



FACTORES ASOCIADOS A LA SÍFILIS GESTACIONAL EN MUJERES COLOMBIANAS Y VENEZOLANAS QUE RECIBEN ATENCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD EN SALUD, EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER

FACTORS ASSOCIATED WITH GESTACIONAL SYPHILIS IN COLOMBIAN AND VENEZUELAN WOMEN WHO RECEIVE ATTENTION IN HIGHLY COMPLEX HEALTH INSTITUTION, IN THE NORTH OF SANTANDER DEPARTMENT.

Para citar este artículo:

García B., Cubillos C. (2021). Factores asociados a la sífilis gestacional en mujeres colombianas y venezolanas que reciben atención en una institución de alta complejidad en salud, en el departamento de norte de santander. *Revista cuidado y ocupación humana vol.10-1.*

Brigitt Nathaly García Sánchez*
correo: briggitt.garcia@urosario.edu.co
Christian Camilo Cubillos Romero**
correo: crhistian.cubillos@urosario.edu.co

RESUMEN

Este trabajo que tiene como objetivo identificar los factores asociados a la transmisión de sífilis gestacional en mujeres colombianas y venezolanas que recibieron atenciones en salud, en una institución de referencia de Norte de Santander, 2017 - 2018. Se usaron materiales y métodos como el estudio analítico, tipo casos y controles relación 1:2. Se realizó análisis estadístico para estimar los odds ratio (OR) y la asociación. Arrojando como resultados: Fueron estudiados 30 casos confirmados de sífilis gestacional y 60 controles. En la población incluida en el estudio se encontró que el 54,4% son venezolanas. Dentro de las variables sociodemográficas, son significativamente estadísticas el hecho de convivir con la pareja y la situación laboral de la mujer gestante con OR de 31 (IC=3.9–242.4). Frente a las variables obstétricas, se identificó significancia estadística en el número reducido de controles prenatales (OR: 11,46; IC=1.44-90.9), el antecedente de enfermedades de transmisión sexual (OR: 70,5; IC=16.3–304.9) y tener entre tres/cuatro compañeros sexuales previos (OR: 12,5; IC=1.87–83.6). Con respecto a las variables del sistema de salud, se identifica dificultad para acceder a los servicios de salud (OR: 8,0; IC=2.82–22.70). En lo que concierne a las variables de implementación de la Guía de práctica clínica, no recogieron sus resultados en el IPS, presentaron un OR de 27.273 (95%; IC=3.16-235.02). Se concluyó que la población migrante presenta mayor actividad sexual y pareciera tener menores conocimientos ETS; en el análisis multivariado, se encontró que la labor remunerada, el no contar con acceso a los servicios de salud, y la barrera para conseguir cita explican alta transmisión.

PALABRAS CLAVES: Sífilis , sífilis congénita, sífilis latente, sífilis terciaria, diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT

The objective of this study is to identify the factors associated with the transmission of gestational syphilis in Colombian and Venezuelan women who received health care in a referral institution in Norte de Santander, 2017 - 2018. Where materials and methods were used as the analytical study, type cases and controls ratio 1:2. Statistical analysis was performed to estimate the odds ratio (OR) and the association. Results: 30 confirmed cases of gestational syphilis and 60 controls were studied. In the population included in the study it was found that 54.4% were Venezuelan women. Among the sociodemographic variables, cohabitation with the partner and the employment status of the pregnant woman were statistically significant, with an OR of 31 (CI=3.9-242.4). With respect to obstetric variables, statistical significance was identified in the reduced number of prenatal controls (OR: 11.46; CI=1.44-90.9), the history of sexually transmitted diseases (OR: 70.5; CI=16.3-304.9) and having three/four previous sexual partners (OR: 12.5; CI=1.87-83.6). With respect to the health system variables, difficulty in accessing health services was identified (OR: 8.0; CI=2.82-22.70). Regarding the variables related to the implementation of the Clinical Practice Guidelines, they did not collect their results in the IPS, and presented an OR of 27.273 (95%; CI=3.16-235.02). In the multivariate analysis, it was found that paid work, not having access to health services, and the barrier to get an appointment explain the high transmission of STDs.

