



**INFORME DE EVENTO DE LASIFILIS GESTACIONAL Y SIFILIS CONGENITA
HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO 6, Putumayo, 2025**

Ana Lucya Legarda Ceballos
Referente Departamental
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
Área Epidemiología
Secretaría de Salud Departamental Putumayo

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial
- 1.2. Comportamiento del evento en América
- 1.3. Comportamiento del evento en Colombia

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

3. MATERIALES Y MÉTODOS

4. HALLAZGOS

- 4.1 Vigilancia de Sífilis Gestacional
- 4.2 Vigilancia de Sífilis Congénita

5. DISCUSIÓN

6. CONCLUSIONES

7. RECOMENDACIONES

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. INTRODUCCION

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son las principales causas de enfermedad en el mundo, y como consecuencias afecta la parte económica, sociales y sanitarias que son de gran repercusión en muchos países.

La sífilis es una enfermedad causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, y se transmite principalmente por contacto sexual, o de la madre al feto, en cualquier momento del embarazo, y produce una infección congénita denominada sífilis congénita (SC) y de no ser tratada, puede producir muerte fetal o una alta morbilidad y mortalidad neonatal (1); y la pérdida de oportunidades para el diagnóstico y tratamiento de mujeres embarazadas, posparto y sus parejas sexuales podría estar asociada a deficiencias existentes en los conocimientos del personal de salud, así como al bajo cumplimiento de los protocolos de atención. El principio fundamental de la prevención y eliminación de la sífilis congénita (SC) consiste en detectar y tratar la infección en la gestante para prevenir la transmisión vertical.

Según la OMS, estima que 7,1 millones de adultos se infectaron por primera vez con sífilis en 2020; además formula normas y pautas mundiales para el tratamiento y la prevención de las ITS, fortalece los sistemas de vigilancia y seguimiento de estas infecciones, incluida la gonorrea farmacorresistente, y lidera la formulación de la agenda mundial de investigación sobre las ITS. Cabe mencionar que desde el año 2010 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Unicef y otras organizaciones, plantearon impulsar la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe, planteando una meta de 0,5 casos o menos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos (incluidos mortinatos) (1).

El “Plan de eliminación de la sífilis congénita” a través de la de la “Guía de práctica clínica (GPC) para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita” (Guía de Manejo de SG y SC), que establece su diagnóstico y tratamiento en la primera visita de control prenatal y a través de la implementación de guías orientadas a mejorar el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de SG y SC con la publicación de protocolos y guías de manejo, la situación epidemiológica de esta patología se encuentra lejos de las metas pactadas a nivel nacional e internacional. En Colombia, la prevalencia de sífilis gestacional ha aumentado de manera sostenida desde 2015. Aunque en 2025 se presenta un leve descenso respecto al nivel máximo alcanzado en 2022, la prevalencia permanece alta (16,3 vs. 15,7 por cada 1 000) (2,3,4)

1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

La OMS se ha planteado la meta de reducir la incidencia global de sífilis en un 90 % para 2030 y disminuir la sífilis congénita en al menos un 50 % por cada 100 000 nacidos vivos. El aumento de las infecciones por sífilis puede deberse a factores, falta de concienciación sobre la enfermedad, acceso a los servicios de salud, en el diagnóstico y tratamiento, y el estigma en torno a las ITS, que puede disuadir a las personas de buscar asistencia médica. En la mayoría de los casos, las ITS son asintomáticas o se acompañan de síntomas leves que no siempre permiten diagnosticar la enfermedad. En algunos casos, las ITS tienen consecuencias graves para la salud reproductiva más allá del impacto inmediato de la propia infección (por ejemplo, infertilidad o transmisión materno-infantil).

En informe publicado por la OMS destaca el aumento de los casos en mujeres embarazadas; y esta tendencia se ha traducido en un aumento de la sífilis congénita, que 2023, se estima que los casos globales de sífilis congénita oscilaron entre 700.000 y 1,5 millones, reflejando una tendencia mundial creciente (5).



Una revisión sistemática encontró que, en la mayoría de regiones, predominantemente de latinoamericana, África subsahariana occidental, Australasia y el norte de África, se ha observado una disminución de la prevalencia de este marcador entre los años 1990 y 2005, mientras que las regiones de Asia oriental y 2005, mientras que las regiones de Asia oriental y Europa occidental experimentaron algún incremento en este periodo. Hasta el año 2024, la prevalencia de sífilis ha mostrado comportamientos heterogéneos entre regiones. Particularmente en la región de Latinoamérica, se ha evidenciado un aumento en la incidencia, lo que posiciona a esta región como una de las más afectadas a nivel global. Regiones como Europa occidental y Asia oriental, que previamente mostraban incrementos, han presentado estabilización o descensos leves en la incidencia. No obstante, países de ingresos altos han reportado recientemente un aumento progresivo en la incidencia, especialmente en poblaciones como hombres que tienen sexo con hombres; por lo que hay la necesidad de fortalecer los programas de prevención, detección temprana y tratamiento integral de las infecciones de transmisión sexual en todos los contextos geográficos. (6).

1.2. Comportamiento del evento en América

Se estima que 4,6 millones de personas tienen sífilis en la región, según la Revisión epidemiológica de la sífilis en las Américas por la OPS. En el año 2020, los países informaron 29.147 casos de sífilis congénita, y las cifras preliminares reportadas a la OPS para 2021 indican más de 30.000 casos de esta infección transmitida de la madre al niño; por lo que la OPS hace un llamamiento a los países y al personal de salud para intensificar la lucha contra esta infección prevenible y curable que afecta a miles de personas cada año.

En América Latina y el Caribe la prevalencia en las embarazadas varía del 0,1 al 7 % de un país a otro. La OPS ha propuesto la meta de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública llevando la incidencia a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos / 1.000 nacidos. Para lograr esta meta, es necesario que se detecten y traten más del 95 % de las gestantes infectadas, con lo que se logrará reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0% (7).

