%	0,10
Área de residencia								
Urbana	1118	80,90%	78,7-82,8	1351	80,32%	80,87-82,35	1%	0,37
Rural	264	19,10%	17,12-21,26	331	19,68%	17,65-19,13	-3%	0,34
Tipo de aseguramiento								
R. Subsidiado	912	65,99%	63,45-68,44	1047	62,25%	59,91-64,53	6%	0,34
R. Contributivo	163	11,79%	10,2-13,6	192	11,41%	9,98-13,02	3%	0,05
Sin aseguramiento	307	22,21%	20,1-24,48	443	26,34%	24,29-28,49	-16%	0,01
Nacionalidad madre								
Colombiana	911	65,92%	63,38-68,37	1057	62,84%	60,51-65,12	5%	0,37
Venezolana	470	34,01%	31,56-36,55	625	37,16%	34,85-39,52	-8%	0,01
Trimestre de diagnóstico de la madre								
Primero	33	2,39%	1,70-3,33	32	1,90%	1,35-2,67	26%	0,03
Segundo	90	6,51%	5,32-7,93	116	6,90%	5,78-8,20	-6%	0,17
Tercero	1255	90,81%	89,17-92,22	1534	91,20%	89,75-92,46	0%	0,33
Ingreso a CPN de la madre								
Si	842	60,93%	58,33-63,46	962	57,19%	54,82-59,54	7%	0,35
No	540	39,07%	36,54-41,71	720	42,81%	40,46-45,18	-9%	0,01
Tratamiento contactos sexuales								
Si	335	24,24%	22,05-26,57	451	26,81%	24,75-28,98	-10%	0,01
No	1047	75,76%	73,43-77,95	1231	73,19%	70,99-75,28	4%	0,05

Fuente: Sivigila 740 2022 -2023

Frente a la clasificación final de los casos confirmados para sífilis congénita, el 61 % (841) se confirmó por nexo epidemiológico, el 33 % (461) se confirmó por laboratorio y el 6% (80) por clínica. Por otra parte, y de acuerdo con atención de las madres de los casos confirmados para sífilis congénita el 48 % (668) tuvo acceso al menos a una dosis de tratamiento, el 60, 9% (842) ingreso a control prenatal (Figura 8)

FIGURA 8 COMPORTAMIENTO DE ATENCIÓN A LAS MADRES DE LOS CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA, 2023



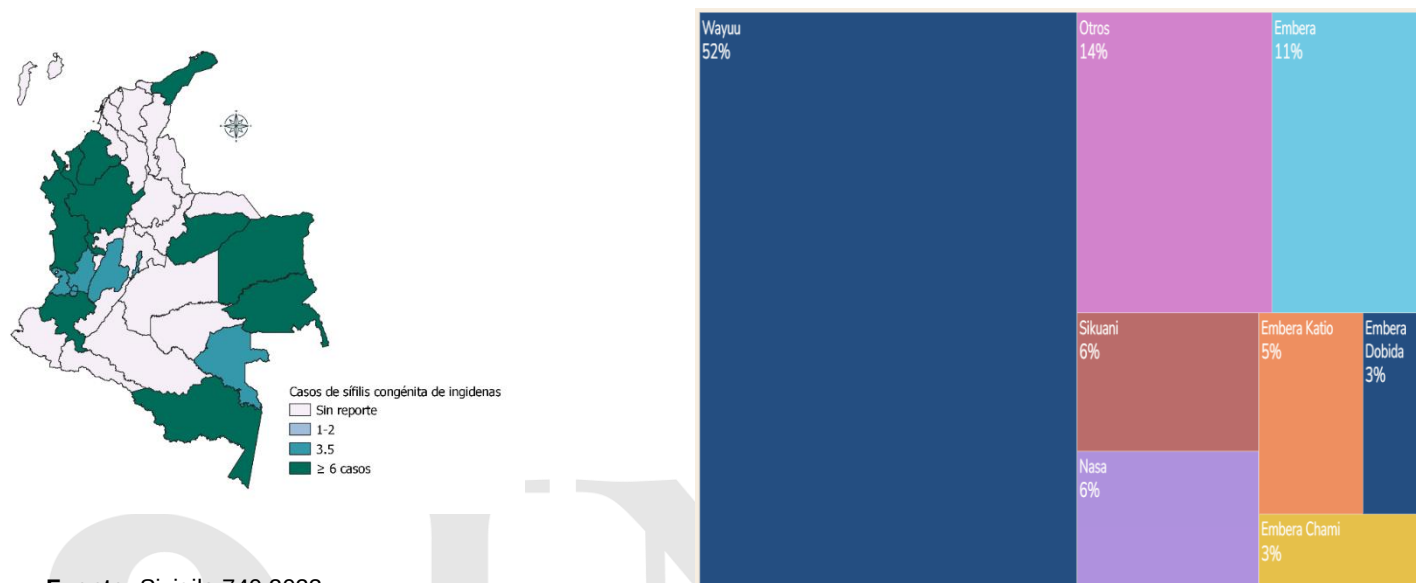
Fuente: Sivigila 740 2023

Sífilis congénita poblaciones especiales

Población indígena

Durante el 2023 se confirmaron 68 casos de sífilis congénita en la población indígena, con una incidencia de 2.4 por cada 1 000 NV. Comparado con el número de casos de 2022, se observa una variación porcentual hacia el decremento del 4%. En cuanto a la pertenencia por pueblo indígena, se observó que el 52% (33) de los casos correspondieron al pueblo Wayuu, seguido del pueblo Emberá con un 11% (7) y el pueblo Nasa con un 6% (4). Este comportamiento se adhiere a la regresión por Joinpoint entre 2019 y 2023, donde el pueblo Wayuu registró el mayor crecimiento con un APC de 3.10, seguido del pueblo Emberá con un APC de 2.30 (Figura 9).

FIGURA 9 CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA EN POBLACIÓN INDÍGENA. COLOMBIA, 2023



Fuente: Sivigila 740 2023

Sífilis congénita en población negra, mulato o afrocolombiana

Durante el 2023 se confirmaron 60 casos de sífilis congénita en el grupo con pertenencia étnica de negro, mulato afrocolombiano, cifra que corresponde 5,1 % sobre el total de los casos de sífilis congénita en el país, con una prevalencia de 2,8 casos por 1 000 NV, de acuerdo con la revisión por Joinpoint de los casos registrados entre 2019 a 2023 se evidencia un APC hacia el aumento de 18,40.

Sífilis congénita con madres migrantes

Durante el 2023, el 34% (479) de los casos fueron de madres migrantes venezolanas. En comparación con 2022, se evidenció un decremento del 8%. Sin embargo, de acuerdo con la revisión por regresión, se observa un crecimiento con un APC de 50.98. Según las tasas de incremento, se observa un aumento del 4% en los casos de sífilis congénita presentada en niños, un aumento del 11% en los casos con residencia en áreas rurales y un incremento del 33% en los casos pertenecientes al régimen contributivo.

En cuanto a las variables de atención y diagnóstico de las madres, se observó que el trimestre de diagnóstico con mayor crecimiento fue el primero, con un aumento del 90%. El ingreso a control prenatal (CPN) tuvo un incremento del 20%, y el no tratamiento de los contactos sexuales presentó un aumento del 2%. (Tabla 8).