KEYWORDS: Latent syphilis, pregnancy, emigration and immigration, congenital syphilis, latent syphilis.



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo permitió identificar las características asociadas al evento de sífilis gestacional en el contexto de la situación migratoria que actualmente se presenta en la región fronteriza de Norte de Santander y el incremento de los casos de sífilis en dicha región. Las pacientes gestantes de nacionalidad colombiana y venezolana no contaban con diagnóstico temprano de sífilis, dado a dificultades en el aseguramiento en salud.

En el 2016 se identificó un incremento en el número de casos de gestantes con confirmación del diagnóstico de sífilis que cuenta con un centro de atención hospitalaria de referencia de alta complejidad para el departamento. De tal forma, se realizó un estudio de casos y controles, mediante el cual se buscó generar informaciones sistemáticas locales sobre temáticas coyunturales en el contexto departamental, regional y nacional frente al diagnóstico, y seguimiento de las enfermedades de transmisión sexual, así como el acceso a servicios de salud. Desde el punto de vista económico, la realización de este proyecto fue viable, debido que planteó un diseño de búsqueda activa en el área de atención hospitalaria, para ello se aplicó un diseño observacional a través de un estudio de casos y controles, donde se identificó los factores de mujeres gestantes o durante el puerperio y su asociación con el evento de sífilis gestacional.

Específicamente se quiso buscar: 1) Describir los factores sociodemográficos, del entorno de la gestante, del sistema de salud e implementación de la guía práctica clínica en la población del estudio. 2) Identificar la asociación entre los casos de sífilis gestacional y los factores sociodemográficos. 3) Clasificar la asociación entre los casos de sífilis gestacional y los factores del entorno de la gestante. 4) Analizar la asociación entre los casos de sífilis y los factores provenientes del sistema de salud. 5) Determinar la asociación entre los casos de sífilis y los criterios de implementación de la guía de práctica clínica de sífilis institución de referencia de Norte de Santander que expliquen la sífilis gestacional. 6) Establecer cuales factores sociodemográficos, del entorno de la gestante, del sistema de salud, de los criterios de implementación de la Guía de práctica clínica

de sífilis en una institución de referencia de Norte de Santander, y la manera en la que explican el evento de sífilis gestacional en la población de estudio.

Se planteó que si existe relación entre los factores sociodemográficos, del entorno de la gestante, del sistema de salud e implementación de la guía práctica clínica con la transmisión de sífilis gestacional en mujeres colombianas y venezolanas que reciben atención en la institución referencia en el departamento fronterizo de Norte de Santander.

METODOLOGÍA

Materiales y métodos

El enfoque metodológico de la presente investigación es cuantitativo dado que se aplicaron medidas estadísticas para el análisis de los datos (frecuencias, análisis bivariado y multivariado). El estudio es observacional, analítico, tipo casos y controles. Se establecieron los factores de exposición socio demográficos, del entorno de la gestante, del sistema de salud y de la implementación de la guía práctica clínica, los cuales se podrían relacionar con el desenlace.

Este proceso se realizó de forma mixta. La fuente primaria de información se obtuvo a través de la aplicación de un cuestionario en línea, por otra parte, la fuente secundaria correspondió a información de historia clínica. Las herramientas empleadas en la captura de la información contaron con el siguiente procedimiento: Se inició con la revisión del censo del área de ginecología, así como del reporte de laboratorio de las pruebas treponémicas, mediante el acceso a la base de datos definida para el manejo de los casos de sífilis gestacional en el año 2017 y 2018.

Muestreo y recolección de pacientes

La captura de la información se realizó, posterior a la lectura y aprobación del consentimiento informado por parte de las voluntarias que aceptaron participar, mediante el diligenciamiento de un formulario en línea asesorado

Para la revisión de las historias clínicas, se evaluó la ficha de notificación al SIVIGILA registrada al momento de ingresó al hospital.