1.3. Comportamiento del evento en Colombia

En Colombia la sífilis congénita se considera un problema de salud pública. Dado que ésta es una enfermedad prevenible con un tratamiento materno que es simple, económico y altamente efectivo, si es suministrado adecuadamente, por lo que es necesario tomar medidas correctivas frente a los diferentes factores que hacen que esta enfermedad continúe presentándose en nuestro medio.

Según la OPS entre los factores que contribuyen a la persistencia de esta enfermedad están: la falta de percepción de los proveedores de la salud de que la sífilis gestacional y congénita; acceso limitado o tardío a los servicios de control prenatal; falta de acceso a la prueba de tamización para sífilis durante la gestación o al tratamiento adecuado y oportuno; y en Colombia se han identificado otros factores como son: ineficacia del programa de control prenatal para captación temprana de gestantes, desconocimiento del personal de salud de protocolos de atención de sífilis gestacional y congénita para diagnóstico, tratamiento y seguimiento; fallas en la captación de los compañeros sexuales y/o el tratamiento de estos; actividades de promoción y prevención de ITS y finalmente deficiencias en el funcionamiento de los programas de ITS (8).

Hasta el año 2024, la notificación de casos de sífilis congénita en Colombia ha presentado un comportamiento variable, con una tendencia a la disminución desde 2014, coincidiendo con la unificación de las fichas de notificación para sífilis gestacional y congénita, así como la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la detección y tratamiento oportuno; normativa que redefinió los algoritmos diagnósticos y las definiciones de caso, permitiendo una mejor clasificación de los eventos reportados. A pesar de estos avances normativos y



técnicos, presentando un subregistro importante o silencio epidemiológico en algunos departamentos del país (zonas rurales y territorios con difícil acceso), lo que representa un reto significativo para la vigilancia efectiva del evento. Según datos del Instituto Nacional de Salud (INS), en el año 2023 se notificaron 1.566 casos de sífilis congénita en el país, lo que equivale a una tasa de 3,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos, superando ampliamente la meta trazada por la OMS de menos de 0,5 por 1.000 nacidos vivos. Con lo anterior; se refleja la necesidad de fortalecer las capacidades institucionales, la detección temprana en el control prenatal, el tratamiento oportuno en gestantes positivas y el seguimiento postnatal madre-hijo. Para alcanzar la meta de eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis, se requiere participación de sectores, incluyendo salud, protección social, educación, organizaciones comunitarias y autoridades territoriales; y mediante un enfoque integral, intersectorial y centrado en los derechos de las personas se logrará reducir la carga de esta enfermedad prevenible y proteger la salud de las futuras generaciones.

2. OBJETIVO ESPECIFICO

Analizar la situación del comportamiento de los eventos Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita, en el Departamento de Putumayo a semana epidemiológica 24 del año 2025, de acuerdo con la información provista por el Sivigila con el fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó revisión y depuración de la base de datos del evento 740 y 750 notificados en Sivigila a semana 24 del año 2025. Posteriormente se realiza un informe descriptivo de las variables sociodemográficas; proporción de incidencia de los dos eventos y analizar la información que se recoge por medio de ficha individual, de los casos notificados en Putumayo durante el primer semestre de año 2025. Se deben excluir los ajustes 6 y D, eliminar duplicado por número de identificación. Seguido a la verificación y ajuste de los casos, con los que cumplan la definición de caso confirmado; se calcula tendencia, proporción, características demográfico y social.

Se llevó a cabo un análisis del comportamiento epidemiológico de los eventos de interés en salud pública en el departamento del Putumayo, utilizando como fuente de información los registros históricos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Mediante la aplicación de un modelo de distribución de Poisson a nivel municipal (lugar de residencia) y con base en la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento promedio en los últimos cinco años, se identificaron municipios con diferencias estadísticamente significativas entre el número de casos esperados y los casos observados, utilizando un nivel de significancia de $p < 0,05$.

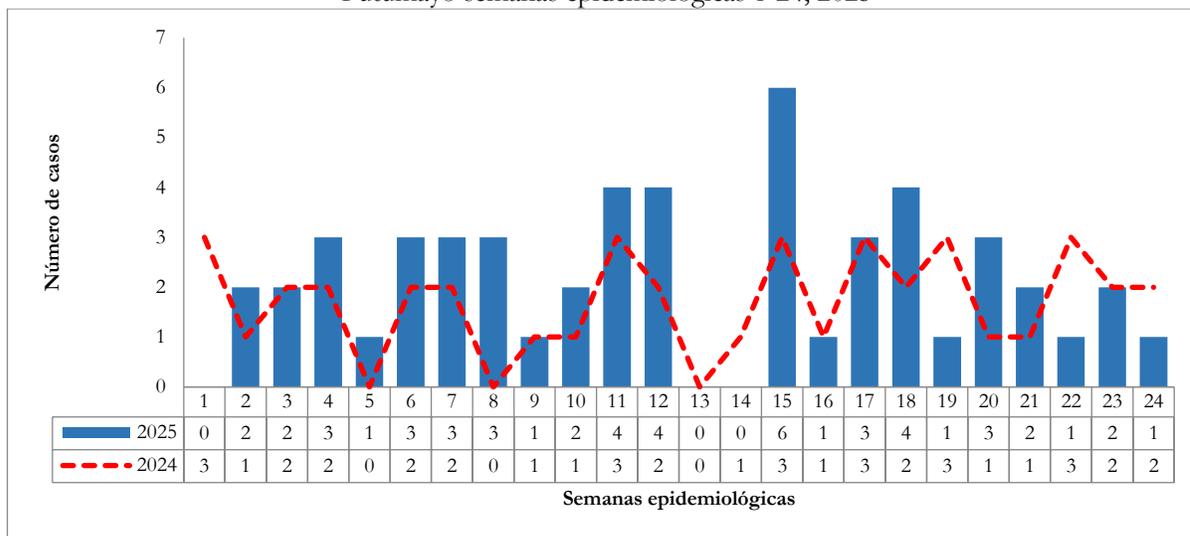
4. HALLAZGOS

4.1 Comportamiento de la notificación de Sífilis Gestacional

4.1.1. Vigilancia epidemiológica Sífilis Gestacional

4.1.1.1 Tendencia de Infección de Sífilis Gestacional

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2025, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública; 52 casos de sífilis gestacional; a la misma semana epidemiológica 24 de 2024 se notificaron 41 casos, con un incremento de 26,8 % del evento para el año 2025. A la fecha cumplen con la definición de caso según los protocolos dados por el Instituto Nacional de Salud con residencia en Colombia (Gráfica 1).



Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2024 – 2025

4.1.1.2 Proporción de casos de sífilis gestacional por municipio de residencia.

Según la proporción de casos de sífilis gestacional a semana 24 de 2025, el municipio de Puerto Asís presenta la mayor proporción de casos del departamento de Putumayo con 23,1%; seguido de San Miguel con el 19,2 %; y Mocoa con el 15,4 % de los casos. Los municipios de Puerto Caicedo, Leguizamo y Puerto Guzmán son los municipios con menor proporción de casos, aportando con el 3,8 % respectivamente del total de casos notificados en el departamento y finalmente el municipio de San Francisco con el 1,9 % de los casos (Tabla 1).

Tabla 1 Proporción de casos de Sífilis Gestacional. Putumayo semanas epidemiológicas 1-24, 2025

Municipio	Casos	%
Puerto Asís	12	23,1
San Miguel	10	19,2
Mocoa	8	15,4
Valle de Guamuez	7	13,5
Villagarzón	5	9,6
Orito	3	5,8
Puerto Caicedo	2	3,8
Leguizamo	2	3,8
Puerto Guzmán	2	3,8
San Francisco	1	1,9
Putumayo	52	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

4.1.1.3 Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis gestacional, Putumayo semanas epidemiológicas 1-52, 2024

Según el comportamiento demográfico y social del evento, el 100,0 % de los casos son para gestantes - sexo "femenino". Según el grupo de edad que registró mayor proporción de casos, fue de 25 a 29 años con 32,7 %;



Seguido de grupos de edad de 15 a 19 años con el 25,0 % del total de casos. El 78,8 % de los casos pertenecen al régimen “Subsidiado”; por pertenencia étnica el 92,3 % se notificaron en “otros grupos poblacionales”, y 5,8 % a grupo a “indígenas – “AWA, INGA y MURUY”. El 76,9 % de los casos notificados, son de procedencia “cabecera municipal”. El 84,6% de los casos tiene nacionalidad Colombia y el 15,4 % restante nacionalidad Venezuela (Tabla 2).

Tabla 2 Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis gestacional, Putumayo semanas epidemiológicas 1-24, 2025

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	52	100,0
Grupo de edad	10 a 14 años	0	0,0
	15 a 19 años	13	25,0
	20 a 24 años	17	32,7
	25 a 29 años	10	19,2
	30 a 34 años	7	13,5
	35 a 39 años	3	5,8
	40 a 44 años	2	3,8
Tipo de Régimen	Contributivo	6	11,5
	Excepción	1	1,9
	No Afiliado	4	7,7
	Subsidiado	41	78,8
Pertenencia Étnica	Indígena	3	5,8
	Afrocolombiano	1	1,9
	Otro	48	92,3
Procedencia	C. Municipal	40	76,9
	Centro Poblado	1	1,9
	Rural Disperso	11	21,2
Nacionalidad	Colombia	44	84,6
	Venezuela	8	15,4

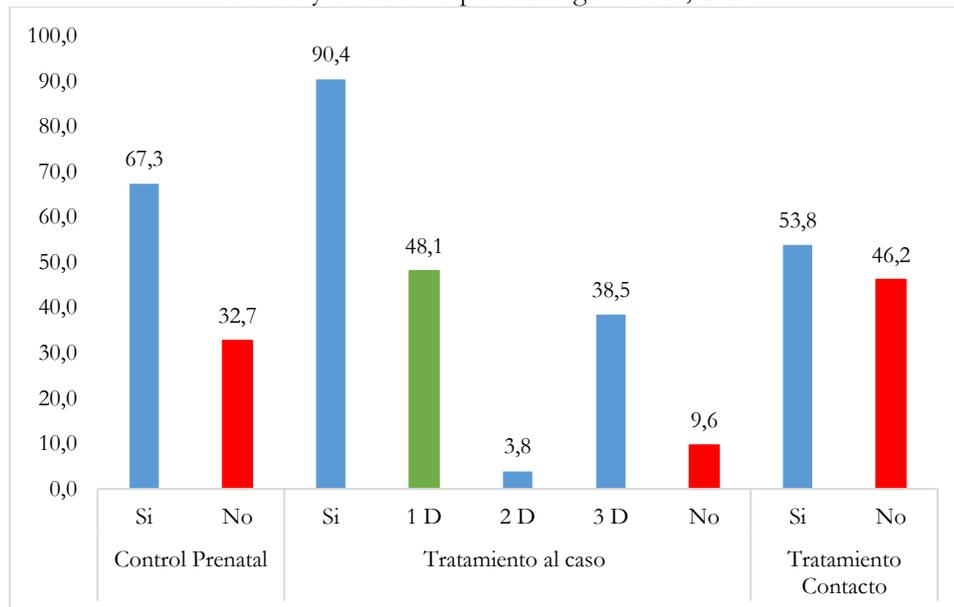
Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

4.1.1.4 Comportamiento de Atención Gestantes

Respecto al comportamiento de atención en gestantes en el Departamento de Putumayo con corte a semana epidemiológica 24/2025; se observa que el 67,3 % de las gestantes asistieron a control prenatal. De las gestantes atendidas, el 90,4 % han recibido tratamiento; dentro de este grupo; 48,1 % de las pacientes han recibido una primera dosis de tratamiento de penicilina benzatínica; el 3,8 % dos dosis y el 38,5 % de las gestantes registra un tratamiento completo, con 3 dosis PBZ. El 53,8 % de las parejas de las gestantes han recibido tratamiento y el 46,2 % de los contactos de las gestantes no han recibido tratamiento (Gráfico 2).