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

TABLA 8 COMPORTAMIENTO SOCIAL Y DEMOGRÁFICO DE LAS MADRES MIGRANTES SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA, 2022-2023

Categoría	2023			2022			Tasa de incremento	Valor de p
	n	%	IC 95%	n	%	IC95%		
Hijo de mujer migrante	470			625				
Sexo								
Niño	235	50,00%	45,5- 54,5	300	48,00%	44,11- 51,92	4%	0,25
Niña	235	50,00%	45,5- 54,5	325	52,00%	48,08-55,89	-4%	0,41
Área de residencia								
Urbana	385	81,91%	78,18 - 85,13	523	83,68%	80,58-86,37	-2%	0,22
Rural	85	18,09%	14,87-21,82	102	16,32%	13,63-19,42	11%	0,22
Tipo de aseguramiento								
R. Subsidiado	212	45,11%	40,67-49,63	262	41,92%	38,11-45,83	8%	0,14
R. Contributivo	11	2,34%	1,32-4,14	11	1,76%	0,98-3,124	33%	0,25
Sin aseguramiento	247	52,55%	48,08- 57,03	352	56,32%	52,4-60,16	-7%	0,1
Trimestre de diagnóstico de la madre								
Primero	10	2,13%	1,16-3,87	7	1,12%	0,54-2,29	90%	0,09
Segundo	31	6,60%	4,68-9,21	38	6,08%	4,46-8,23	8%	0,36
Tercero	429	91,28%	88,38- 93,5	580	92,80%	90,5-94,58	-2%	0,004
Ingreso a CPN de la madre								
Si	231	49,15%	44,65-53,66	257	41,12%	37,33-45,02	20%	0,004
No	239	50,85%	46,34-55,35	368	58,88%	54,98-62,67	-14%	0,004
Tratamiento contactos sexuales								
Si	110	23,40%	19,8-27,44	156	24,96%	21,73-28,5	-6%	0,27
No	360	76,60%	72,56- 80,2	469	75,04%	71,5-78,35	2%	0,27

Fuente: Sivigila 740. 2022-2023*

Mortalidad por sífilis congénita

Durante el 2023 se notificaron 75 casos de sífilis congénita con condición final de fallecimiento. De acuerdo con los análisis, el 93% (70) de estos casos fueron confirmados como muertes por sífilis congénita. Se realizaron 55 análisis de tableros de problemas, con una correspondencia del 78.6%. Se identificaron 199 características del individuo y 224 problemas relacionados con los servicios de salud, para un total de 423 registros.

Las entidades territoriales de las regiones Andina y Caribe son las que presentaron el mayor número de características relacionadas con el individuo y problemas relacionados con los servicios de salud (Tabla 9).

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

TABLA 9 CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO Y SITUACIONES PROBLEMA POR ENTIDAD TERRITORIAL DE MUERTES CONFIRMADAS PARA SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA, 2023

Entidad territorial	Número de características	Número de problemas	Total
Antioquía	61	50	111
Bogotá	29	39	68
Guaviare	15	18	33
Meta	11	19	30
Barranquilla	9	18	27
Santander	10	15	25
Cundinamarca	6	14	20
Norte de Santander	8	10	18
Atlántico	6	11	17
Casanare	10	5	15
Bolívar	3	9	12
Cali	9	1	10
Valle del Cauca	3	6	9
Cartagena	6	2	8
Córdoba	4	3	7
Cauca	4	3	7
Guainía	5	1	6
Total	199	224	423

Fuente: Tablero de problemas, Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales, Instituto Nacional de Salud, 2023

Las características del individuo más frecuentes se identificaron en conocimientos, actitudes y prácticas en salud. Estas incluyen una baja percepción del riesgo en salud y la inoportunidad en la toma de decisiones para el acceso a los servicios de salud (ANEXO 7).

DE IGUAL MANERA, SE ENCONTRÓ QUE LOS PROBLEMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE PRESENTARON EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS INDIVIDUALES, CON UN MAYOR REGISTRO EN EL NO CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN LAS GUÍAS DE ATENCIÓN CLÍNICA Y EL INADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA (

ANEXO 9).

En las entidades territoriales de la región Andina, Antioquía y Bogotá tuvieron el mayor número de características individuales y situaciones problemáticas. En Antioquía, la característica con mayor registro fue la baja percepción del riesgo en salud para el acceso a los servicios de salud, mientras que

en Bogotá fue el desconocimiento de derechos y deberes en salud. En cuanto a los problemas, tanto en Antioquía como en Bogotá, el más frecuente fue el no cumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica.

4. Discusión

En Colombia, la sífilis gestacional ha mostrado una tendencia de incremento promedio del 33% entre 2018 y 2023. De igual manera, se observa un comportamiento similar en la sífilis congénita, con un incremento promedio del 6%. Este dato se alinea con la tendencia alertada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)(28), reflejando las barreras inherentes al acceso a la atención médica, las pruebas y el tratamiento prenatal, que requieren atención urgente por parte de las autoridades de salud pública.

De acuerdo con un estudio de Huihui Liu, la tasa de sífilis no tratada o tratada de forma inadecuada durante el embarazo fue de 304 por cada 1000 gestantes seropositivas a la sífilis (379/1248), y el 82,1% de las mujeres no tratadas o tratadas de forma inadecuada eran migrantes. El porcentaje de mujeres no tratadas o con tratamiento inadecuado fue mayor en las gestantes migrantes (35,3%), diagnosticadas en edad gestacional tardía (78,5%), con educación media o inferior (35,1%), con mayor paridad (37,3%) y solteras (50,0%)(29).

En el caso específico de Colombia, se encontró que el diagnóstico de sífilis en mujeres migrantes se concentró en mayor medida en el tercer trimestre (36,3%), mientras que en mujeres con nacionalidad colombiana el diagnóstico predominó en el primer trimestre (48,9%). Respecto al acceso al control prenatal, se observó que el ingreso tardío fue más frecuente entre las mujeres migrantes, con un 31,9%, en comparación con un 21,0% entre las mujeres de nacionalidad venezolana.

De igual manera y de acuerdo con estudio realizado por Diorio D. las mujeres que no cuentan con un servicio de salud tienen menos controles prenatales, en ese orden seguimiento médico oportuno, especialmente por problemas estructurales o barreras de acceso al momento de buscar una atención en salud, situación que mantiene las cifras la prevalencia de la sífilis congénita(30). En el caso de Colombia, en 2023 se observó que las mayores proporciones se presentaron en mujeres vulnerables, como amas de casa (65%) y mujeres pertenecientes al régimen subsidiado (64,5%).

De acuerdo con Erausquin JT, Sánchez J la condición migrante, el incremento de los casos de sífilis entre poblaciones migrantes surge en paralelo a las condiciones y vulnerabilidades a las que se enfrentan, a menudo desprovistos de preparación. El proceso de migración suele desestabilizar las estructuras familiares y de apoyo social, lo que puede llevar a una rápida pérdida de recursos financieros y seguridad proporcionados por la familia y amigos, así como al deterioro del orden social (31).