Como fuente de información primaria, se aplicó el formulario denominado “Detección prenatal de VIH y sífilis en República Dominicana”, el cual fue desarrollado y validado por la DIGECITSS, el COPRESIDA y el CENISMI en colaboración con UNICEF, ONUSIDA, OPS y la Universidad de Harvard. Se obtuvo la autorización vía correo electrónico por parte del Lic. Leonardo Castillo.

Población

El Universo son las mujeres en periodo de gestación o puerperio residentes en el departamento de Norte de Santander, durante el año 2017 y 2018. La población a selección fue las mujeres en periodo de gestación o puerperio que asisten a servicios de ginecología u Hospitalización en el Hospital en una institución de referencia, de la ciudad de Cúcuta.

Las mujeres elegibles estos casos fueron mujeres en periodo de gestación o puerperio con resultado positivo de la prueba treponémica rápida como indicador de la unidad generadora de datos sífilis gestacional, identificada en los servicios, con 2 controles respectivos.

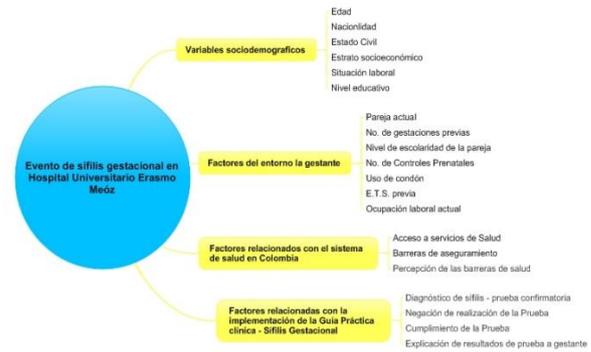
El cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para la comparación de dos proporciones requeridas en el presente estudio de casos y controles, se necesitaría un grupo de n=25 casos (pacientes con el evento de sífilis gestacional) y 50 controles para llevar a cabo la presente investigación.

El emparejamiento de los casos y controles se realizará de tipo individual (datos emparejados), es decir el control elegido es similar al caso de acuerdo al criterio de la edad cronológica (años).

Variables del estudio.



Variables clasificadas.



Entre las variables de confusión: Falso positivo por mala técnica de laboratorio, títulos antiguos de adquisición de la enfermedad con tratamiento. Si se presenta algún antecedente de enfermedad de transmisión sexual tales como VIH, otras ETS hepatitis B, herpes, virus de papiloma humano o condilomas.

Sus variables de interacción se podrían atribuirse al antecedente de parejas sexuales antes del embarazo actual y/ al no uso de métodos anticonceptivos de protección.

Presencia de mujeres gestantes de nacionalidad venezolana que intentan realizar suplantación, presentando un documento de identidad que no corresponde al asignado, en busca de atención en salud por parte de instituciones colombianas. Se presentó robo de protocolo de investigación. Las fuentes principales que pueden generar error sistemático, así se minimizaron el impacto sobre los resultados.

Sesgo de selección: Se controló en la parte de selección de los casos: Los casos fueron seleccionados de población que recibe atenciones en una unidad complementaria en la ciudad de Cúcuta (Servicios de Ginecología y/u Hospitalización), haciendo mención que los resultados obtenidos no se generalizan para otro tipo de instituciones o centros hospitalarios, debido que el factor de riesgo puede ser exclusivo de la población que acudió a la Unidad Complementaria.

Selección de los controles, se controló las pacientes seleccionadas, fueron captadas en los servicios de Ginecología u Hospitalización, en donde no presentaron enfermedades de transmisión sexual. En el momento de selección



de un caso, fueron elegidas dos pacientes que no contaran con el evento.

Se intervino el Sesgo de Berkson, minimizando los efectos de dicho sesgo, al incluir como casos y controles, pacientes gestantes que acudieron a los Servicios. En segundo lugar el tiempo de la enfermedad, infección reciente o reinfección. Fueron seleccionados casos incidentes, Dicha información fue obtenida mediante los resultados de las pruebas de laboratorio definidas y la historia clínica. Se cumplió con la definición de caso. Se contó con el reporte de la prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva, de tal forma que el caso de sífilis gestacional fue confirmado. De igual manera, se realizó revisión de la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.