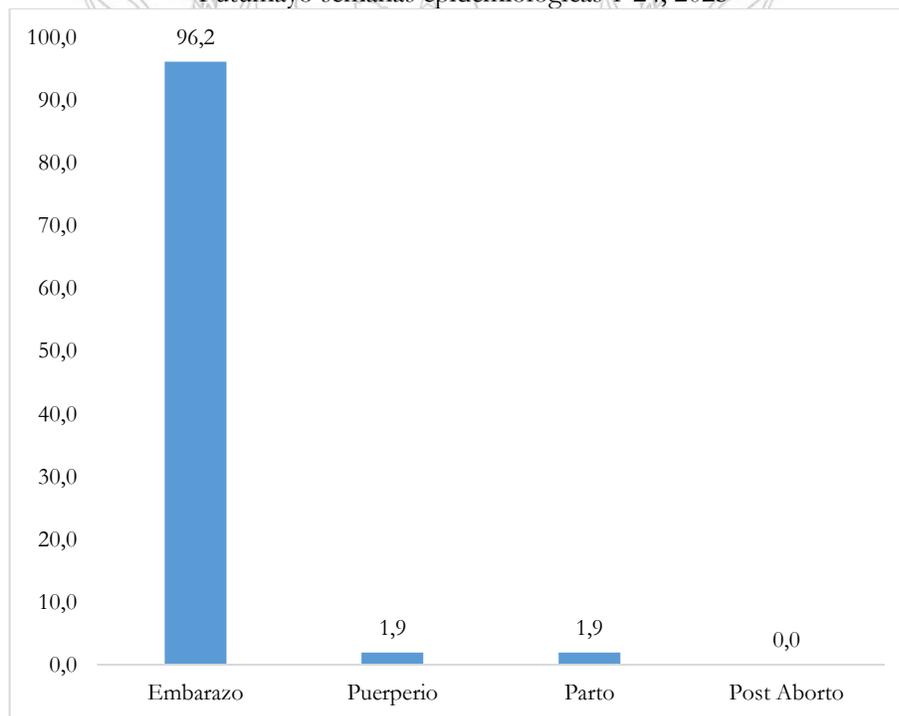
Gráfica 1 Comportamiento de Atención Gestantes,
Putumayo semanas epidemiológicas 1-24, 2025



Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

La condición de la gestante al momento del diagnóstico del evento sífilis gestacional, se presenta durante la gestación (96,2 %), durante el puerperio (1,9 %) y durante el parto (1,9 %)

Gráfica 3 Condición al momento del diagnóstico,
Putumayo semanas epidemiológicas 1-24, 2025



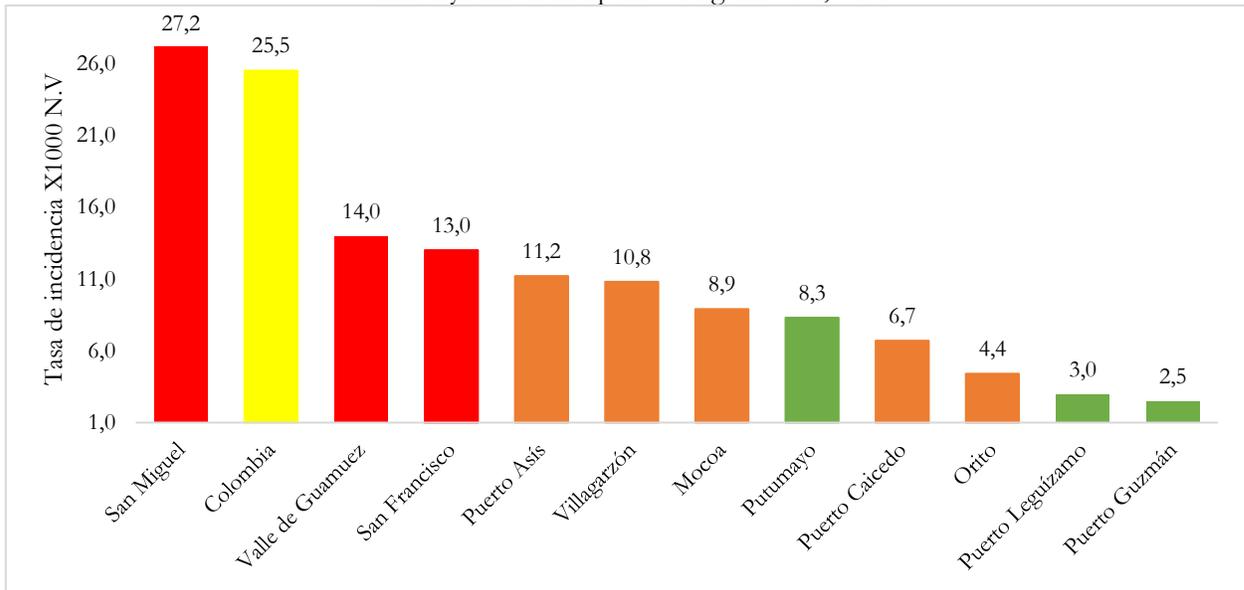
Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025



4.1.1.5 Razón de prevalencia de sífilis gestacional por entidad territorial de residencia, Putumayo semanas epidemiológicas 1-24, 2025

La razón de prevalencia departamental de sífilis gestacional es de 8,3 casos por 1.000 nacidos vivos; a nivel nacional es de 25,5 casos por 1.000 nacidos vivos. Los municipios que se encuentran por encima del valor departamental; está en primer lugar el municipio de San Miguel con 27,2 casos; seguido del municipio de Valle de Guamuez con 14,0 casos; seguido de San Francisco, Puerto Asís, Villagarzón y Mocoa con prevalencias entre 13,0 y 8,9 casos por 1.000 nacidos vivos respectivamente. Los municipios de Leguízamo y Puerto Guzmán tienen valores de prevalencia más bajas entre 3,0 y 2,5 por cada 1.000 nacidos vivos (Gráfica 4).

