



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Informe anual 2024 - Evento 750-Sífilis Gestacional y 740-Sífilis Congénita
Departamento de Antioquia

Elaborado por: Daniela Herrera Posada, Microbióloga y Epidemióloga

Gráficos y tablas de resumen por: Edison Giraldo López, GESIS.

Secretaría de salud e inclusión social de Antioquia

1. Introducción

La sífilis es una infección sistémica producida por el *Treponema pallidum* (*T.pallidum*) subsp. *pallidum*, perteneciente a la familia Spirochaetaceae. Se transmite por vía sexual (ITS), por el contacto con úlceras infecciosas presentes en los genitales, el ano, el recto, los labios o la boca, con una infectividad de alrededor del 30%. (1)

La sífilis es una enfermedad cuyas manifestaciones clínicas varían según la fase de la infección y pueden ser fácilmente confundibles con otras patologías. Su periodo de incubación promedio es de 21 días, pero puede variar entre 9 y 90. La sífilis no complicada puede curarse fácilmente con antibióticos. Sin embargo, si no se trata, la enfermedad persiste durante años y causa problemas graves de salud. Es importante conocer las fases de la enfermedad con el fin de reconocer señales que puedan orientar la necesidad de consulta por parte de los pacientes y el diagnóstico final de la misma.

Clínicamente, se divide en dos grandes fases, la temprana y la tardía, la temprana comprende: 1) La sífilis primaria que ocurre alrededor de los 21 días post-infección, se caracteriza por la formación de una úlcera o múltiples, según el estado inmunológico del huésped, que es conocida como chancro duro, de base limpia e indurada, de bordes levantados y no dolorosa, por lo que suele ser desapercibida; puede ir acompañada de linfadenopatía regional indolora, no supurativa. Esta fase dura alrededor de 3-6 semanas(1,2). 2) Sífilis secundaria que ocurre entre las 2-8 semanas post-infección, en el 25% de los infectados no tratados; su sintomatología es más característica, como el exantema máculo-papular o pustular, puede afectar cualquier superficie del cuerpo con linfadenopatía generalizada y persiste de unos días hasta 8 semanas; también puede estar acompañada de sintomatología sistémica como febrícula, faringitis, anorexia, artralgias y linfadenopatías generalizadas, en áreas intertriginosas puede ocasionar lesiones de mayor tamaño, erosionadas y húmedas conocidas como condiloma plano, puede afectar cualquier



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

órgano como cavidad oral, cuero cabelludo, el riñón por los depósitos de completos inmunes, sistema nervioso central, hígado, aparato digestivo, etc. Esta fase corresponde a la invasión de órganos y líquidos corporales por parte de la bacteria. 3) Si la enfermedad no se ha tratado en esta fase, puede avanzar a una sífilis latente temprana que es inferior a un año y corresponde a un periodo con ausencia de síntomas, lo cual no implica ausencia de progresión de la enfermedad o de la transmisión del agente; por lo tanto se caracteriza por una enfermedad inflamatoria poco progresiva (1–3).

En la segunda fase o sífilis latente tardía o terciaria, la inflamación progresiva que puede durar desde un año hasta décadas desde la primoinfección y afectar cualquier órgano; se presenta en un tercio de los infectados no tratados. Las manifestaciones mas frecuentes son la goma sifilítica, complicaciones cardiovasculares y neurológicas(1).

La transmisión vertical del *T pallidum*, se puede dar en cualquier fase de la enfermedad pero es más probable en los primeros 4 años tras la infección, con una mortalidad fetal de más del 30-40%. La transmisión vertical puede ocurrir, ya sea in útero por paso transplacentario, o durante el paso a través del canal del parto, el mayor riesgo de transmisión es vía transplacentaria y se da entre la semana 16-28 de la gestación de mujeres infectadas y no tratadas y se conoce como sífilis gestacional (SG), con una probabilidad de transmisión del 70-100%, esta probabilidad varía según la fase de la enfermedad materna en el momento de la gestación. Las consecuencias de una sífilis congénita (SC) también varían en función de la fase de la SG y de la edad gestacional de la transmisión, con una probabilidad de 50-80% y pueden ocasionar desde un aborto espontáneo hasta muerte fetal o muerte perinatal, nacimientos prematuros o bajo peso al nacer, manifestaciones inflamatorias que afectan ojos, oídos y articulaciones, malformaciones esqueléticas, etc. (3–5).

La OMS calcula que 8 millones de adultos de 15-49 años contrajeron sífilis en 2022. Para este mismo año se detectaron 700.000 casos de SC en el mundo. Los casos de SG provocaron cerca de 150.000 muertes fetales tempranas y prenatales, 70.000 muertes neonatales, 55.000 partos prematuros o de neonatos con bajo peso al nacer y 115.000 casos con diagnóstico clínico de sífilis congénita del lactante(6).

La transmisión materno-infantil de la sífilis puede prevenirse mediante la detección y el tratamiento tempranos con el antibiótico apropiado (penicilina); si la transmisión vertical ya ha ocurrido, el tratamiento también es efectivo en el feto permitiendo la curación y reduciendo al mínimo los resultados adversos si la madre recibe un tratamiento adecuado durante la fase inicial del embarazo por esta razón, que la SC y SG hacen parte de las 30





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

enfermedades a eliminar a partir de las iniciativas de eliminación en las Américas, cuyo objetivo específico es reducir a 0,5/1000NV la incidencia de SC(5,7).

En las Américas, para el 2022 se registró un incremento en el diagnóstico de sífilis para un total de 3,36 millones de nuevos casos, esto ha afectado también a 183.000 mujeres embarazadas, lo que ha resultado en un incremento en los casos de sífilis congénita, para un total de 68.000 casos, lo que representa un incremento del 30% desde 2020(5). Según el tablero de control de eliminación de enfermedades priorizadas en las Américas, para el 2023, 15 países faltaban por el cumplimiento de la meta de eliminación de transmisión materno-infantil de ITS y Colombia ocupa el séptimo puesto entre los países con mayores cifras, por lo que, a nivel nacional, se han concentrado esfuerzos dirigidos al cumplimiento de este objetivo.

Según el informe del Instituto Nacional de Salud (INS) para el periodo XII del 2024, en Colombia se reportaron 9.229 casos de SG para una razón de prevalencia de 16,1/1.000 NVMF. Los departamentos o distritos con mayores cifras fueron en su orden, Arauca con RP de 36,6/1.000 NVMF, seguido de Buenaventura, Chocó, Cali y Cartagena. En este mismo informe se destaca que Antioquia ha presentado un incremento sostenido en la notificación de casos en los últimos 5 años, pasando de 10,3/1.000NVMF a 17,8/1.000NVMF en 2024, ubicándose en el puesto 16 para el último año.