Los casos “falsos positivos”, cuando se presentó un resultado de prueba treponémica rápida positiva, pero este no fue confirmado o la prueba no treponémica reactiva presentó resultados negativos, se procedió a no incluir dicho sujeto como un caso.

Sesgo de información: Sesgo de recuerdo, se vigiló dentro de las preguntas formuladas a los casos y controles, se contemplan hechos o condiciones recientes, conexas al embarazo actual. Alguna información correspondiente a antecedentes obstétricos fue confirmada mediante revisión de la historia clínica de la paciente.

La privacidad al momento de realizar la entrevista la información (caso o control), estuviera en condiciones adecuadas para responder y que los datos suministrados fueran confiables.

Con respecto a preguntas personales acerca del número de parejas sexuales, uso de preservativo, etc., se optó por emplear un dispositivo electrónico, en donde las mujeres diligenciaron la información de manera anónima, de tal forma que no se vieran forzadas o juzgadas.

Sesgo de confusión: Este sesgo se intervino con la captura y diligenciamiento, durante la fase de recolección de la información, se empleó un formulario en línea, con explicación previa y

sencilla de modo selección única el cual requirió el diligenciamiento de todas las variables establecidas y era específico para cada sujeto incluido en el estudio. Manejando de forma privada el registro de sus conductas de riesgo.

Presencia de variables confusoras, al realizar el análisis multivariado, se pudo establecer las posibles variables confusoras en el modelo (en las categorías de acceso a servicios de salud, otras barreras).

En el proceso de metodología estadística, las entrevistas estructuradas fueron recopiladas a través de la base de datos generada en “Formularios”, la cual posteriormente fue exportada al software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25,0, el cual cuenta con autorización y licencia otorgada a la Universidad del Rosario.

Para el caso de las variables cuantitativas (edad, número de parejas sexuales, número de controles prenatales) se empleó la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov, la variable con normalidad, se reportó la media y la desviación estándar, si la variable no presentó normalidad, mediana y los intervalos de confianza como medidas estadísticas. En el caso de las variables cualitativas, se empleó la distribución de frecuencias y porcentajes.

Con el fin de evaluar la asociación entre la variable de (transmisión de sífilis gestacional y cada una de las variables de los factores), se seleccionaron las respectivas categorías a las cuales se halló la distribución entre los casos y los controles, a la vez, se determinaron los Odds Ratio crudos e Intervalos de confianza del 95% mediante el estadístico χ^2 (chi cuadrado) con su respectivo valor P.

Por tal motivo, y cimentados en los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, proporciona la base para el razonamiento y la orientación a sus acciones de método para investigar la salud entre sus objetivos está la detección temprana de enfermedad de transmisión sexual para evitar afectaciones como las malformaciones congénitas en la vida fetal (42).

Este estudio se toman los valores éticos de: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y



la justicia. Es el "deseo de promover un buen tratamiento a las personas". Tiene por lo tanto una dimensión más social, que implica la búsqueda de una equitativa distribución de los recursos (25). Según lo acordado en la declaración de Helsinki el propósito principal de esta investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. El deber del investigador es proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investiga.

Esta investigación aplica a la forma sin Riesgo de la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud de Colombia “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. Permite proporcionar la atención médica necesaria, a través de la cooperación internacional, dirigida a países que acogen y reciben a un gran número de migrantes, brindar atención adecuada y coordinada a la población migrante(49).

Para efecto de la realización de la presente investigación, fue solicitada la autorización al comité de ética en investigación del Hospital Universitario Erasmo Méoz E.S.E., con la correspondiente aprobación mediante radicado 2018-136002759-1. De tal manera, la propuesta de investigación cumplió todos los requisitos estipulados en el capítulo II artículo 60 de la Resolución 8430 de 1993.