Gráfica 4 Razón de prevalencia de casos de sífilis gestacional.
Putumayo semanas epidemiológicas 1-24, 2025



Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

Según la distribución de casos por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); Emssanar representa el 50,0% (n=26), Mallamas representa el 19,2% (n=10); seguido Nueva EPS con el 15,5% (n=8), Usuarías NO afiliadas con 7,7% (n=4), AIC con 1,9% (n=1) y Cajacopi con 1,9% con (n=1) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los casos de Sífilis gestacional por EAPB, Putumayo, 2025.

Aseguradora	Casos	%
Emssanar	26	50,0
Mallamas	10	19,2
Nueva Eps	8	15,4
No afiliado	4	7,7
AIC	1	1,9
Cajacopi	1	1,9
Total	52	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025



De las gestantes que tuvieron control prenatal, (n=35) y que iniciaron en el primer trimestre de gestación; 24 de ellas se les realizó prueba treponémica y 24 prueba no treponémica en este mismo trimestre que corresponde al 46,2 % respectivamente. El 9,6 % de las gestantes iniciaron su control prenatal en el segundo trimestre, y se realizó a 5 gestantes la prueba treponémica y no treponémica este mismo trimestre. Y finalmente el 11,5 % de las gestantes iniciaron el control prenatal en el tercer trimestre (sem 28 a 42). Según base de datos, se registran 17 gestantes que equivale a 31,7 % que no registra edad gestacional para inicio de control prenatal (Tabla 4).

Tabla 4. Edad gestacional al inicio del CPN y a la toma de pruebas de laboratorio en los casos de sífilis gestacional, Putumayo, SE1-24 2025.

Edad Gestacional	Inicio Control Prenatal		Toma Prueba Treponémica		Toma Prueba NO Treponémica	
	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	24	46,2	24	46,2	24	46,2
Segundo trimestre (Sem 14-27)	5	9,6	5	9,6	5	9,6
Tercer trimestre (Sem 28-42)	6	11,5	6	11,5	6	11,5
Sin Dato	17	32,7	17	32,7	17	32,7

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

Para el evento “Sífilis Gestacional”, dentro de la metodología Poisson por municipio de “Residencia” se evidencia el siguiente comportamiento a SE24 de 2025; el análisis acumulado comprende desde la semana 1 a la semana epidemiológica 24 (18 de mayo a 14 de junio de 2025); se encontró que los 11 municipios presentan un comportamiento ESTABLE; a excepción del municipio de San Miguel y Mocoa y de igual manera el Departamento de Putumayo que presenta un comportamiento al INCREMENTO (Tabla 5).

Tabla 5. Metodología de análisis Poisson Acumulada a SE24 de 2025.
Sífilis Gestacional

MUNICIPIOS	Observado	Esperado	RAZÓN	POISSON	Análisis
Colón	0	0	0,00	0,00	Estable
Mocoa	8	5	1,74	0,05	Incremento
Orito	3	5	0,65	0,16	Estable
Puerto Asís	12	12	0,97	0,11	Estable
Puerto Caicedo	2	2	0,91	0,27	Estable
Puerto Guzmán	2	3	0,67	0,22	Estable
Leguizamo	2	2	1,00	0,27	Estable
San Francisco	1	0	0,00	0,00	Estable
San Miguel	10	5	1,85	0,03	Incremento
Santiago	0	1	0,00	0,37	Estable
Sibundoy	0	1	0,00	0,37	Estable
Valle del Guamuez	7	6	1,13	0,14	Estable
Villagarzón	5	5	1,09	0,17	Estable
PUTUMAYO	52	45	1,16	0,03	Incremento

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

4.2 Vigilancia epidemiológica de Sífilis congénita

4.2.1. Vigilancia epidemiológica Sífilis congénita

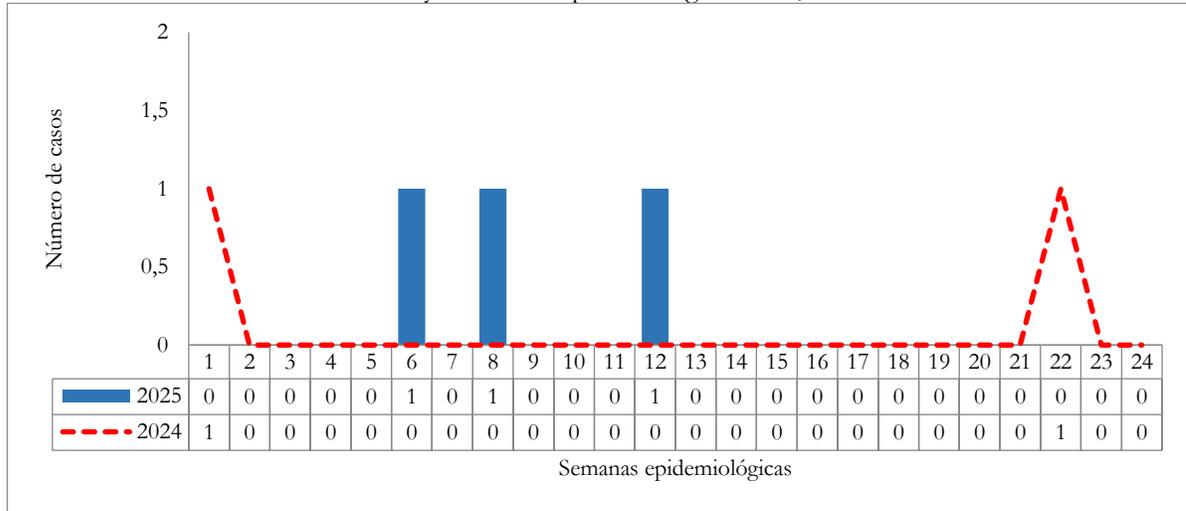
4.2.1.1 Tendencia de Infección de Sífilis congénita





Hasta la semana epidemiológica 24 de 2025, se ha notificado al Sivigila 3 casos de sífilis congénita, a la misma semana epidemiológica 24 de 2024 se notificó 2 casos, con decremento del 50,0 % de los casos para el año 2025 (Gráfica 5).