Con respecto al evento de SC para este mismo periodo del 2024, se reportaron 1.110 casos para una incidencia de 1,9/1000NVMF; siendo esta la menor cifra desde el 2020, donde la Incidencia fue de 2,6/1000NVMF. Las entidades territoriales con mayores cifras fueron Buenaventura con 6,3/1000NVMF, seguida de Chocó, Arauca, Cartagena y Norte de Santander. Antioquia se ubica en el puesto 18 con una incidencia de 1,8/1000NVMF, la cifra mas baja en los últimos 4 años.

En la estrategia nacional ETMI PLUS, 2021–2030, se tiene como objetivo eliminar la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita, hepatitis y enfermedad de chagas, a partir del mejoramiento en la calidad de la atención prenatal, promoción de pruebas de tamizaje rápido en la población gestante, clasificación adecuada del estadio de la sífilis para brindar el tratamiento oportuno y adecuado y mejorar la oportunidad y calidad de la notificación de casos al Sivigila(3). En respuesta a ello, el INS en el proceso de mejoramiento de la vigilancia epidemiológica para sífilis, ha venido actualizando el protocolo de vigilancia para el evento, así como fichas de notificación (código Sivigila 740 para sífilis congénita y





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

750 para sífilis gestacional), y ha dispuesto de un nuevo aplicativo de Sivigila web, que han permitido recopilar la mayor información de los casos de manera sistemática y oportuna(8).

Objetivo: Este informe tiene como objetivo describir el comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en Antioquia durante 2024, y ofrecer datos oportunos, confiables y relevantes que orienten la toma de decisiones en salud pública, con el fin de avanzar hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil y reducir la incidencia de la sífilis gestacional en el Departamento.

2. Materiales y métodos

Tipo de estudio y fuente de datos: Se realizó un estudio descriptivo para determinar las características epidemiológicas y el comportamiento de los casos confirmados de sífilis gestacional y sífilis congénita en Antioquia, tomando como fuente la información captada por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) entre la semana epidemiológica 01 a 52 de 2024 y comparado con años anteriores.

Procesamiento de información: Considerando el protocolo de vigilancia de SC y SG, ambos eventos ingresan al Sivigila como casos confirmados y se pueden clasificar dependiendo de las características establecidas en las definiciones operativas de caso. Los casos de sífilis gestacional se pueden clasificar como confirmados por laboratorio y los de sífilis congénita como confirmados por nexo epidemiológico, por clínica o por laboratorio(8). El procesamiento de los datos se realizó según lo indicado en la metodología de depuración para el evento proporcionada por el INS; la cual comprende la verificación de aspectos de completitud y consistencia de las variables, se excluyeron los casos duplicados o repetidos, los casos con procedencia o residencia fuera de Antioquia (los que llevan menos de 6 meses de estancia constante en el departamento) y los casos que no cumplieron con la definición establecida para el evento según el protocolo de vigilancia que tenían ajuste 6 o D siempre que contaran con evidencia que respaldara su descarte ya fuese por unidad de análisis, resultados de laboratorio, investigación epidemiológica de campo (IEC) o historia clínica enviada al referente departamental.

Análisis de información: Se analizaron las variables consignadas en la ficha de datos básicos, 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 que incluye antecedentes maternos, resultados de laboratorio, diagnóstico y tratamiento del caso y de contactos. Se realizó análisis de proporciones y tasas para las





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

variables cualitativas y cuantitativas y se calcularon los indicadores definidos en el protocolo de vigilancia en salud pública para el evento(8).

Se calcularon medidas de frecuencia absoluta para ambos eventos y se calcularon tasas de incidencia para sífilis congénita y sífilis gestacional, considerando como denominador el total de embarazos que corresponde a la suma de nacidos vivos y mortinatos, tanto a nivel departamental como municipal. 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). Los indicadores considerados en el análisis son los descritos en el protocolo de vigilancia y se calcularon sobre 125 entidades territoriales y 9 subregiones.

Para el cálculo de los indicadores, se tomó en consideración la entidad territorial de residencia. Para la incidencia, se utilizó como denominador la población DANE año 2023 definitiva de nacidos vivos y mortinatos (NVMF) que nos da el total de embarazos. Los datos poblacionales fueron obtenidos con base en la actualización DANE de abril de 2025. El dato de mortinatos incluye los casos con tiempo de gestación mayor a 22 semanas, no incluye muertes fetales con tiempo de gestación ignorado o sin información. Para el indicador de notificación materna en SC, se verificó la notificación de las madres de los casos de sífilis congénita del 2024 frente a la notificación de casos de sífilis gestacional notificados en 2024 y los del 2023 que aplicaran para el periodo gestacional del caso. Las variables que se cruzaron para la verificación de esta información fueron el número de identificación de la madre y el nombre completo.

Para el análisis de tablero de problemas de casos de muerte perinatal o neonatal, se empleó la base de datos del aplicativo UACE, donde se registran las unidades de análisis realizadas a los casos que aplican por protocolo.

Para el procesamiento de la información y análisis de resultados se emplearon hojas de cálculo de Microsoft Excel, presentados en tablas y gráficos. Finalmente se realizó análisis de los casos de sífilis congénita con condición final 2 (muerto) por entidad territorial (ET) de residencia y teniendo en cuenta las unidades de análisis y tableros de problemas. Los mapas de riesgo se realizaron con la tecnología de Bing © Microsoft Crowdsourced Enrichments, open place, Wikipedia.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