RESULTADOS

La investigación fue realizada en 90 pacientes gestantes o en puerperio, de las cuales 30 tenían diagnóstico de sífilis, las cuales para efectos del presente documento serán denominadas “casos”.

Descripción de los factores de la población del estudio.

Características sociodemográficas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población del estudio.

| Variable | No. | % | |
|----------------------------|--|-------|-------|
| Nacionalidad | Colombiana | 41 | 45,6% |
| | Venezolana | 49 | 54,4% |
| Edad | 14 a 17 años | 25 | 27,8% |
| | 18 a 26 años | 54 | 60,0% |
| | 27 a 59 años | 11 | 12,2% |
| Estado Civil | Casada | 6 | 6,7% |
| | Unión libre | 55 | 61,1% |
| | Separada | 2 | 2,2% |
| | Viuda | 4 | 4,4% |
| | Soltera | 23 | 25,6% |
| Estrato Socioeconómico | Uno | 73 | 81,1% |
| | Dos | 12 | 13,3% |
| | Tres | 3 | 3,3% |
| | Cuatro | 1 | 1,1% |
| | Cinco | 1 | 1,1% |
| | Seis | 0 | 0,0% |
| Escolaridad de la Gestante | Ninguna | 1 | 1,1% |
| | Preescolar y primaria | 19 | 21,1% |
| | Secundaria, Técnico, Universidad o Postgrado | 70 | 77,8% |
| | Situación Laboral | | |
| Asalariado e Independiente | 32 | 35,6% | |
| Ama de casa o estudiante | 58 | 64,4% | |

Fuente: autores (2018)

La población incluida en el estudio se encuentra que el 54,4% son mujeres venezolanas. La media de edad fue de 21,4 años (DE: 4,6). Frente al estado civil, el 61,1% viven en unión libre, seguido por soltería con 25,6%. El 81,1% de las mujeres participantes en el estudio pertenecen al estrato socioeconómico uno. Con respecto al nivel de escolaridad de la mujer, el 1,1% no tenían ningún nivel de escolaridad, por su parte el 21,1% cursaron nivel de básica primaria, y el 77,8% cursaron los niveles de secundaria, técnico, tecnológico o universitaria.

Características de la gestante.

Tabla 2. Características de la gestante.

| Variable | No. | % | |
|----------------------------------|---|-------|-------|
| No. Controles Prenatales | Menor o igual a 4 CPN | 72 | 80,0% |
| | mayor a 4 CPN | 18 | 20,0% |
| Método anticonceptivo de Barrera | Si | 14 | 15,6% |
| | No | 76 | 84,4% |
| Antecedentes ETS | Si | 33 | 39,8% |
| | No | 50 | 60,2% |
| Compañero sentimental | Si | 62 | 68,9% |
| | No | 28 | 31,1% |
| Pareja en vida familiar | Si | 51 | 56,7% |
| | No | 39 | 43,3% |
| Escolaridad de pareja | Ninguna | 5 | 5,6% |
| | Preescolar y primaria | 17 | 18,9% |
| | Secundaria, Técnico, Universidad o Postgrado | 68 | 75,6% |
| | Numero de compañeros sexuales previos al embarazo | | |
| Ninguno | 30 | 33,3% | |
| Uno | 16 | 17,8% | |
| Dos | 18 | 20,0% | |
| Tres | 13 | 14,4% | |
| Cuatro | 7 | 7,8% | |
| Cinco o más | 6 | 6,7% | |
| Actividad Laboral | Ama de Casa | 73 | 81,1% |
| | Auxiliar de secretaria | 1 | 1,1% |
| | Comercio (Ventas) | 11 | 12,2% |
| | Zapatería y modistería | 2 | 2,2% |
| | Manicurista | 1 | 1,1% |
| | Prostitución | 1 | 1,1% |
| | Técnica en Docencia | 1 | 1,1% |

Fuente: autores (2018)

Se expresa que el 80% de frecuencia de gestantes con menos o igual a 4 controles prenatales. El 84,4% de las mujeres incluidas en el estudio no utilizaron preservativo de barrera como medio de protección. Aproximadamente



2/5 partes de las mujeres presentó antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS con anterioridad). La mediana del número de semanas de gestación correspondió a 12 semanas (RIC: 7 – 23 semanas).