Estos entornos generan brechas que dificultan el acceso a diversos servicios, especialmente a los de salud sexual y reproductiva (SSR), lo cual afecta desproporcionadamente a las mujeres jóvenes. Factores como la violencia sexual, la coerción y la explotación, el sexo transaccional o de supervivencia, así como la condición de riesgo como mujer migrante o perteneciente a poblaciones especiales, incrementan el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y contribuyen al acceso tardío a la atención prenatal y al tratamiento, tanto para ellas como para sus contactos sexuales (31).

En lo que respecta a grupos de población específicos, la sífilis materna y congénita representan una problemática doblemente desatendida, y la investigación en este ámbito debe recibir la prioridad y el estímulo que merece a nivel global (32), en el país esta situación no es ajena y se evidencia como los casos en mujer indígena mantienen un incremento en aquellas entidades con presencia de pueblos indígenas por lo tanto requieren de una atención.

Dentro de los factores desencadenantes en el aumento de la prevalencia de la sífilis congénita Harville, Emily, destaca que la falta de seguimiento y tratamiento a las parejas de mujeres infectadas es un factor que perpetua la transmisión de la sífilis (33) situación que se asocia principalmente con la presentación de reinfecciones en gestantes y la prevalencia de la sífilis congénita que como se evidencio en el reporte de 2023 el 75% de los contactos sexuales no recibió tratamiento.

Conjuntamente los factores socioeconómicos, las diferencias culturales, sociales y territoriales juegan un papel importante en las diferencias en la incidencia de sífilis congénita que se observa entre países a pesar de estrategias similares para controlar la transmisión y el manejo de la sífilis (3).

En un estudio de cohorte prospectivo realizado en Shenzhen, sur de China, la educación materna, los antecedentes de sífilis, la edad de los padres y la educación se asociaron negativamente con la sífilis congénita. Por el contrario, el estado de soltera de la madre, la atención prenatal inadecuada, el mayor número de parejas sexuales, el retraso semanal en el tratamiento, los títulos basales más elevados de anticuerpos no treponémicos, la sífilis temprana, la falta de tratamiento con penicilina y el consumo paterno de cocaína aumentaron el riesgo de sífilis congénita (3).

En resumen, las oportunidades perdidas en el manejo de la sífilis congénita se refieren a casos donde las pruebas de detección no fueron realizadas o fueron llevadas a cabo tardíamente durante el embarazo. Estas omisiones representan el 36.8% de los casos de sífilis congénita, lo que implica que algunas mujeres no fueron sometidas a pruebas en absoluto o que las pruebas se realizaron demasiado tarde para garantizar un tratamiento efectivo.

La detección temprana y el acceso oportuno al tratamiento de la sífilis en mujeres gestantes y sus contactos son fundamentales para prevenir resultados adversos en la salud materna y neonatal, como se destaca en diversas políticas públicas, como la ETMI PLUS. Estas orientaciones han demostrado

impacto significativo en varios países. Por ejemplo, en Brasil se observó un aumento notable en el diagnóstico durante el primer trimestre, pasando del 23,2% al 46,1% en 2022(34), En Colombia, entre 2019 y 2023, se registró un incremento anual compuesto (APC) del 13,49% en el diagnóstico durante el primer trimestre, lo que refleja el impacto positivo en la gestión de ITS en gestantes y en el bienestar de los neonatos.

Igualmente, para el abordaje de la sífilis en el embarazo y dentro del marco de las diferentes políticas de eliminación debe considerarse el abordaje contactos sexuales para romper la cadena epidemiológica de transmisión y reducir la transmisión materno-infantil de la sífilis. Este enfoque es fundamental para mitigar el riesgo de reinfecciones y prevenir la persistencia de la sífilis congénita a nivel global (35).

5. Conclusiones

Durante el período de 2018 a 2023, se observa un aumento en los indicadores de prevalencia de sífilis gestacional, aunque se destaca una disminución del 5% en comparación con el año 2022. Sin embargo, la incidencia de sífilis congénita en 2023 sigue sin alcanzar la meta de eliminación, pero se aprecia una tendencia hacia la disminución en comparación con los años 2020 a 2022, con un promedio de reducción del 18%.

Los esfuerzos realizados a través de la vigilancia epidemiológica para mejorar el cumplimiento de los indicadores relacionados con la sífilis gestacional y congénita han tenido un impacto significativo. Estos esfuerzos han llevado a mejoras en el cumplimiento de la definición de caso, en la proporción de madres de casos de sífilis congénita que son notificadas de su sífilis gestacional, y en la prontitud en la entrega de unidades de análisis en aquellos casos que resultaron en una condición final de mortalidad.

En cuanto al aseguramiento al sistema de seguridad social en salud entre 2019 a 2023 de acuerdo con regresión por punto de inflexión se observa un decremento de -17,40 en población no asegurada lo que puede ser un factor protector frente a la prevalencia de sífilis congénita y el acceso a tratamiento adecuado de la gestante, adicional se observa un crecimiento mayor en el régimen subsidiado por lo cual y de acuerdo a mencionado en apartados anteriores es necesario revisar los desafíos burocráticos y la complejidad del sistema.

En 2023 la sífilis gestacional entre mujeres identificadas como pertenecientes a los grupos étnicos indígenas, afrocolombianos o negras, raizal y palenqueras evidencia las mayores tasas de incremento. En términos de localización geográfica, los casos de sífilis siguen estando predominantemente concentrados en las cabeceras municipales. Sin embargo, es relevante notar que en segundo lugar se observa la presencia de casos en áreas rurales dispersas. Esta situación subraya la importancia para los encargados de la toma de decisiones de garantizar un acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

El aumento de mujeres migrantes subraya la necesidad de que las entidades territoriales, en colaboración con las organizaciones cooperantes presentes, continúen llevando a cabo acciones conjuntas. El objetivo es identificar y brindar atención a las mujeres embarazadas, especialmente aquellas que aún no tienen ningún tipo de seguro médico. Además, es fundamental abordar otras afectaciones relacionadas con los determinantes sociales que pueden ocasionar un diagnóstico tardío de la sífilis gestacional y contribuir a la prevalencia de la sífilis congénita.

En las entidades territoriales de la región Andina y del Caribe se observó un alto número de características individuales. En ambas regiones, la principal característica identificada fue la baja percepción del riesgo en salud, lo que afecta el acceso a los servicios de salud.

En la región Andina, el principal problema en los servicios de salud fue el incumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica. Mientras tanto, en la región Caribe, se identificó una falla en los mecanismos de seguimiento.

El no cumplimiento en las acciones establecidas en las guías de atención clínica fue la principal situación problema relacionada con la atención en salud en el tablero de problemas para sífilis congénita, este problema puede tener consecuencias significativas en la transmisión materno-infantil de la enfermedad porque las guías de práctica clínica permiten estandarizar las acciones nacionales para detectar de manera temprana los casos de sífilis gestacional para el tratamiento efectivo y oportuno.