Gráfica 5 Tendencia de sífilis congénita años 2024 y 2025.
Putumayo semanas epidemiológicas 1-24, 2025



Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

4.2.1.2 Proporción de casos de sífilis congénita por municipio de residencia.

Según la proporción de casos de sífilis congénita a semana 24 de 2025, se presentan 3 casos; un caso respectivamente en el municipio de Valle de Guamuez, San Miguel y San Francisco, aportando el 100,0 % del total de casos en el departamento (Tabla 6). Se registra un caso de mortalidad para este evento de residencia municipio de San Francisco en la SE08/2025.

Tabla 6 Proporción de casos de sífilis congénita Putumayo,
a semana epidemiológica 24 de 2025

Municipio	Casos	%
Valle de Guamuez	1	33,3
San Miguel	1	33,3
San Francisco	1	33,3
Total	3	100,0

5 Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

6

6.2.1.2 Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis congénita

Según el comportamiento demográfico y social del evento, la mayoría de los casos se presentan en recién nacido de sexo femenino (66,7 %) y otro caso en recién nacido de sexo masculino (33,3 %); con régimen de afiliación “Subsidiado”; de pertenencia étnica “otro grupo poblacional”. Los casos notificados son de procedencia “cabecera municipal; con el 66,7 % de los casos y el 33,3 % de zona rural dispersa. Uno de los casos notificados con residencia en el municipio de S. Francisco fallece y dentro de sus casusas registra sífilis congénita, caso que procedía de zona rural dispersa del municipio en mención. Los 3 casos son de nacionalidad colombiana (Tabla 7).



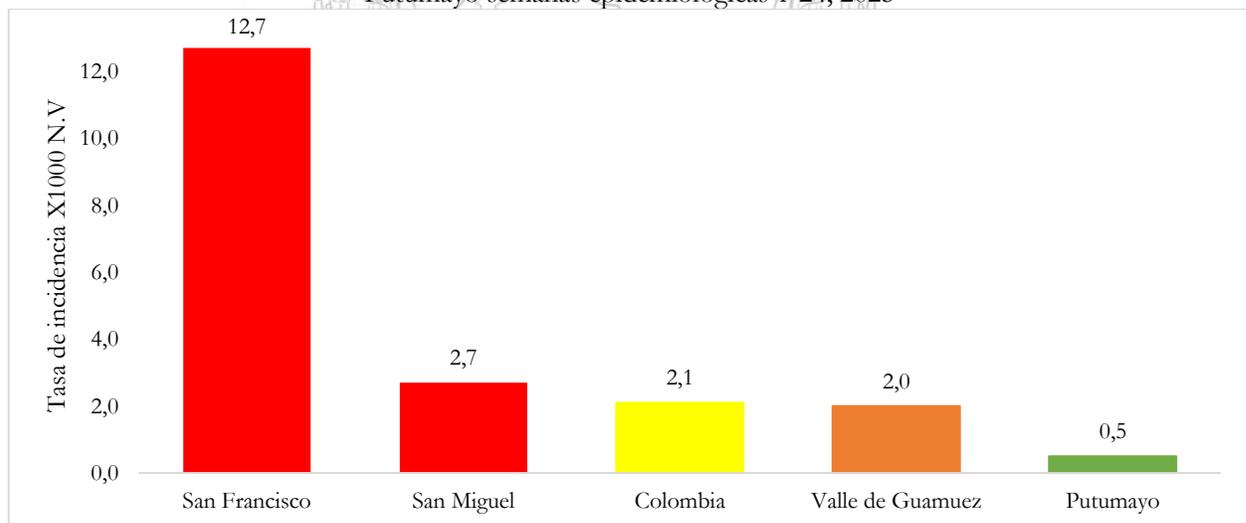
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	1	33,3
	Femenino	2	66,7
Tipo de Régimen	Subsidiado	3	100,0
P. étnica	Otro	3	100,0
	Afrocolombiano	0	0,0
Procedencia	C. Municipal	2	66,7
	Centro Poblado	0	0,0
	Rural Disperso	1	33,3
Condición final	Vivo	2	66,7
	Muerto	1	33,3
Nacionalidad	Colombia	2	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

4.2.1.3 Razón de prevalencia de sífilis congénita por municipio de procedencia

La razón de prevalencia a nivel departamental de sífilis congénita es de 0,48 casos por 1.000 nacidos vivo; y a nivel nacional de 2,6 casos por 1.000 nacidos vivos. La prevalencia a nivel departamental esta de la siguiente manera: para el municipio de San Francisco la prevalencia es de 12,66, San Miguel con prevalencia de 2,70 y para Valle de Guamuez es de 2,03 casos por 1.000 nacidos vivos (Gráfica 6).

Gráfica 6 Razón de prevalencia de casos de sífilis Congénita.
Putumayo semanas epidemiológicas 1-24, 2025



Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

En relación con la distribución de casos por EAPB: Mallamas registra 66,7% (n=2); y Emssanar registra 33,3% (n=1); y Nueva EPS registra 33,3% (n=3) (Tabla 8).



Tabla 8. Distribución de los casos de Sífilis congénita por entidades administradoras de planes de beneficios EAPB, Putumayo, 2025

Aseguradora	Casos	%
Mallamas	2	66,7
Emssanar	1	33,3
Total	3	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

De los casos notificados para sífilis congénita, 1 gestante (33,3 %) inició control prenatal en el segundo trimestre del embarazo (Sem 14-27), 2 casos (66,7 %) sin dato registrado para inicio de los controles prenatales en Sivigila. (Tabla 9).