El 68,9% refirió tener compañero sentimental y el 56,7% de las mujeres gestantes o en puerperio residen con su compañero. El nivel de escolaridad de la pareja sentimental corresponde a 5,6% para ningún nivel, 18,9% para el nivel de básica primaria y 75,6% para secundaria, técnico, tecnológico o universitaria. La tercera parte de las mujeres incluidas en el estudio niegan anteriores parejas sexuales a excepción del padre del embarazo actual.

Frente a la actividad laboral, es preciso mencionar que una de las mujeres incluidas en el estudio ejercía actividades sexuales remuneradas. Con respecto a las características de la mujer en periodo de gestación o puerperio, se identificó que número de gestaciones previas tuvo una mediana de 1 (RIC: 1 – 4 gestaciones). El número de controles prenatales a los cuales asistió durante el embarazo actual presentó mediana de 2. (RIC: 1 – 4 controles).

Tabla 2.1 Variables Cuantitativas.

| | Edad | No. Compañeros Sexuales | No. Gestaciones previas | No. Semanas de Gestación | No. Controles Prenatales |
|---------------------|-------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sig. asintót. | 0,11 | 0,000 | 0,000 | 0,001 | 0,000 |
| Normalidad* | Si | No | No | No | No |
| Media | 21,43 | - | - | - | - |
| Desviación Estándar | 4,63 | - | - | - | - |
| Mediana | - | 3 | 1 | 12 | 2 |
| Rango intercuartil | - | 2 - 4 | 1 - 4 | 7 - 23 | 1 - 4 |

Fuente: autores (2018)

Características de los servicios de Salud.

Tabla 3. Características de los servicios de Salud.

| | No. | % |
|---|-----|-------|
| Acceso a servicios de salud | 46 | 51,1% |
| Si | 44 | 48,9% |
| No | 11 | 12,2% |
| El lugar donde lo hacen es muy lejano. | 4 | 4,4% |
| No tenía medio de transporte para llegar | 2 | 2,2% |
| Le da miedo el resultado | 2 | 2,2% |
| El examen es muy caro o no ha tenido dinero. | 7 | 7,8% |
| Mucho trámite en EPS//IPS o ente territorial de salud | 3 | 3,3% |
| Percepción de Barreras | 19 | 21,1% |
| No confía en los médicos | 11 | 12,2% |
| No consiguió cita. | 3 | 3,3% |
| No sabía que tenía derecho como mujer embarazada así sea venezolana o colombiana. | 3 | 3,3% |
| No sabía dónde hacerse la prueba | 3 | 3,3% |
| No cree que sea necesario. | 25 | 27,8% |
| No aplica | | |

Fuente: autores (2018)

Se encuentra que el 51,1% de las mujeres incluidas en la presente investigación tuvieron dificultades en el acceso a servicios de salud durante la gestación, tanto en los prestadores primarios como en complementarios red de materna como región de frontera.

Al indagar acerca de la percepción de las barreras para acceder al servicio de salud, el 21,1% mencionó desconocimiento al derecho como mujer embarazada (independiente de la nacionalidad), el 12,2% de las mujeres comentó barreras relacionadas con la distancia (unidades de servicios de salud lejanas) y el 12,2% refirió asignación tardía o negación de citas médicas. Durante la gestación actual de las maternas en la región se evidencia que no hubo plan manejo de esa población que retorno en busca de apoyo durante su gestación, donde se presenta difícil reconocimiento de las dos poblaciones y termina siendo afectada la población de nativas de bajo estrato socioeconómico de la región donde no sabe el manejo de entidad en el proceso de atención.

Características de la adherencia a la Guía de Práctica Clínica de sífilis.