6.Recomendaciones

Para fortalecer la atención en salud sexual y reproductiva, así como el acceso oportuno a controles prenatales y programas de bienestar materno perinatal en diversos contextos, es fundamental implementar estrategias diferenciadas que garanticen una atención adecuada por parte de los tomadores de decisiones y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Los Laboratorios Departamentales de Salud Pública deben mejorar las capacidades del personal y llevar a cabo un control de calidad de los profesionales de la salud en los municipios en lo que respecta al diagnóstico de sífilis, incluyendo la realización de pruebas rápidas, la toma y transporte de muestras, entre otros aspectos. Además, se recomienda que informen los resultados de los casos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y a las autoridades locales de salud para tomar las medidas necesarias y ajustar la información en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Es importante que las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud capaciten a los responsables de la vigilancia en los municipios sobre el protocolo de vigilancia y los lineamientos relacionados con la sífilis gestacional y congénita.

Es crucial contar con datos fiables y mejorar el acceso a la atención de la salud para reducir la carga de la sífilis y fundamental adecuadamente las políticas y respuestas de los servicios de salud para abordar las desigualdades étnico-raciales en la incidencia de la sífilis materna y congénita.

Se sugiere diseñar estrategias de comunicación comunitaria lideradas por las Secretarías Municipales y Locales de Salud para promover la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la asistencia oportuna al control prenatal.

En las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), es esencial mejorar el llenado completo y preciso de la ficha de notificación de eventos y garantizar su notificación oportuna en el Sivigila.

A nivel de todo el sector salud, se recomienda analizar y utilizar la información de vigilancia proporcionada por el Instituto Nacional de Salud (INS) para tomar decisiones sobre la atención de casos tanto a nivel individual como colectivo. Además, es fundamental generar acciones de vigilancia comunitaria en coordinación con los programas de intervenciones colectivas y conocer la situación de las gestantes en cada territorio o municipio.

Para lograr el objetivo de reducir la incidencia de sífilis congénita, se hace hincapié en alcanzar una cobertura del 95% o más en el diagnóstico y tratamiento oportuno de casos de sífilis en gestantes.

Se sugiere que la entidad territorial mejore la calidad de los tableros de problemas al seleccionar los actores para una adecuada socialización con los diferentes participantes de las unidades de análisis. Esto permitirá reconocer y abordar de manera efectiva los problemas identificados en este evento de control nacional.

Es necesario fomentar políticas de salud sexual y reproductiva que garanticen la adherencia de los contactos sexuales a tratamiento y el seguimiento por parte de las aseguradoras para mitigar la prevalencia de la sífilis congénita y cumplir con meta de eliminación dentro del marco de iniciativa de eliminación 30.

7. Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas [Internet]. Guía De La Oms. 2019. 20 p. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/SIFILIS_EN_LA_EMBARAZADA.pdf
2. Heredia-Ciment Diana Carolina, Moreno-Pizarro E, González-Córdova Graciela Inés, Torres-Muñoz Daniel, Santos-Vázquez Gabriel, Osorio-Guzmán M. Sífilis congénita temprana, serie de casos y descripción anatomopatológica. Rev Latinoam Infectología Pediátrica. 2020;33(3):149–55.
3. Sankaran D, Partridge E, Lakshminrusimha S. Congenital Syphilis—An Illustrative Review. Children [Internet]. 2023;10(8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10453258/pdf/children-10-01310.pdf>
4. Knell RJ. Syphilis in renaissance europe: ¿Rapid evolution of an introduced sexually transmitted disease? Proc R Soc B Biol Sci [Internet]. 2004;271(SUPPL. 4):174–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1810019/pdf/15252975.pdf>
5. Clement ME, Hicks CB. Syphilis on the rise: ¿What went wrong? JAMA - J Am Med Assoc [Internet]. 2016;315(21):2281–3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6613539/pdf/nihms-1030653.pdf>
6. Gao J, Chen X, Yang M, Wu Y, Liang T, Li H, et al. Adverse pregnancy outcomes and associated risk factors among pregnant women with syphilis during 2013–2018 in Hunan, China. Front Med [Internet]. 2023;10(July):1–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10373300/pdf/fmed-10-1207248.pdf>
7. Gilmour LS, Walls T. Congenital Syphilis: a Review of Global Epidemiology. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2023;36(2):1–12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10283482/pdf/cmr.00126-22.pdf>
8. World Health Organization (WHO). Temas salud. 2024. Sífilis. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis%0A>
9. Hawkes, Sarah ; Matin, Nashaba ; Broutet, Nathalie; Low N. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis [Internet]. 2011;11(9):684–91. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(11\)70104-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(11)70104-9/abstract)
10. Cavalcante ANM, Araújo MAL, Nobre MA, Almeida RLF de. Factors associated with inadequate follow-up of children with congenital syphilis TT - Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. Rev saúde pública [Internet]. 2019;53:95. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100286
11. Ospina-Joaqui WL, Usma-Duque CA, Gálvez-Castaño YA, Vargas-Arboleda DA, Gullos-Pedrozo L, Giraldo-Ospina B. Behavior of gestational and congenital syphilis in Colombia between 2014-2021. Ecological analysis, geo-referenced at the departmental level. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2023;91(3):147–54. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v91i3.8406>

12. Tsai S, Sun MY, Kuller JA, Rhee EHJ, Dotters-Katz S. Syphilis in Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. 2019 Sep;74(9):557–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31830301/>
13. Adhikari EH. Syphilis in Pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 May;135(5):1121–35. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/AOG.0000000000003788>
14. PAHO. Epidemiological Review of Syphilis in the Americas. *Paho* [Internet]. 2021;(December):1–38. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56085/PAHOCDEHT220009_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. McDonald R, Torrone E, Barbee L, Grey J, Jackson D, Woodworth K, et al. Morbidity and Mortality Weekly Report Vital Signs: Missed Opportunities for Preventing Congenital Syphilis-United States, 2022. 2023;17(46). Disponible en: https://www2.census.gov/geo/pdfs/maps-data/maps/reference/us_regdiv.pdf
16. Keuning MW, Kamp GA, Schonenberg-Meinema D, Dorigo-Zetsma JW, van Zuiden JM, Pajkrt D. Congenital syphilis, the great imitator—case report and review. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2020 Jul;20(7):e173–9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309920302681>
17. Carvalho DE, Pimentel JVA, da Silva LOR, Rodrigues LMCL, Andrade LS, Santana CRC, et al. Gestational and congenital syphilis: gaps to be elucidated. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2023;56(April):1–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10238064/pdf/1678-9849-rsbmt-56-e0038-2023.pdf>
18. Pascoal LB, Carellos EVM, Tarabai BHM, Vieira CC, Rezende LG, Salgado BSF, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Trop Med Int Heal* [Internet]. 2023 Jun 8;28(6):442–53. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.13881>
19. Cárdenas Dávila E, Bedoya Marrugo EA, Domínguez YA, Elin Manrique J. Identificación de acciones de salud en el Programa de Control de Sífilis en gestantes, Cartagena de Indias, 2016. *Nova*. 2020 Feb 10;18(33).
20. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Erratum: Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012 (PLoS ONE (2019)14:2(e0211720)Doi:10.1371/journal.pone.0211720). *PLoS One* [Internet]. 2019;14(7):1–17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6392238/pdf/pone.0211720.pdf>
21. de Cássia Ribeiro G, Barreto JG, de Caux Bueno I, Costa BO, Lana FCF. Uso combinado de marcadores sorológicos e análise espacial na vigilância epidemiológica da hanseníase. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 16];45. Disponible en: [/pmc/articles/PMC8603995/](https://pmc/articles/PMC8603995/)
22. Amorim EKR, Matozinhos FP, Araújo LA, Silva TPR da. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. *Epidemiol e*