3. Consideraciones éticas

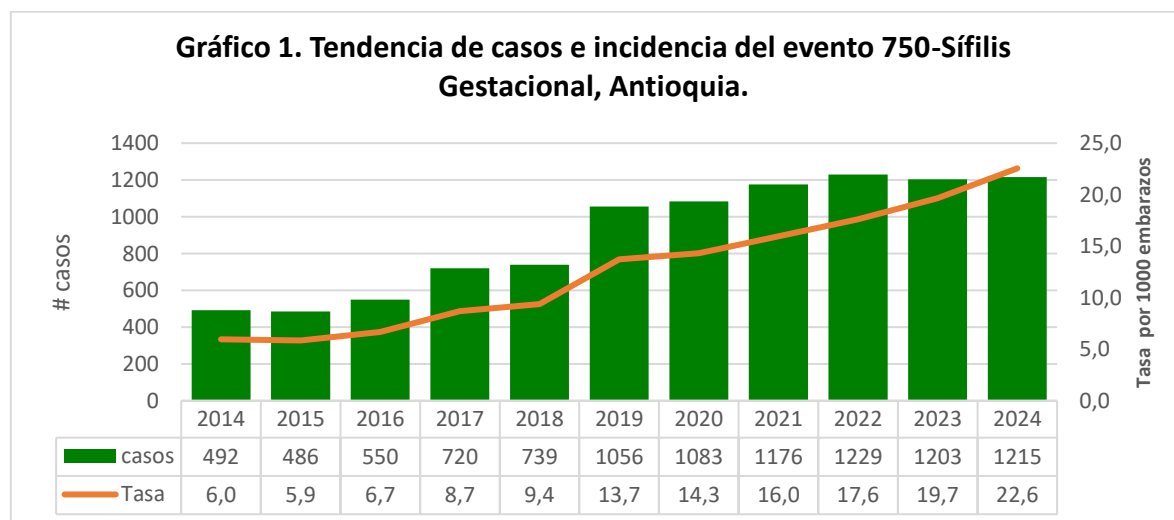
El presente informe de evento corresponde al análisis de fuentes secundarias, provenientes de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se 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 territorial.

4. Resultados

4.1 Sífilis gestacional

Entre la semana 1 y la 52 del 2024, se notificaron al SIVIGILA un total de 1.408 casos de SG. 80 casos duplicados, 24 no cumplían criterios, 17 correspondían a casos del 2023, 57 eran de procedencia y/o residencia fuera de Antioquia, y 15 fueron descartados con soporte, para un total de 1.215 casos incluidos para el análisis de este informe.

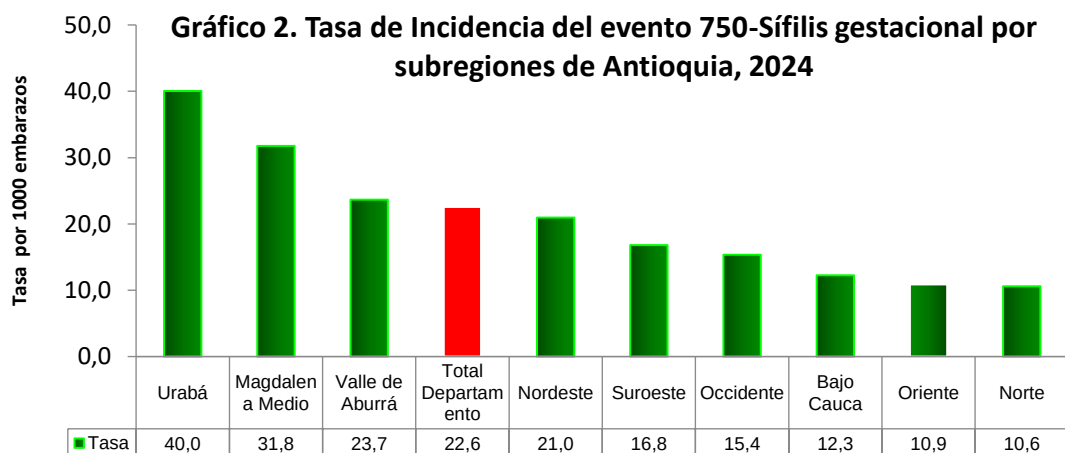
En el gráfico 1 se describe la tendencia de notificación de casos de SG en la última década, observándose un incremento sostenido en la incidencia año tras año, casi cuadruplicando la cifra, pasando de 6 en 2010 a 22,6 por 1.000 embarazos en el 2024.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Al analizar el comportamiento del evento por subregiones del gráfico 2, se observa que Urabá y Magdalena Medio son las subregiones que reportan mayores tasas de incidencia de SG, por encima de la tasa departamental; Valle de Aburrá se encuentra con tasa similar al departamento, siendo este el que aporta el mayor número de casos. El resto de subregiones se encuentran con tasas inferiores a 22/1.000 embarazos.



Las entidades territoriales con mayor riesgo de SG y que se ubican en alto riesgo, con tasas de Incidencia superiores a 32 casos por 1.000 embarazos, fueron en orden de prioridad: Gómez plata (73,2), Turbo (60,1), San Francisco (54,5), Puerto Nare (50,6), Concordia (48,1), Puerto Triunfo (45,5), Apartadó (41,0), Carepa (39,6), Hispania (38,5), Liborina (38,5), Salgar (38,5), Chigorodó (37,8), Remedios (37,8), Girardota (35,8), Cañasgordas (35,7), Amalfi (35,2), San Roque (34,3), Caramanta (32,3), La pintada (32,3), Necoclí (32,2) y Urrao (32,1). Es importante resaltar que los municipios Abriaquí, Alejandría, Angelópolis, Angostura, Argelia, Armenia, Betania, Ciudad Bolívar, Briceño, Caicedo, Campamento, Caracolí, Carolina, Cocorná, Concepción, Fredonia, Giraldo, Granada, Guadalupe, Guatapé, Heliconia, Jericó, Montebello, Olaya, Peque, Pueblorrico, Sabanalarga, San José de La Montaña, San Vicente Ferrer, Sopetrán, Tarso, Titiribí, Toledo, Uramita, Valparaíso, Venecia, Yolombó estuvieron en silencio epidemiológico todo el año (ver mapa de riesgo, gráfico 3).

En cuanto a las variables sociodemográficas, se observa que el mayor riesgo de SG se presentó en el grupo etario de 20 a 24 años con 34,5 casos/1.000 embarazos y 501 casos; seguido del grupo etario de 45 a 49 años con 20,2/1.000 embarazos, con dos casos notificados (ver gráfico 4). EL 78% de los casos notificados residían en área urbana; el 55% pertenecían al régimen subsidiado y un 14% que corresponde a 169 casos, estaba sin aseguramiento en salud o este era indeterminado. El 15,3%





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 4. Casos e incidencia del evento 750-Sífilis gestacional según grupo etario, Antioquia, 2024