Tabla 4. Características de la adherencia a la Guía de Práctica Clínica de sífilis.

| | No. | % |
|---|-----|-------|
| Negación de prueba – GPC alta complejidad | 33 | 36,7% |
| Si | 57 | 63,3% |
| No | 54 | 60,0% |
| Diagnóstico Temprano | 36 | 40,0% |
| No expuesta | 42 | 62,7% |
| Expuesta | 25 | 37,3% |
| Explicación de resultados | 43 | 47,8% |
| Si | 31 | 34,4% |
| No, porque los mandaron a mi centro de control prenatal | 16 | 17,8% |
| No pude acudir | | |

Fuente: autores (2018)

Con respecto a la detección de sífilis gestacional, se halló que 63,3% de las mujeres incluidas en el estudio refieren negación de la prueba rápida (no treponémica) para tamizaje de sífilis gestacional de acuerdo con la recomendación establecida en la GPC. En esta línea, el 62,7% de las mujeres comentan que el profesional de salud le explicó los resultados obtenidos luego de practicarse la prueba para detección de sífilis gestacional.

Frente a la recolección de los resultados, se identifica que el 47,8% de las mujeres los recogió; el 34,4% comentó que los resultados fueron remitidos al centro de control prenatal y



el 17,8% restante, refirió no pudo acudir a recoger los resultados.

Tabla 5. Asociación entre sífilis gestacional y las variables sociodemográficas.

Table with 7 columns: Variable, Tipo (Caso o control), Valor p, OR, IC. Rows include Nationalidad, Edad, Vive en pareja, Estrato, Socioeconómico, Escolaridad de la Gestante, and Situación Laboral.

Fuente: autores (2018)

De acuerdo con los datos presentados en la anterior tabla, se encuentra que el hecho de convivir con la pareja y la situación laboral de la mujer gestante, son variables significativamente estadísticas, esta última presenta un OR de 31 (IC=3.9–242.4).

Tabla 6. Asociación entre sífilis gestacional y las variables del entorno de la gestante.

Table with 7 columns: Variable, Tipo (Caso o control), Valor p, OR, IC. Rows include No. Controles Prenatales, Método anticonceptivo de Barrera, Antecedentes ETS, Pareja en vida familiar, Escolaridad de pareja, Numero de Compañeros Sexuales previos al embarazo, and Actividad Laboral.

Fuente: autores (2018)

Con respecto a las variables del entorno de la gestante, no se encontraron diferencias con respecto al uso de preservativo, tener un compañero sentimental y el nivel de escolaridad de la pareja.

y tener tres o cuatro compañeros sexuales (OR: 12,5; IC=1.87 – 83.6), constituyeron factores significativamente estadísticos.

Tabla 7. Asociación entre sífilis gestacional y las variables del sistema de salud.

Table with 6 columns: Variable, Tipo (Caso o control), Valor p, OR, IC. Rows include Acceso a servicios de salud and Percepción de Barreras.

Fuente: autores (2018)

Al efectuar el correspondiente análisis de aquellas variables del sistema de salud y el evento de sífilis gestacional, se identifica que la falta de acceso a los servicios de salud es significativamente estadístico y actúa como un factor de riesgo (OR: 8,000 IC= 2.82 – 22.70).

Tabla 8. Asociación entre sífilis gestacional y las variables de adherencia a la Guía de práctica Clínica (GPC) de sífilis gestacional.

Table with 6 columns: Variable, Tipo (Caso o control), Valor p, OR, IC. Rows include Negación de prueba - GPC, Diagnóstico Temprano, Explicación de resultados, and Recolección de resultados.

Fuente: autores (2018)

Con respecto a las variables asociadas con la adherencia la Guía de práctica clínica de sífilis gestacional, se encuentra la significancia (valor p=0.000) para la variable de “recolección de resultados”.



servicios de salud en asuntos concernientes a la asignación de citas médicas y seguimientos, la toma, procesamiento y reporte de los laboratorios clínicos, la dispensación de medicamentos, entre otros.