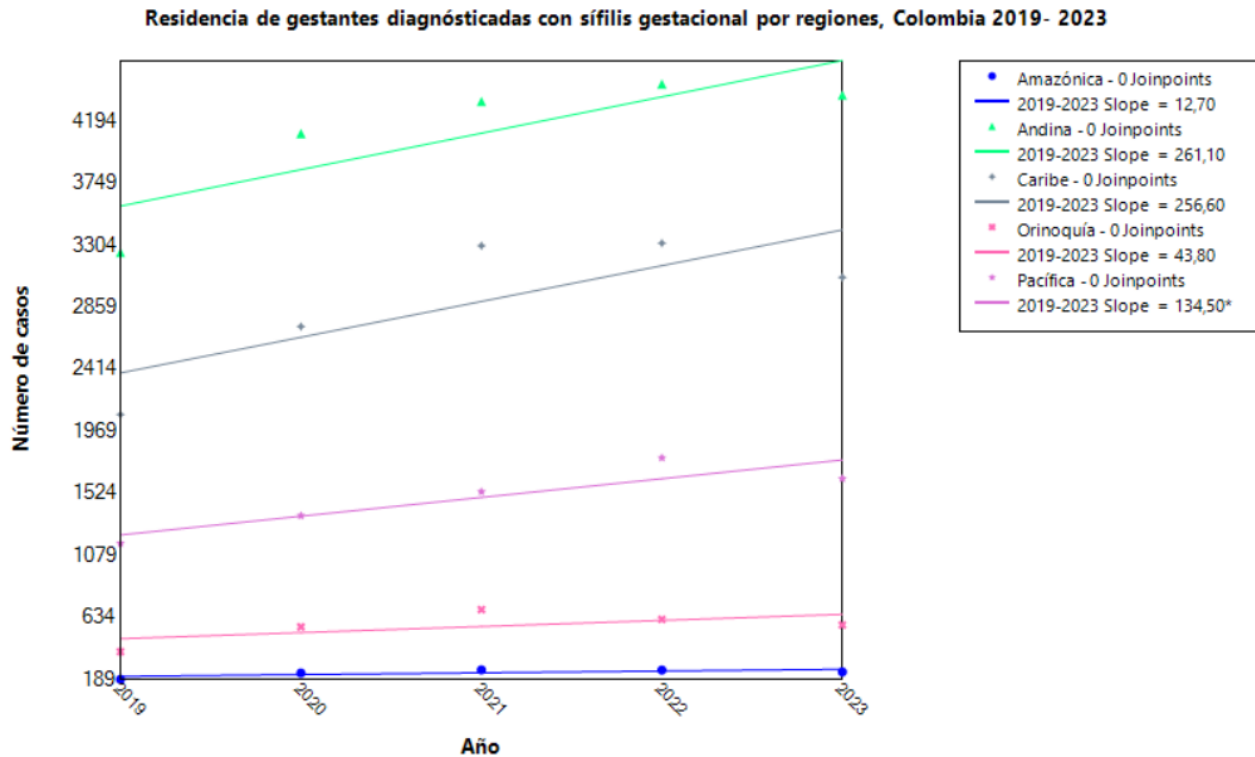
- Serviços Saúde [Internet]. 2021;30(4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222021000400301&tIng=pt
23. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2022 - Syphilis. 2024;(March):1–11. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SYPH_AER_2022_Report_0.pdf
 24. Robert Koch-Institute. Infectious Disease Epidemiology. 2021. Infectious Disease Epidemiology Annual Report - 2020. Disponible en: https://www.rki.de/EN/Content/infections/epidemiology/inf_dis_Germany/yearbook/yearbook_summary_2020.html
 25. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina. Boletín N° 39: Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina [Internet]. 2022. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-deg-39-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>
 26. Figueiredo DCMM de, Figueiredo AM de, Souza TKB de, Tavares G, Vianna RP de T. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. Cad Saude Publica [Internet]. 2020;36(3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305009&tIng=pt
 27. Organización Mundial de la Salud (OMS). ETMI-PLUS: marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas [Internet]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/etmi-plus-marco-para-la-eliminaci-n-de-transmisi-n-materno-infantil-del-vih-la-s-filis#:~:text=La iniciativa ETMI-plus tiene,peligro para la salud pública>
 28. Organización Panamericana de la Salud. Ante tendencia de aumento de sífilis y sífilis congénita en algunos países de las Américas, la OPS pide reforzar acciones de salud pública [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-7-2022-ante-tendencia-aumento-sifilis-sifilis-congenita-algunos-paises-america-ops-pide>
 29. Liu H, Chen N, Tang W, Shen S, Yu J, Xiao H, et al. Factors influencing treatment status of syphilis among pregnant women: a retrospective cohort study in Guangzhou, China. Int J Equity Health [Internet]. 2023 Apr 6;22(1):63. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-023-01866-x>
 30. DiOrio D, Kroeger K RA. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014–2016. Physiol Behav [Internet]. 2018;176(5):139–48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29465662/>
 31. Erausquin JT, Sánchez J, Yu Pon A, Jhangimal M, Millender E, Peña Y, et al. Sexual and reproductive health and access: Results of a rapid epidemiological assessment among migrant peoples in transit through Darién, Panamá. Front Reprod Heal [Internet]. 2022 Nov 29;4. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/frph.2022.953979/full>
 32. Cardoso AM, Caldas ADR, Oliveira ES, Paixão ES, Soares MAS, dos Santos IO, et al. Maternal and congenital syphilis in Indigenous Peoples: a scoping review of the worldwide literature. Int J Equity Health [Internet]. 2023 May 9;22(1):84. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-023-01890-x>

33. Harville EW, Giarratano GP, Buekens P, Lang E, Wagman J. Congenital syphilis in East Baton Rouge parish, Louisiana: providers' and women's perspectives. BMC Infect Dis [Internet]. 2021 Dec 13;21(1):64. Disponible en: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-020-05753-6>
34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico, Sífilis 2023. 2023; Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>
35. Minsalud. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014.