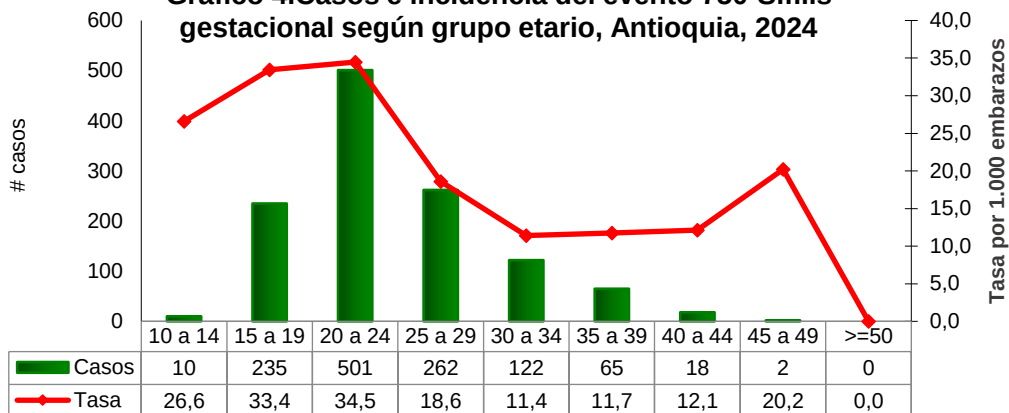
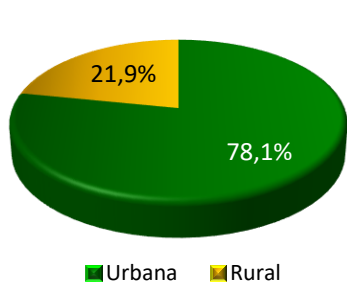
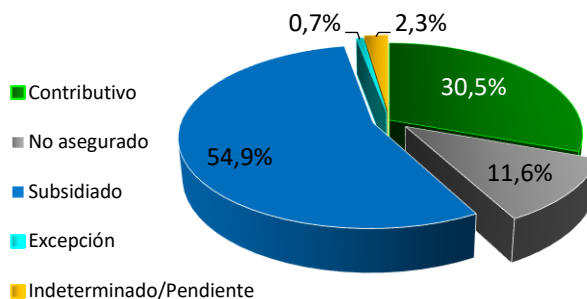


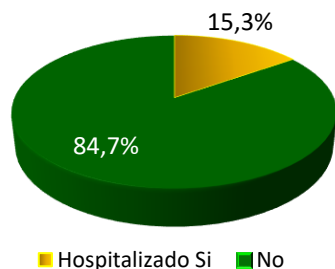
Gráfico 5. Características sociodemográficas de los casos notificados por evento 750-Sífilis gestacional, Antioquia, 2024.



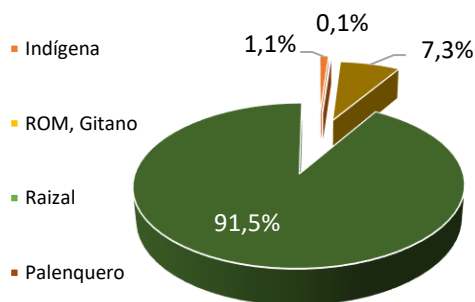
A. Distribución de casos según área de residencia



B. Distribución de casos según régimen de seguridad social en salud



C. Distribucion de casos según conducta



D. Distibución de casos según étnia





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

En otras variables sociodemográficas de importancia, no mostradas en los gráficos, es importante mencionar que el 32% de los casos notificados pertenecían a la EPS Savia Salud, seguida de SURA con el 22% y Nueva EPS con 11%. El 14% de los casos no reportaban este dato. El 18% de los casos notificados correspondían a población extranjera.

Al analizar las variables relacionadas con la atención de las gestantes notificadas, se puede observar que un 21% no reportaban controles prenatales previos en el embarazo actual al momento de la detección de la enfermedad, y un 35% de las gestantes, presentaron su primer control prenatal después del primer trimestre de gestación. El 96% de los casos reportaron al menos una dosis de tratamiento con penicilina benzatínica. En un 61% de los casos se reporta tratamiento a la pareja sexual (ver tabla 1).

Tabla 1. Comportamiento de atención a las madres con sífilis gestacional, Antioquia, 2024

Variable	N	%
Control embarazo actual		
Si	960	79,0%
No	255	21,0%
Total	1215	100,0%
Edad gestacional primer control		
I TRIMESTRE	581	60,3%
II TRIMESTRE	239	24,8%
III TRIMESTRE	143	14,9%
Total	963	100,0%
Tratamiento gestante		
Sin tratamiento	47	3,9%
Una dosis	425	34,9%
> 1 dosis	743	61,2%
Tratamiento contactos		
SI	737	60,7%
NO	478	39,3%
Total	1215	100,0%

Fuente: Sivigila 2024





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

4.2 Sífilis congénita

Entre la semana 1 y la 52 del 2024, se notificaron al SIVIGILA un total de 197 casos de SC. 6 casos duplicados, 38 no cumplían criterios, 26 eran de procedencia y/o residencia fuera de Antioquia, y 10 fueron descartados con soporte, para un total de 117 casos incluidos para el análisis de este informe. Con base en esta información, el 75,5% de los casos de sífilis congénita notificados para Antioquia cumplen definición de caso, resultado menor a la meta nacional del 90%. Con respecto al indicador de notificación de la madre bajo el evento de SG, el departamento presenta un 92% de Sífilis congénita de madres con sífilis gestacional notificadas, dando cumplimiento a la meta nacional del 90%. La incidencia de SC del departamento fue de 2,2 casos por cada 1.000 NVMF.

Tabla 2. Indicadores de vigilancia para sífilis congénita, Antioquia, 2024

Indicador	Resultado	Meta
Incidencia de sífilis congénita	2,2/1.000NVMF	$\leq 0,5/1.000NVMF$
Porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso	75,5%	90%
Proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional	92%	90%

En el gráfico 6 se detalla la tendencia de notificación de casos de SC en la última década, observándose un comportamiento diferente al de la notificación de SG; durante los años 2019 a 2021 se había incrementado la notificación de casos en un 160%, reflejándose en una tasa de incidencia incrementada en una unidad. A partir del 2022 hasta el 2024, se observa una tendencia a la disminución, pasando de una tasa de 3 casos por 1.000 embarazos a 2,2; sin embargo, no se ha logrado llegar a la meta de eliminación de 0,5 o menor.