Tabla 9. Edad gestacional al inicio del CPN de las madres de casos de sífilis congénita, Putumayo, SE52 2024.

Edad Gestacional	Inicio Control Prenatal	
	Nº casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	0	0,0
Segundo trimestre (Sem 14-27)	1	33,3
Tercer trimestre (Sem 28-42)	0	0,0
Sin Dato	2	66,7
Total	3	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

El 66,7 % de los casos notificados como sífilis congénita nacieron vivos, de ellos 66,7 % (n=2) nacieron entre la semana 37-42 (a término) y 33,3 % nació muerto (n=1) entre la semana 37-42 (a término) (Tabla 10).

Tabla 10. Edad gestacional al nacimiento de los casos de sífilis congénita, Putumayo, SE52 2024

Edad Gestacional Nacimiento	Inicio Control Prenatal	
	N. casos	%
22-27 semanas (inmaduro)	0	0,0
28-36 semanas (prematuro)	0	0,0
37-42 semanas (a término)	1	100,0
Total	3	100,0

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

Para el evento “Sífilis Congénita”, dentro de la metodología Poisson por municipio de “Residencia” se evidencia el siguiente comportamiento a SE24 de 2025; el análisis acumulado comprende desde la semana 1 a la semana epidemiológica 24 (18 de mayo a 14 de junio de 2025); teniendo en cuenta el acumulado el Departamento de Putumayo presenta un comportamiento ESTABLE. Se ha presentado 3 casos de sífilis congénita confirmada por nexo epidemiológico para el municipio de Valle de Guamuez, San Miguel y San Francisco (Tabla 11).





Sífilis Congénita

MUNICIPIOS	Observado	Esperado	RAZÓN	POISSON	Análisis
Valle del Guamuez	1	0	0,00	0,00	Estable
San Miguel	1	1	1,00	0,37	Estable
San Francisco	1	0	0,00	0,00	Estable
PUTUMAYO	3	4	0,83	0,21	Estable

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Putumayo, 2025

5. DISCUSION

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), entre las que se encuentra la sífilis, son consideradas como una de las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países, principalmente en los que se encuentran en vía de desarrollo. Las complicaciones afectan principalmente a mujeres y niños, en el caso de la sífilis, se estima que dos terceras partes de los embarazos de gestantes infectadas resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo (13).

Entre las estrategias fundamentales para lograr reducir los casos de sífilis gestacional y alcanzar la eliminación de la sífilis congénita, están la optimización de la cobertura, de la calidad de la atención de los servicios de salud y el fortalecimiento de la detección y tratamiento de los casos de sífilis, apoyada por el Ministerio de Salud y Protección Social con el programa y estrategia de Reducción de la transmisión perinatal de la sífilis congénita. Por lo anterior es fundamental el fortalecimiento de los procesos de atención y vigilancia de la sífilis en población general, de gestantes y de la sífilis congénita en el marco de los planes de beneficios en salud.

Para la eliminación de la sífilis congénita, se plantea como objetivo la necesidad de aumentar la cobertura de atención prenatal a más del 95,0%; sin embargo, el análisis de los datos muestra que algunas gestantes no acceden de manera temprana al control prenatal; y solo un 46,2% iniciaron controles durante el primer trimestre (sem 1- 13); el 9,6% en el segundo trimestre y 11,5% iniciaron controles en el tercer trimestre, siendo este un objetivo que debe ser mejorado. Cabe mencionar que los registros ingresados en Sivigila no aportan información acerca del nivel socioeconómico y educativo de las madres, dado que el bajo nivel educativo y la pobreza son considerados factores de riesgo para adquirir ITS en estos grupos vulnerables. En cuanto a la condición al momento del diagnóstico de la sífilis gestacional; muestra que se tiene un 96,2 % fue diagnosticado en el embarazo, y el 1,9% parto y puerperio (5,14).

Es importante establecer estrategias que garanticen la completitud del tratamiento definido al (los) compañeros sexuales de la gestante, de manera que se impacten los indicadores relacionados con la reinfección y la presencia de casos nuevos.

La sífilis congénita continúa siendo un problema crítico de salud pública en el departamento del Putumayo, reflejando no solo falencias en la detección y tratamiento oportuno de la sífilis gestacional, sino también debilidades en la articulación de los servicios de salud materno-infantil. A la semana epidemiológica 24 del año 2025, la razón de prevalencia acumulada de sífilis congénita fue del 0,48 %, una cifra que indica una persistencia del evento pese a su carácter prevenible; y los casos podrían haberse evitado mediante la implementación efectiva de pruebas tamizaje durante el control prenatal, el seguimiento oportuno de resultados positivos y el tratamiento adecuado tanto a la gestante como a su pareja. La identificación de barreras de acceso, desigualdad territorial en la oferta de servicios de laboratorio y debilidades en la calidad del control prenatal son factores que requieren atención inmediata. Desde la parte social y demográfico, se observa que los casos notificados se concentran en sectores poblacionales con mayores niveles de vulnerabilidad, lo cual refuerza la necesidad de intervenciones intersectoriales que aborden no solo el acceso al sistema de salud, sino también determinantes





Sociales como educación sexual, la planeación familiar y el seguimiento en zonas rurales y dispersas, así como mejorar la cobertura del tratamiento a las parejas sexuales, aspecto que frecuentemente se descuida y favorece la reinfección (5,15).

Por último, la presencia sostenida de sífilis congénita en Putumayo representa una señal de alerta que debe motivar una revisión estructural de los programas de salud sexual y reproductiva, priorizando acciones integrales desde el primer nivel de atención hasta el componente de vigilancia epidemiológica. (16).