8. Anexos

ANEXO 1 CARGA DE NOTIFICACIÓN DE SÍFILIS GESTACIONAL POR REGIÓN DE RESIDENCIA , COLOMBIA 2019- 2023



Confidence Intervals: Empirical Quantile method Resamples: 10000 Seed: 10000

Joinpoint Version 5.0.2. Model Selection Method: Weighted BIC.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 2 RAZÓN DE PREVALENCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL POR ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA, COLOMBIA, 2023

Entidad territorial de residencia	Número de casos de sífilis gestacional	NV+ Mortinatos Ene-Dic2022	Razón de prevalencia * (1000 nacidos vivos + mortinatos)
Arauca	178	4067	43,8
Buenaventura	123	3662	33,6
Chocó	240	7403	32,4
Cali	520	20386	25,5
Norte de Santander	535	22042	24,3
Casanare	138	5862	23,5
Quindío	112	4808	23,3
Atlántico	373	16911	22,1
Cartagena	381	17339	22,0
Valle del Cauca	357	17187	20,8
Guaviare	26	1266	20,5
Barranquilla	402	19631	20,5
Putumayo	93	4635	20,1
Risaralda	174	9179	19,0
Amazonas	21	1114	18,9
Santa Marta	151	8140	18,6
La Guajira	415	22450	18,5
Antioquia	1236	67373	18,3
Santander	447	24626	18,2
Vichada	36	2054	17,5
Bolívar	297	16957	17,5
Caldas	136	7795	17,4
Magdalena	234	13919	16,8
Meta	227	14555	15,6
Nariño	222	14257	15,6
San Andrés	10	685	14,6
Caquetá	85	5884	14,4
Cesar	307	21681	14,2
Bogotá	913	65632	13,9
Tolima	204	14803	13,8
Sucre	188	13757	13,7
Córdoba	315	24440	12,9
Cundinamarca	379	31496	12,0
Cauca	167	16585	10,1
Boyacá	110	12155	9,0
Huila	134	16343	8,2
Vaupés	7	870	8,0
Guainía	10	1254	8,0
Colombia	9903	573203	17,3

Fuente: Sivigila 750 2023

www.ins.gov.co



@INSColombia

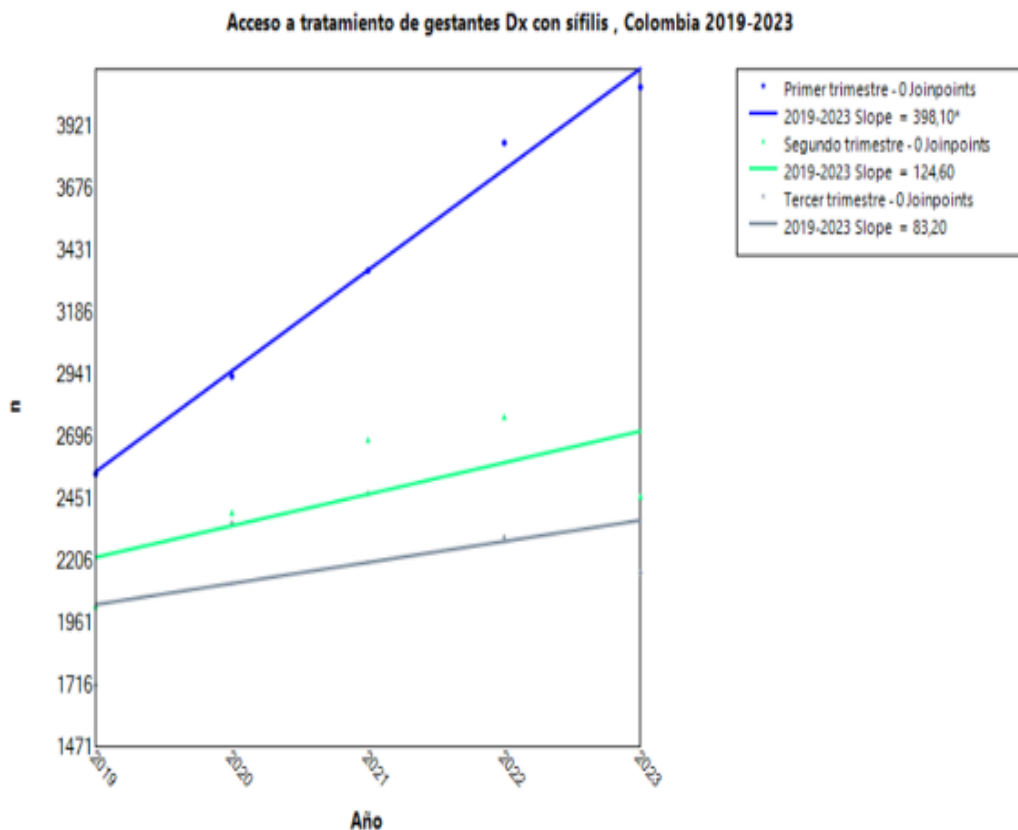
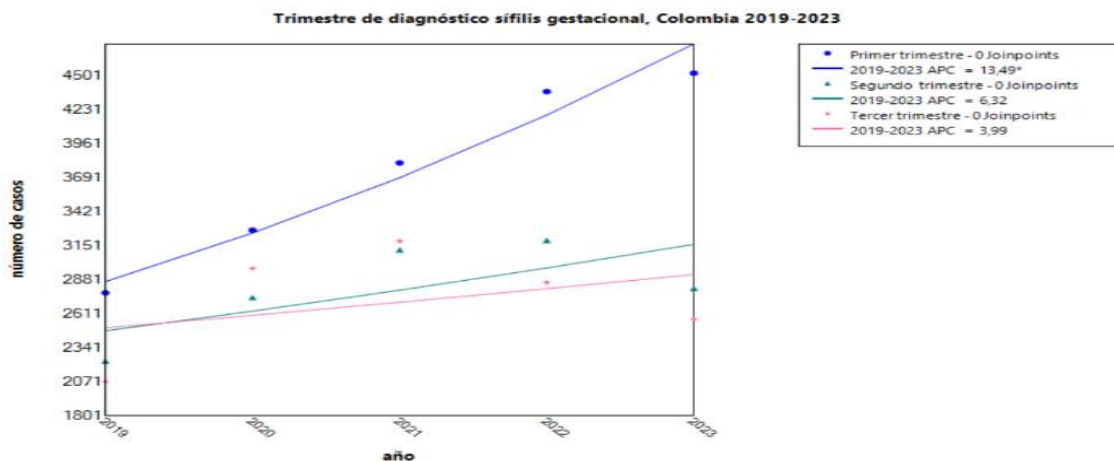


@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 3 TRIMESTRE DE DIAGNÓSTICO Y ACCESO A TRATAMIENTO POR TRIMESTRE, COLOMBIA 2019-2023