Al analizar el comportamiento del evento por subregiones de residencia del gráfico 7, se observa que Norte es la única subregión sin casos de SC notificados para el 2024, el resto de subregiones del departamento se encuentran con tasas de incidencia por encima de la meta de eliminación, presentándose mayor riesgo en Magdalena Medio, seguida de Urabá y occidente con tasas de 6,1; 3,5 y 3,3 casos por 1.000 NVMF. Vale de Aburrá se encuentra con tasa similar al departamento, siendo este el que aporta el mayor número de casos (61 en total).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 6. Tendencia de casos e incidencia del evento 740-Sífilis congénita, Antioquia, 2024

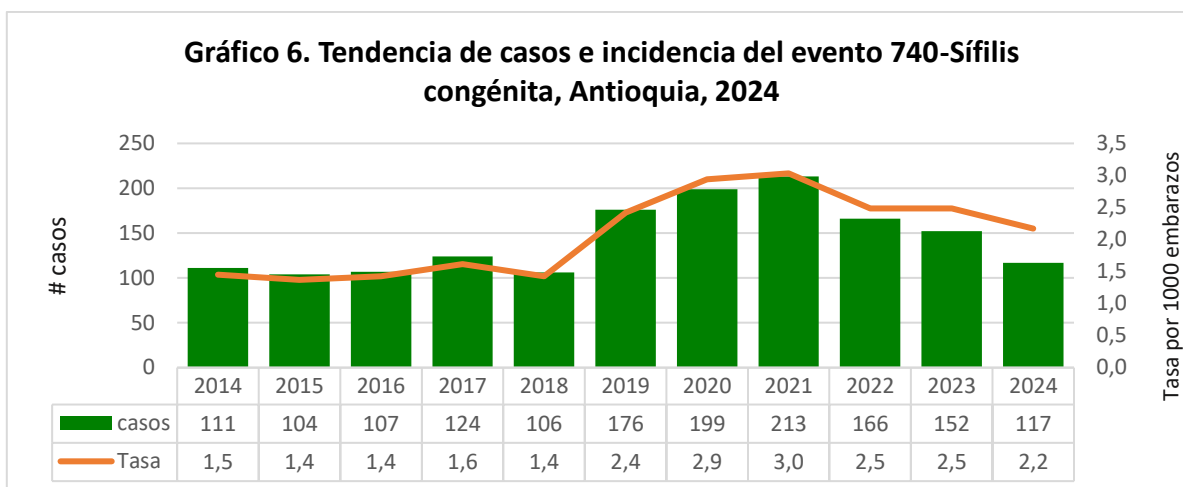
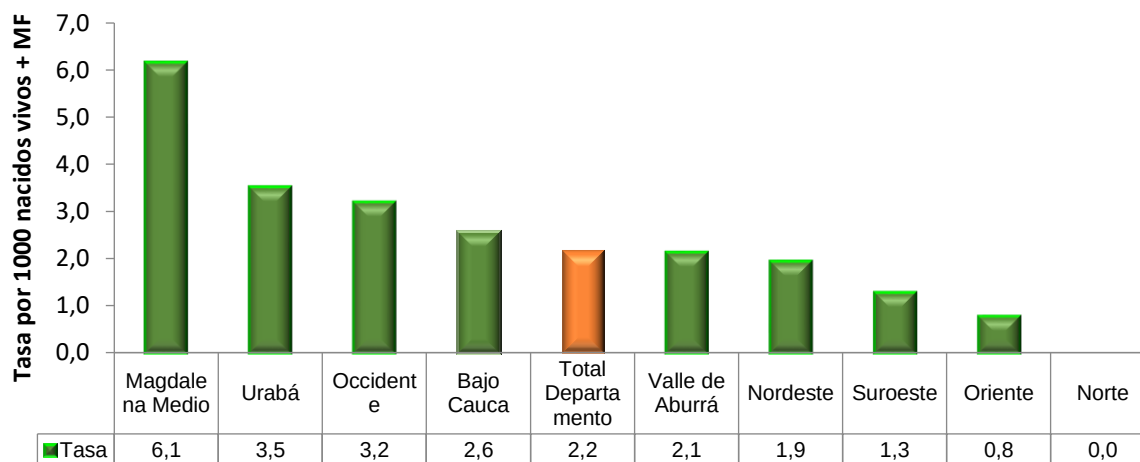


Gráfico 7. Tasa de incidencia de evento 740-Sífilis congénita por subregiones de Antioquia, 2024



Al analizar por entidad territorial en el gráfico 8, se encuentra que los municipios que presentan alto riesgo de SC al obtener tasas de incidencia superiores a 5 por 1.000NVMF, son en su orden Ebéjico (21,7), Nariño (15,6), Maceo (15,2), Frontino (14,1), Fredonia (11,4), Puerto Berrío (10,8), San Carlos (8,8), Betulia (7,1), Nechí (7,0), Tarazá (6,3), Turbo (5,4) y Anorí (5,3). 72 de los 125 municipios no reportaron casos de SC durante el 2024.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Al analizar características clínicas de importancia, se puede observar que los controles prenatales y el momento del diagnóstico de sífilis ya fuese de la gestante o del menor; el 54% de los casos de SC notificados, eran producto de gestaciones sin controles prenatales (CP) y entre el 46% restante, cuya madre presentó CP, solo el 53% reportó la edad del gestacional del primer CP, el 8% tenían controles en las primeras 10 semanas y el 29% en las últimas 10 semanas de gestación (ver gráfico 19). Estos hallazgos tienen relación con la variable momento del diagnóstico de sífilis, donde el 54% tuvo diagnóstico en el momento del parto o puerperio y entre los que tuvieron diagnóstico durante la gestación, el 82% lo recibieron después de la semana 16 de embarazo (ver gráfico 10).

Tabla 3. Características sociodemográficas de los casos de Sífilis congénita notificados en Antioquia, 2024

variable	N	%
Área de residencia		
Urbana	90	76,9%
Rural	27	23,1%
Total	117	100,0%
Nacionalidad de la madre		
Colombiana	115	98,3%
Extranjera	2	1,7%
Total	117	100,0%
Afiliación al sistema de seguridad social en salud		
Contributivo	21	17,95%
Subsidiado	81	69,23%
Excepción	0	0,00%
No Asegurado	9	7,69%
Indeterminado/Pendiente	6	5,13%
Total	117	100,00%
Etnia		
Indígena	3	2,6%
ROM, Gitano, Raizal, palenquero	0	0,0%
Negro, Mulato, Afro Colombiano	11	9,4%
Otro	103	88,0%
Total	117	100,00%

Fuente: Sivigila 2024

Con respecto al estado de los casos, el 84%, estaban hospitalizados y el 10,3% tenían estado final fallecido (ver gráfico 11). En total fueron 12 casos notificados como fallecidos, de los cuales 3, el evento de muerte ocurrió después del mes de vida, por lo que 9 casos aplicaban para unidad de