6. CONCLUSIONES

- La sífilis gestacional continúa siendo un evento prioritario en salud pública, con una prevalencia significativa que requiere intervenciones focalizadas para su reducción.
- La mayor proporción de casos se concentra en población afiliada al régimen subsidiado, lo cual sugiere una relación con determinantes sociales de salud como el acceso limitado a servicios oportunos y de calidad.
- La sífilis congénita persiste como un evento prevenible que refleja fallas en la captación, tamizaje y seguimiento adecuado de gestantes durante el control prenatal.
- Se identifican debilidades en la calidad del registro de información en los sistemas de vigilancia, particularmente en variables esenciales para el análisis, como el inicio del control prenatal.
- La presencia de casos de sífilis congénita representa una alerta para el sistema de salud, que demanda fortalecer las acciones de detección temprana, tratamiento oportuno y seguimiento integral desde el primer nivel de atención.
- Se requiere fortalecer la articulación entre los componentes de vigilancia, salud pública y prestación de servicios, garantizando que el abordaje de la sífilis se realice de manera integral, con enfoque diferencial, particularmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad.

7. RECOMENDACIONES

Es fundamental incrementar y garantizar el tratamiento y seguimiento al 100 % de los casos de sífilis gestacional, así como el diagnóstico a los contactos, para evitar posteriores infecciones y reducir la incidencia de casos de sífilis congénita; y que las gestantes con sífilis gestacional por lo menos tengan cuatro controles prenatales durante la gestación. Es necesario la atención prenatal temprana para todas las mujeres, con tamizaje sistemático de la sífilis y tratamiento inmediato de las infectadas.

Cortar la cadena de transmisión de la sífilis en las gestantes, el feto, su compañero y/o sus contactos sexuales; y seguridad de las intervenciones para la detección, tratamiento y prevención de la reinfección de estas pacientes. El tratamiento de todas las parejas sexuales de las mujeres infectadas, la promoción de uso de preservativos durante el embarazo y el asesoramiento a todas las mujeres sobre cómo prevenir la infección.

Se debe continuar el proceso de articulación y fortalecimiento de los programas materno perinatal, salud sexual y reproductiva y vigilancia buscando generar procesos que promuevan capacidades individuales, familiares, institucionales y sociales para proteger el desarrollo integral de la Salud materno- Infantil.

Fortalecer la aplicación en todas las UPGD, protocolo de vigilancia en salud pública para sífilis gestacional y congénita del Instituto Nacional de Salud enfocado en las definiciones de caso, y así mejorar la notificación en UPGD; además que estas dispongan de las pruebas treponémicas rápidas y sea diagnosticada durante la primera consulta de control prenatal.





Mejorar la calidad del dato notificado, en las variables de laboratorios con los que son reportados los casos de sífilis gestacional que garanticen que cumplan con la definición de caso; y en caso de sífilis congénita; realizar las unidades de análisis institucionales para descartar o confirmar que cumplan con la definición de caso.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galvis A, Arrieta A. (2020). Congenital Syphilis: A U.S. Perspective. *Children (Basel)*, 7(11), 203. <https://doi.org/10.3390/children7110203>
2. Instituto Nacional de Salud – INS. (2022). Protocolo de vigilancia en salud pública: Sífilis gestacional y congénita. Bogotá: INS. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Sifilis%20Gestacional_Congenita%202022.pdf
3. Gaitán-Duarte H, González-Montero C, Beltrán-Sánchez C, Prada E, Rivera D. La salud sexual y reproductiva como prioridad para la recuperación de servicios esenciales en salud durante y después del COVID-19. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* 2021;72(1):45–54. <https://doi.org/10.18597/rcog.3765>
4. Gaitán H, Páez C, Rivera D, Ángel E, Estrada S, Cifuentes M, et al. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2014. p. 1-57. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-guia-corta-sifilis.pdf>
5. Los casos de sífilis aumentan en las Américas. 22 Mayo 2024 Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/22-5-2024-casos-sifilis-aumentan-americas>
6. Tsuboi M, Evans J, Davies EP, Rowley J, Korenromp EL, Clayton T, et al. Prevalence of syphilis among men who have sex with men: a global systematic review and meta-analysis from 2000 to 2020. *Lancet Glob Health.* 2021 Aug;9(8):e1110–e1118. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00221-7. Epub 2021 Jul 8. PMID: 34246332; PMCID: PMC9150735.
7. Organización Mundial de la Salud. Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections 2022–2030. Ginebra: OMS; 18 de julio de 2022.
8. Valderrama, J., Zacarías, F., & Mazin, R. (2004). Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16, 211–217. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892004000900012>
9. Instituto Nacional de Salud. (2011). Informe de la Red Nacional de Bancos de Sangre 2004–2011. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/direcciones/redessaludpublica/donacionsangre/areasestrategicas/forms/allitem.aspx>
10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Hepatitis. [Internet]; 2024. Disponible en: Página institucional del Ministerio de Salud y Protección Social sobre hepatitis y su control en Colombia
11. Pan American Health Organization. Orientaciones para la eliminación de la sífilis congénita en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2024 Oct 2. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-eliminacion-sifilis-congenita-americas>
12. Heymann DL, editor. Control of Communicable Diseases Manual. 21.ª edición. Washington, D.C.: American Public Health Association (APHA); 2022. ISBN: 9780875533230. Disponible en: <https://www.apha.org>





GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO

13. 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. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>
14. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV, syphilis and hepatitis B" (2021). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039364>
15. Eliminating mother-to-child transmission of syphilis: A review of global progress Sexually Transmitted Infections, 93(S4): S65–S68. DOI: 10.1136/sextrans-2016-053396
16. Avances y retos en la eliminación de la sífilis congénita en Colombia. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 73(3):205–217. DOI: 10.18597/rcog.3949

Elaborado por: Ana Lucya Legarda Ceballos. PE Área de Epidemiología SSD

Revisado por: Andrea Paola Morillo Gómez, PE Área de Epidemiología SSD