www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia

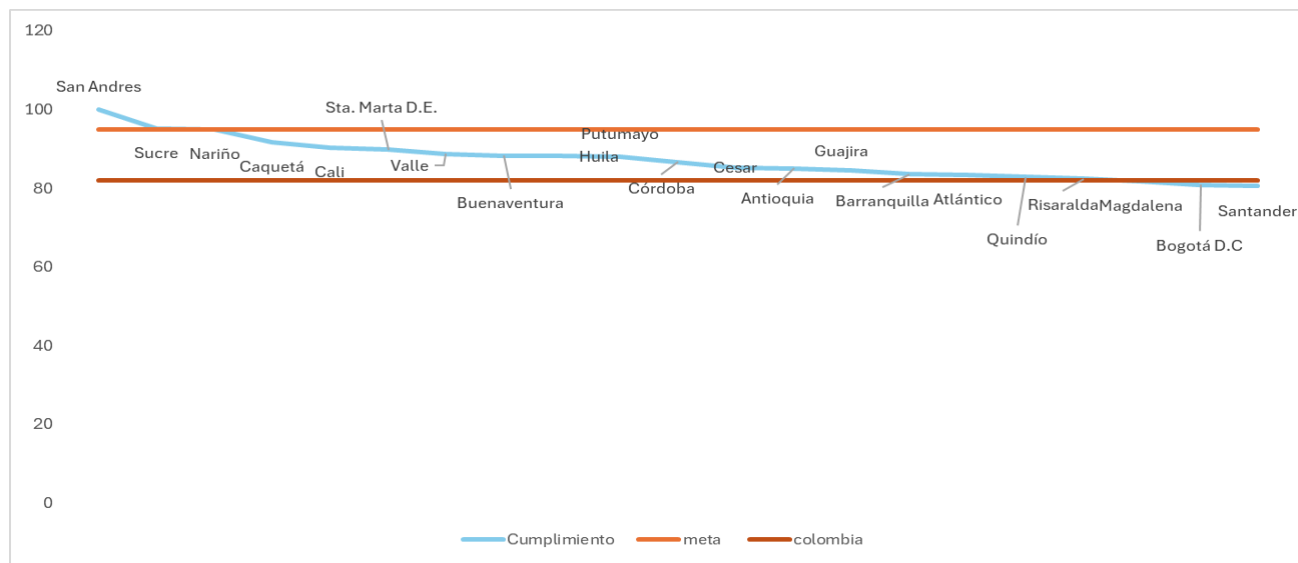


PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

ANEXO 4 CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL CON POSIBLE PARTO EN 2023 QUE NO TERMINARON EN CONGÉNITA



Fuente: Sivigila 750 2023

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

ANEXO 5 INDICADORES SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA 2023

Indicador: incidencia sífilis congénita

Entidad territorial de residencia	Casos 2023	Población Dane 2022	Incidencia * 1000 NV+MF
Amazonas	5	1114	4,5
Antioquia	152	67373	2,3
Arauca	30	4067	7,4
Atlántico	44	16911	2,6
Barranquilla	49	19631	2,5
Bogotá	111	65632	1,7
Bolívar	45	16957	2,7
Boyacá	21	12155	1,7
Buenaventura	13	3662	3,5
Caldas	18	7795	2,3
Cali	37	20386	1,8
Caquetá	4	5884	0,7
Cartagena	69	17339	4,0
Casanare	42	5862	7,2
Cauca	30	16585	1,8
Cesar	38	21681	1,8
Chocó	53	7403	7,2
Córdoba	27	24440	1,1
Cundinamarca	67	31496	2,1
Guainía	6	1254	4,8
Guaviare	75	22450	3,3
Huila	5	1266	3,9
La Guajira	12	16343	0,7
Magdalena	30	13919	2,2
Meta	52	14555	3,6
Nariño	12	14257	0,8
Norte de Santander	120	22042	5,4
Putumayo	9	4635	1,9
Quindío	14	4808	2,9
Risaralda	26	9179	2,8
San Andrés	0	685	0,0
Santa Marta	62	24626	2,5
Santander	17	8140	2,1
Sucre	13	13757	0,9
Tolima	31	14803	2,1
Valle del Cauca	29	17187	1,7
Vaupés	2	870	2,3
Vichada	12	2054	5,8
Colombia	1382	573203	2,4

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 6 INDICADORES SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA 2023

Indicador: Porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso

Entidad territorial de notificación	No cumplen definición de caso previo ajuste de eliminación		Cumplen definición de caso		Total de casos notificados
Amazonas	1	0,0	2	66,7	3
Antioquia	15	8,3	165	91,7	180
Arauca	1	3,3	29	96,7	30
Atlántico	18	48,6	19	51,4	37
Barranquilla	10	12,0	73	88,0	83
Bogotá	3	2,1	141	97,9	144
Bolívar	3	14,3	18	85,7	21
Boyacá	0	0,0	20	100,0	20
Buenaventura	2	13,3	13	86,7	15
Caldas	4	18,2	18	81,8	22
Cali	12	15,6	65	84,4	77
Caquetá	0	0,0	3	100,0	3
Cartagena	11	9,9	100	90,1	111
Casanare	2	4,3	44	95,7	46
Cauca	7	24,1	22	75,9	29
Cesar	0	0,0	41	100,0	41
Chocó	2	0,0	30	0,0	32
Córdoba	5	13,2	33	86,8	38
Cundinamarca	9	15,0	51	85,0	60
Guainía	4	0,0	6	0,0	10
Guaviare	11	13,9	68	86,1	79
Huila	0	0,0	4	0,0	4
La Guajira	1	7,1	13	92,9	14
Magdalena	2	8,0	23	92,0	25
Meta	1	1,9	51	98,1	52
Nariño	1	9,1	10	90,9	11
Norte de Santander	8	6,3	119	93,7	127
Putumayo	1	0,0	8	0,0	9
Quindío	7	33,3	14	66,7	21
Risaralda	8	23,5	26	76,5	34
San Andrés	1	0,0	0	0,0	1
Santa Marta	12	16,4	61	83,6	73
Santander	6	21,4	22	78,6	28
Sucre	8	40,0	12	60,0	20
Tolima	6	16,7	30	83,3	36
Valle del Cauca	6	27,3	16	72,7	22
Vaupés	0	0,0	2	0,0	2
Vichada	0	0,0	10	0,0	10
Colombia	188	12,0	1382	88,0	1570

*Para el cálculo de este indicador no se tuvieron en cuenta los casos eliminados por unidad de análisis y se construyó con información previa a los ajustes de eliminación en base definitiva

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 7 INDICADORES SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA 2023

Proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional

Entidad territorial de notificación	Casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional	N.º de casos SC	% Madres notificadas
Amazonas	2	2	100
Antioquia	143	165	87
Arauca	29	29	100
Atlántico	17	19	89
Barranquilla	72	73	99
Bogotá	137	141	97
Bolívar	17	18	94
Boyacá	19	20	95
Buenaventura	12	13	92
Caldas	18	18	100
Cali	62	65	95
Caquetá	3	3	100
Cartagena	98	100	98
Casanare	44	44	100
Cauca	19	22	86
Cesar	33	41	80
Chocó	23	30	77
Córdoba	32	33	97
Cundinamarca	50	51	98
Guainía	6	6	100
La Guajira	50	68	74
Guaviare	4	4	100
Huila	13	13	100
Magdalena	22	23	96
Meta	47	51	92
Nariño	10	10	100
Norte de Santander	118	119	99
Putumayo	7	8	88
Quindío	12	14	86
Risaralda	20	26	77
San Andrés	0	0	NA
Santander	58	61	95
Santa Marta	19	22	86
Sucre	10	12	83
Tolima	27	30	90
Valle del Cauca	16	16	100
Vaupés	2	2	100
Vichada	9	10	90
País	1280	1382	93

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 8 INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA, MUNICIPIOS MAYOR A 100 000 HABITANTES, COLOMBIA 2023