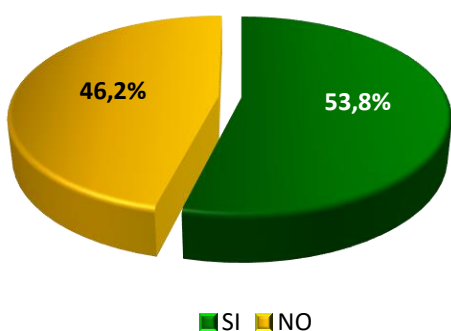




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

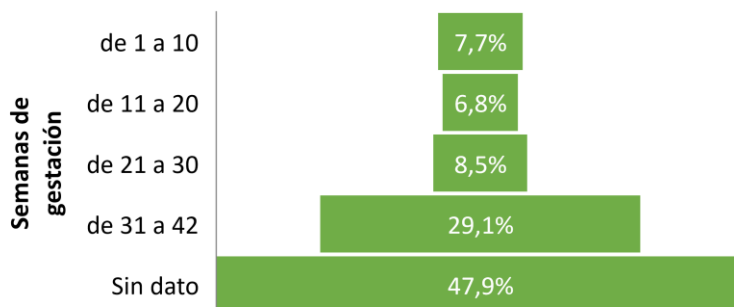
análisis (UA). Al analizar las unidades de análisis, se descartó finalmente uno de los casos, quedando 8 finales para ser analizados en profundidad por tablero de problemas, información que será detallada más adelante. Los 7 casos finales de muerte perinatal o neonatal analizados, provenían de madres residentes de las ET de Apartadó (1 caso), Anorí (1 caso), Santafé de Antioquia (1 caso) y Medellín (5 casos).

Gráfico 9. Comportamiento de los controles prenatales en las madres de los casos de Sífilis congénita notificados en Antioquia, 2024.



A. Controles prenatales a las madres de casos SC

B. Distribución de casos de SC según la edad gestacional del primer control prenatal, Antioquia, 2024



Los tableros de problemas de los casos de muerte por SC analizados por UA generan un insumo para la identificación de situaciones o problemáticas que llevan a los casos de sífilis congénita a un desenlace fatal, mediante el abordaje integral de las acciones empleadas desde el momento del diagnóstico hasta su condición final, permitiendo reconocer oportunidades de mejora y establecer estrategias del fortalecimiento de las políticas públicas en salud.

En el análisis de los tableros de problemas de casos de sífilis congénita fallecidos, se identificaron 72 problemas de agrupados en 9 factores. Los factores más frecuentes fueron prestación de servicios individuales (18), Conocimientos, actitudes y prácticas en salud (15), acciones de promoción y mantenimiento de la salud (11) en la tabla 3 se detallan los problemas detectados en los casos analizados. En el responsable del factor o problema, se observó a la Institución prestadora de servicios de salud (29), EAPB (7). En el individuo o cuidador se detectaron 35.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 10. Momento del diagnóstico de sífilis en casos de Sífilis congénita notificados en Antioquia, 2024

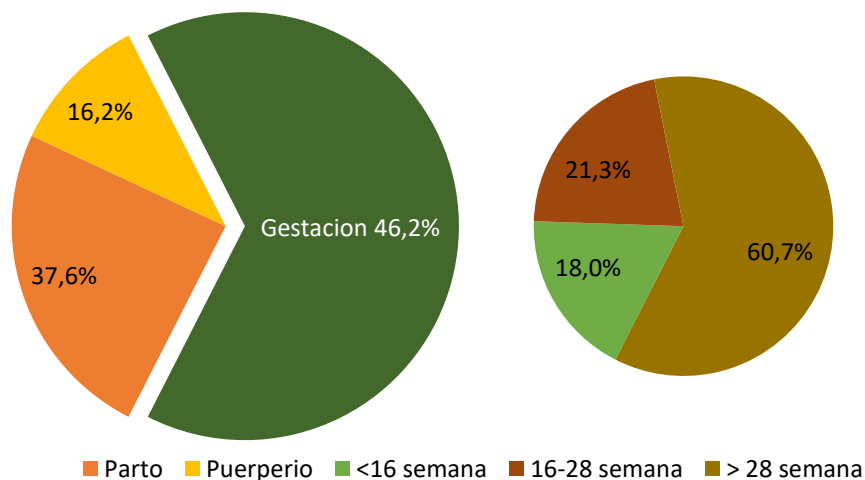
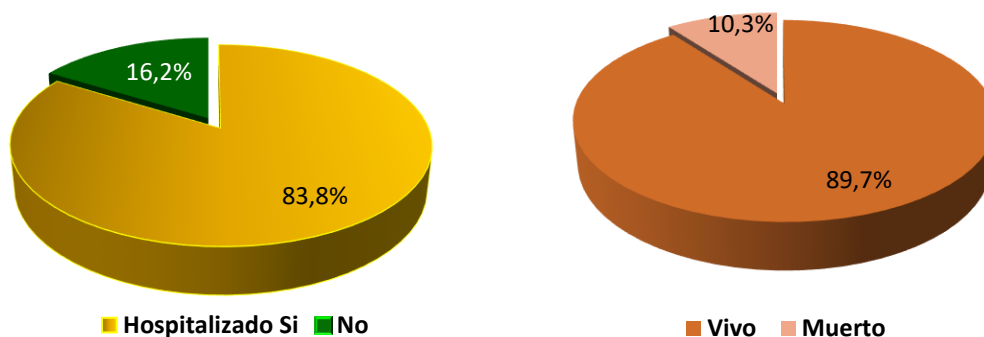


Gráfico 11. Estado de atención y final de casos notificados por Sífilis congénita en Antioquia, 2024



A. Estado de atención del caso de Sífilis congénita:

B. Estado final del caso de Sífilis congénita



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 3. Factores y problemas relacionados con la muerte por SC en Antioquia, 2024

Factor/Problema	# casos
Acceso a los servicios de salud.	3
No cuenta con la capacidad económica necesaria para el traslado desde la residencia hacia el centro de atención médica	1
No cuenta con la capacidad económica necesaria para los gastos de la atención en salud (medicamentos, insumos)	2
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	11
Incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud	3
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	3
Incumplimiento en las acciones de detección temprana	4
Incumplimiento en las acciones de protección específica	1
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.	15
Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud	3
Desconocimiento de derechos y deberes en salud	6
Desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador	2
Desconocimiento sobre los mecanismos de acceso a los servicios de salud	1
Experiencias negativas en los servicios de salud o con el aseguramiento	1
Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud	1
Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud	1
Determinantes estructurales.	9
Desplazado	2
Identidad de género	1
Menor de edad	1
Migrante	1
Pertenencia étnica: indígena, negro, mulato, afrocolombiano, raizal, ROM	1
Residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social	1
Sin afiliación al SGSSS	1
Víctima del conflicto armado	1
Determinantes intermedios.	8
Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador	2
Consumidor de sustancias psicoactivas	2
Habitante de calle	1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

No disponibilidad o acceso a los alimentos	1
Ocupado informal	1
Población con afectaciones en la salud mental	1
Gestión del aseguramiento.	4
Barreras administrativas para acceder a la atención en salud	3
No se realiza seguimiento a los procesos de afiliación de su población a cargo	1
Gobernanza.	3
Ausencia de coordinación de acciones intersectoriales en el territorio	2
Fallas en la identificación y canalización a programas de protección social de acuerdo con la necesidad del paciente y a la oferta disponible del estado	1
Prestación de servicios individuales.	18
Diagnostico tardío o inadecuado	2
Falla en los mecanismos de seguimiento	1
Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención	1
Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	4
No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	6
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportunamente	1
No se realizó la remisión a otras especialidades requeridas de acuerdo a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	1
Tratamiento inadecuado o inoportuno	2
Procesos de gestión del talento humano.	1
Insuficiente disponibilidad del talento humano	1

Fuente: *Aplicativo UACE*



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





5. Discusión

El incremento sostenido en la notificación de casos de sífilis gestacional (SG) desde el año 2016 puede estar asociado con la implementación de nuevas directrices técnicas y normativas orientadas a fortalecer la salud materno-infantil en Colombia. Entre estas se destaca la Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, que introdujo definiciones operativas de caso y el algoritmo diagnóstico para su notificación en el Sivigila(9); Posteriormente, en 2019, se evidencia un segundo pico de aumento que podría explicarse por la Resolución 3280 de 2018, que actualiza las directrices para el diagnóstico y manejo de la SG y SC, incorporando el uso combinado de pruebas treponémicas y no treponémicas, así como la adopción de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno-perinatal(10). Todo en conjunto con la actualización periódica del protocolo de vigilancia epidemiológica, contribuye a la búsqueda y notificación de casos en gestantes de manera oportuna.

A pesar de estos avances normativos y técnicos, la eliminación de la transmisión materno-infantil (TMI) de infecciones de transmisión sexual (ITS), priorizada por Colombia y por la Región de las Américas, aún no se ha alcanzado. La tasa de SC reportada en 2024 se mantiene muy por encima de la meta establecida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que es de $\leq 0,5$ casos por 1.000 nacidos vivos(11). A partir del análisis de las características sociodemográficas y clínicas de los casos notificados, se evidencian múltiples barreras que dificultan el cumplimiento de esta meta.

Uno de los factores más relevantes es el acceso limitado a la atención prenatal oportuna, especialmente entre mujeres sin aseguramiento en salud (14%) y población migrante. Esta situación compromete la posibilidad de realizar tamizaje temprano, diagnóstico y tratamiento oportuno, lo que reduce las oportunidades de prevenir la transmisión vertical de la infección. Para enfrentar esta problemática, es indispensable el trabajo articulado con líderes comunitarios, quienes pueden desempeñar un papel clave en la identificación temprana de gestantes y su canalización oportuna hacia el sistema de salud(9,10).

Más allá de la detección y notificación de casos, la prevención de la TMI depende del tratamiento adecuado de las gestantes y de sus parejas sexuales. Aunque el 96% de las gestantes notificadas recibieron tratamiento con penicilina, solo el 61% reportaron tratamiento a la pareja, lo que indica una brecha importante que favorece el riesgo de reinfección. En este informe, además, se identificó que el 21% de las gestantes no accedieron a controles prenatales, y que el 40% de quienes sí lo hicieron, iniciaron después del primer trimestre, periodo en el que la probabilidad de transmisión vertical es mayor (3,4). Esto evidencia fallas en la captación temprana de gestantes, especialmente en territorios con condiciones sociales desfavorables.

Por otro lado, se identificaron deficiencias en la calidad de la información, especialmente en la caracterización clínica de los casos de SC. El incumplimiento en los criterios diagnósticos y la ausencia de notificación del caso materno en varios eventos afectan la integridad del sistema de





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

vigilancia. Aunque este indicador se encuentra por encima de la meta nacional, persisten oportunidades de mejora en la calidad del registro. Lo anterior exige fortalecer las asistencias técnicas desde la Secretaría de Salud de Antioquia hacia las entidades territoriales (ET), y mejorar la articulación con las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), para garantizar la adecuada aplicación de las guías clínicas y del protocolo de vigilancia.

Finalmente, los resultados permiten identificar subregiones con tasas significativamente más altas de sífilis congénita (SC), como Magdalena Medio, Urabá y Occidente, las cuales deben priorizarse en las estrategias de intervención. Estas zonas requieren una intensificación de las acciones de educación, diagnóstico, aseguramiento y tratamiento, así como una mayor articulación interinstitucional para cerrar brechas territoriales e impulsar la eliminación de la sífilis congénita en el departamento. Las tasas más altas de SC se concentraron en estas subregiones, que coinciden con mayores índices de pobreza multidimensional, menor cobertura de aseguramiento y alta presencia de población migrante o dispersa rural. Esto sugiere que los determinantes sociales de la salud están directamente relacionados con el riesgo de sífilis congénita y deben ser abordados de manera integral para garantizar el acceso equitativo a la atención y reducir las disparidades en salud.

Lo anterior se respalda en los problemas identificados en los tableros de las unidades de análisis, donde se evidencian determinantes estructurales como el pertenecer a poblaciones vulnerables (personas desplazadas, víctimas del conflicto armado, menores de edad, migrantes, grupos étnicos y residentes en zonas suburbanas), así como determinantes intermedios como bajo nivel educativo, consumo de sustancias psicoactivas o presencia de afecciones de salud mental. Estos factores reflejan la necesidad de que las EAPB, las instituciones de salud y las secretarías de salud identifiquen proactivamente a estas poblaciones y les otorguen un enfoque prioritario, garantizando acciones diferenciales que respondan a su mayor grado de vulnerabilidad y permitan avanzar hacia la equidad en salud materno-infantil.