Cod DPO	DPNOM	MPIO	n casos 2023	Denominador total NV+MF 2022	INCIDENCIA SC*1000 NV +MORTINATOS FETALES
81	Arauca	Arauca	21	1389	15,1
27	Chocó	Quibdó	21	2697	7,8
85	Casanare	Yopal	13	2545	5,1
50	Meta	Villavicencio	34	6965	4,9
54	Norte de Santander	San José de Cúcuta	52	10703	4,9
05	Antioquia	Turbo	13	2746	4,7
25	Cundinamarca	Fusagasugá	6	1310	4,6
66	Risaralda	Pereira	19	4276	4,4
68	Santander	Barrancabermeja	16	3615	4,4
68	Santander	Girón	8	1969	4,1
20	Cesar	Aguachica	8	2001	4,0
13	Bolívar	Cartagena de Indias	69	17336	4,0
44	La Guajira	Riohacha	24	6304	3,8
08	Atlántico	Soledad	27	7119	3,8
25	Cundinamarca	Madrid	6	1625	3,7
76	Valle del Cauca	Buenaventura	13	3662	3,5
17	Caldas	Manizales	9	2707	3,3
63	Quindío	Armenia	9	2735	3,3
44	La Guajira	Maicao	19	5790	3,3
08	Atlántico	Sabanalarga	5	1526	3,3
76	Valle del Cauca	Palmira	9	2822	3,2
73	Tolima	Ibagué	18	5818	3,1
05	Antioquia	Apartadó	5	1703	2,9
23	Córdoba	Lorica	5	1838	2,7
54	Norte de Santander	Villa del Rosario	3	1125	2,7
05	Antioquia	Medellín	58	22020	2,6
47	Magdalena	Ciénaga	5	1902	2,6
19	Cauca	Santander de Quilichao	4	1550	2,6
08	Atlántico	Barranquilla	49	19668	2,5
68	Santander	Bucaramanga	16	6498	2,5

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Cod DPO	DPNOM	MPIO	n casos 2023	Denominador total NV+MF 2022	INCIDENCIA SC*1000 NV +MORTINATOS FETALES
25	Cundinamarca	Girardot	3	1219	2,5
19	Cauca	Popayán	8	3411	2,3
76	Valle del Cauca	Tuluá	4	1742	2,3
05	Antioquia	Bello	11	4883	2,3
25	Cundinamarca	Soacha	16	7205	2,2
25	Cundinamarca	Chía	3	1364	2,2
68	Santander	Piedecuesta	4	1853	2,2
47	Magdalena	Santa Marta	17	8140	2,1
76	Valle del Cauca	Yumbo	2	1025	2,0
13	Bolívar	Turbaco	2	1083	1,8
76	Valle del Cauca	Cali	37	20415	1,8
68	Santander	Floridablanca	5	2814	1,8
08	Atlántico	Malambo	3	1735	1,7
11	Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	111	66170	1,7
15	Boyacá	Tunja	3	1889	1,6
44	La Guajira	Uribe	7	4738	1,5
05	Antioquia	Itagüí	3	2242	1,3
54	Norte de Santander	Ocaña	3	2264	1,3
05	Antioquia	Rionegro	2	1534	1,3
25	Cundinamarca	Facatativá	2	1645	1,2
20	Cesar	Valledupar	10	8832	1,1
52	Nariño	San Andrés de Tumaco	3	3006	1,0
15	Boyacá	Duitama	1	1110	0,9
23	Córdoba	Montería	6	7069	0,8
23	Córdoba	Sahagún	1	1213	0,8
41	Huila	Neiva	4	4901	0,8
18	Caquetá	Florencia	2	2544	0,8
15	Boyacá	Sogamoso	1	1317	0,8
05	Antioquia	Envigado	1	1384	0,7
13	Bolívar	Magangué	2	3051	0,7
52	Nariño	Pasto	2	3262	0,6
25	Cundinamarca	Mosquera	1	1648	0,6
66	Risaralda	Dosquebradas	1	1877	0,5
41	Huila	Pitalito	1	2212	0,5

Cod DPO	DPNOM	MPIO	n casos 2023	Denominador total NV+MF 2022	INCIDENCIA SC*1000 NV +MORTINATOS FETALES
70	Sucre	Sincelejo	2	4670	0,4

ANEXO 9 FACTORES Y CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO DE MUERTES CONFIRMADAS PARA SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA, 2023

Factores y características	Número de características
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud	111
Baja percepción de riesgo en salud acceso a servicios de salud	36
Inoportunidad toma de decisión acceso a servicio de salud	25
Desconocimiento derechos y deberes en salud	22
Desconocimiento signos y síntomas de alerta por paciente o cuidador	16
Desconocimiento mecanismos acceso a servicios de salud	6
Falta autonomía toma de decisiones en salud	4
Experiencias negativas en servicios de salud o aseguramiento	2
Determinantes estructurales	49
Migrante	15
Sin afiliación SGSSS	13
Comunidades étnicas	6
Menor de edad	5
Desplazado	3
Víctima conflicto armado	3
Residencia zonas suburbanas vulnerabilidad geográfica y social	3
Identidad de género	1
Determinantes intermedios	31
Bajo nivel educativo o analfabetismo paciente o cuidador	10
Consumidor sustancias psicoactivas	8
Ocupado informal	5
Población con afectaciones salud mental	3
Desocupado	3
Población con discapacidad	1
Habitante de calle	1
Acceso a los servicios de salud	8
Residencia en área que retrasa acceso a servicio de salud	4
Sin capacidad económica necesaria para traslado de residencia a atención médica	3
Lenguaje e idioma retrasan acceso a servicio de salud	1
Total	199

Fuente: Tablero de problemas, Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales, Instituto Nacional de Salud, 2023

ANEXO 10 FACTORES Y SITUACIONES PROBLEMA DE MUERTES CONFIRMADAS PARA SÍFILIS CONGÉNITA, COLOMBIA, 2023

Factores y problemas	Número de problemas
Prestación servicios individuales	93
No se cumplieron acciones establecidas en guías de atención clínica	29
Inadecuado diligenciamiento de historia clínica	21
Falla mecanismos de seguimiento	18
Diagnostico tardío o inadecuado	9
Tratamiento inadecuado o inoportuno	8
No disponibilidad apoyo diagnóstico pertinente	6
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportuna	1
No se realizó remisión a otras especialidades según las Rutas Integrales de Atención en Salud	1
Acciones promoción y mantenimiento de la salud	78
Incumplimiento acciones de demanda inducida	27
Incumplimiento acciones de detección temprana	17
Incumplimiento acciones de protección específica	14
Incumplimiento acciones de educación y comunicación para la salud	12
Incumplimiento estrategias para comunicar el riesgo al paciente	8
Gestión del aseguramiento	33
No desarrollo acciones específicas o intervenciones según caracterización poblacional	9
EAPB o entidad territorial no garantizan red de servicios suficiente, oportuna, accesible o resolutive	8
Barreras administrativas acceso a atención en salud	6
No se realiza atención integral de su población afiliada	5
No seguimiento a procesos de afiliación de su población a cargo	4
Incumplimiento oferta de prestación de servicios	1
Prestación servicios colectivos	11
Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales	5
Inoportunidad o ausencia de contratación para ejecución del PIC	3
Inaccesibilidad a actividades del Plan de Intervenciones Colectivas	3
Gobernanza	6
No desarrollo de planes, programas o proyectos para control y mitigación de eventos de interés en salud pública	3
Fallas en identificación y canalización a programas de protección social según necesidad del paciente y oferta disponible del estado	3
Procesos gestión talento humano	3
Deficiencias enfoque intercultural del talento humano para atención en salud	2
Insuficiente disponibilidad del talento humano	1
Total	224

Fuente: Tablero de problemas, Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales, Instituto Nacional de Salud, 2023