Centro Administrativo Departamental José María Córdoba (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

6. Conclusión

A pesar de los avances normativos y técnicos implementados en Colombia para la eliminación de la sífilis congénita, persisten barreras estructurales, sociales y operativas que limitan el cumplimiento de esta meta en el departamento de Antioquia. Las brechas en el acceso a la atención prenatal oportuna, el bajo aseguramiento en salud, el tratamiento incompleto de las parejas sexuales, así como la calidad del registro en los sistemas de vigilancia, continúan favoreciendo la transmisión materno-infantil. La identificación de subregiones con mayor carga del evento permite focalizar los esfuerzos institucionales para garantizar una atención integral a la gestante y su entorno. Abordar esta problemática exige una respuesta articulada desde el sector salud, los gobiernos locales y la comunidad, con acciones orientadas a reducir las inequidades, mejorar la calidad de la atención, y asegurar el cumplimiento de las rutas de atención establecidas. La sífilis congénita, al ser prevenible, constituye un claro indicador de desigualdad y de fallas en el sistema de salud que deben ser corregidas para garantizar el derecho a una maternidad segura y al bienestar de la primera infancia.

7. Recomendaciones

1. Asistencias técnicas priorizadas: Desde el nivel departamental, se recomienda continuar con la implementación de asistencias técnicas y asesorías dirigidas a las Direcciones Locales de Salud y demás actores involucrados en la atención de gestantes. El objetivo es fortalecer las capacidades locales para mejorar los indicadores del evento, así como la validez, completitud y oportunidad de los datos reportados en el sistema de vigilancia. Estas acciones deben priorizarse en los entes territoriales con mayor riesgo de sífilis congénita y con dificultades evidenciadas en la calidad de la información.
2. Gestión del conocimiento: La salud materno-infantil es una prioridad a nivel global, nacional y departamental. Por ello, se recomienda que las instituciones prestadoras de servicios de salud implementen procesos periódicos de capacitación y estandarización dirigidos al personal asistencial, con énfasis en la correcta aplicación de las guías de práctica clínica y los protocolos de vigilancia en salud pública relacionados con la atención a gestantes. Estas acciones son especialmente relevantes en contextos con alta rotación de personal, para garantizar la continuidad y calidad del abordaje clínico y preventivo.
3. Fortalecer la vigilancia en salud basada en la comunidad, especialmente en el componente materno-infantil, reconociendo el rol estratégico de los líderes comunitarios en la identificación temprana de gestantes no aseguradas. Estos actores pueden actuar como enlace con las Direcciones Locales de Salud para facilitar el acceso al proceso de afiliación y garantizar la





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

atención integral oportuna. Se debe hacer especial énfasis en la inclusión de población migrante en condición irregular, por su alta vulnerabilidad y el riesgo de exclusión del sistema de salud.

4. Establecer rutas claras de atención desde todos los niveles del sistema de salud para el adecuado direccionamiento de gestantes que al momento de la consulta no cuenten con aseguramiento, ya sea población colombiana o migrante en condición irregular. Estos momentos de contacto con los servicios de salud representan una oportunidad clave para activar alertas dentro del sistema, que faciliten su afiliación oportuna y garanticen el inicio temprano del control prenatal y la atención integral durante el embarazo.
5. Fortalecer las estrategias de educación para la salud dirigidas a mujeres en edad fértil, gestantes y sus parejas, con énfasis en la prevención de la sífilis congénita. La educación es una herramienta fundamental para generar conciencia sobre la importancia del control prenatal oportuno, el tamizaje en el embarazo y el tratamiento adecuado de las infecciones de transmisión sexual. Promover el conocimiento sobre estas medidas permite reducir barreras de acceso, mitigar el estigma asociado a la enfermedad y favorecer la adherencia a los protocolos de atención, contribuyendo significativamente a la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis.
6. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deben seguir reforzando las estrategias de demanda inducida, con el propósito de promover, guiar y motivar a las gestantes para que accedan oportunamente a los servicios de salud, mantengan la adherencia al control prenatal y reciban el tratamiento necesario para prevenir la sífilis congénita.
7. Se recomienda que las secretarías de salud municipales fortalezcan las estrategias de identificación y caracterización de la población en su territorio, mediante el uso de fuentes como el censo local, bases de datos institucionales y el trabajo articulado con líderes comunitarios. Es fundamental implementar campañas de sensibilización y jornadas de afiliación, incluyendo procesos de actualización del SISBÉN, que permitan garantizar el aseguramiento efectivo en salud de toda la población, especialmente de mujeres en edad fértil, gestantes y población migrante o rural dispersa. Esto contribuirá a mejorar el acceso a los servicios de salud y a prevenir eventos como la sífilis congénita.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Bibliografía.

1. Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica. junio de 2019;37(6):398-404.
2. Contreras E, Zuluaga SX, Ocampo V. Sífilis: la gran simuladora. Infectio [Internet]. 2008 [citado 18 de abril de 2025];12(2). Disponible en: https://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/116
3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ETMI-Plus Colombia 2021-2030 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/etmi-plus-colombia-2021-2030.pdf>
4. Maronezzi G, Brichi Pesce G, Martins DC, Do Prado CM, Molena Fernandes CA. Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalência: Syphilis in pregnant and congenital: epidemiological profile and prevalence. Enferm Glob. 20 de diciembre de 2019;19(1):107-50.
5. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Sífilis - [Internet]. 2024 [citado 18 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sifilis>
6. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Sífilis [Internet]. [citado 18 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
7. Dashboard on progress toward disease elimination targets - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [citado 18 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/dashboard-progress-toward-disease-elimination-targets>
8. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Sífilis gestacional y sífilis congénita versión 7 [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2024 [citado 18 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Si%CC%81filis%20Gestacional%20y%20Conge%CC%81nita%202024.pdf
9. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014. [Internet] Disponible en: https://www.acin.org/images/guias/GPC_Versioncorta_SIFILIS_IMPRESION_n.PDF





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

10. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
11. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH, la sífilis, la enfermedad de chagas congénita y la infección perinatal por el virus de la hepatitis B. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/eliminacion-transmision-maternoinfantil-infeccion-por-vih-sifilis-enfermedad-chagas-congenita>
12. Casas-P RL. SÍFILIS Y EMBARAZO: ¿CÓMO DIAGNOSTICAR Y TRATAR OPORTUNAMENTE? Syphilis and pregnancy: early diagnosis and timely treatment. 2009;60(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n1/v60n1a07.pdf>
13. Antioquia cómo vamos. Retos de Antioquia 2025. 2024. Disponible en: <https://www.antioquiacomovamos.org/system/files/2025-01/docuprivados/RETOS%20AntCV%202025.pdf>