Tabla 9. Regresión logística para modelar relación entre factores y la sífilis gestacional.

| | OR Crudo | I.C. 95% OR Crudo | | OR Ajustado | I.C. 95% OR Ajustado | |
|------------------------------------|----------|-------------------|----------|-------------|----------------------|----------|
| | | Inferior | Superior | | Inferior | Superior |
| | | Labor remunerada | 31,000 | | 3,964 | 242,441 |
| Falta de Acceso servicios de Salud | 8,000 | 2,818 | 22,708 | 5,070 | 1,299 | 19,782 |
| Barrera: No consiguió cita. | 88,500 | 10,760 | 727,896 | 33,216 | 3,743 | 294,746 |

Fuente: autores (2018)

Según los resultados obtenidos en el análisis multivariado (Tabla 9), se encontró que la labor remunerada, el no contar con acceso a los servicios de Salud, y la barrera para conseguir cita o asignación de la misma para una fecha lejana, fueron las variables (OR Ajustado) que mejor explican la transmisión de sífilis gestacional en mujeres que reciben atenciones en los servicios de salud de una unidad complementaria, en el departamento de Norte de Santander. De tal forma, el modelo es satisfactorio según las variables en mención.

Se encuentra que el valor de R cuadrado de Nagelkerke presenta un nivel explicativo del modelo equivalente al 65,5%. Esto quiere decir que las variables independientes incluidas en la anterior tabla explican en 65% el evento de sífilis gestacional.

DISCUSIÓN

Las infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la sífilis, representan un gran problema de salud pública y recientemente ha presentado un “resurgimiento”.

Dado los movimientos migratorios de la población venezolana hacia Colombia, se ha reconocido un incremento en el número de casos de sífilis gestacional y neonatal, considerando aspectos intrínsecos a las dinámicas del proceso migratorio y la vulnerabilidad de la población en aspectos como la situación jurídica, actividad laboral, acceso a servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en salud, condiciones básicas de higiene, condiciones relacionadas con los roles de género, entre otras, las cuales

deben ser abordadas de manera integral por el impacto a mediano y largo plazo de los individuos migrantes y sus familias en el marco de los derechos humanos y atención a los refugiados(26) (38).

Se ha reconocido que las condiciones de salud no necesariamente están ligadas a aspectos biológicos, en este sentido, desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) se plantea que factores de tipo sociodemográficos, , entre otros, tienen un papel preponderante sobre el transmisión y propagación de infecciones de transmisión sexual como la sífilis.

Dentro de los factores sociales y demográficos incluidos en la presente investigación se encontró que el hecho de no convivir con la pareja incrementa casi dos veces el riesgo de sífilis en mujeres gestantes (OR ajustado= 1,902; 95% IC 0.7 – 5.15), esta situación plantea una serie de problemáticas entorno al rol de la mujer en el hogar y las dinámicas familiares. En este sentido, Domínguez y cols. (2011) encontraron que el 76,7 % de las personas diagnosticadas con sífilis, no tenían una relación estable, lo cual podría asociarse a cambios de parejas, reducción de la protección (uso de preservativo) y “llevar una vida según ellos más relajada” (43).

De igual forma, Zhang y cols., en un estudio de vigilancia de la sífilis materna en China, hallaron que el estado civil de soltería en las mujeres con sífilis se presentó más de tres veces con respecto a aquellas mujeres casadas OR 3.5; 95% IC (2.2 – 5.5) (44).

La situación laboral actual de la mujer representa un factor clave para la trasmisión de sífilis gestacional, evidenciando que aquellas mujeres que son amas de casa o estudiantes, presentaron treinta y un veces mayor riesgo de infección por sífilis (OR ajustado= 31; 95% IC (3.964–242.44). El riesgo identificado en la presente investigación es mayor de acuerdo con reportes previos de la literatura, así Zhou y cols., encontraron que mujeres gestantes de China, que no contaban con un trabajo formal incrementaba 10 a 1 el riesgo de sífilis (OR 10,02; 95% IC (3.02–33.20) (32).

Considerando el impacto de la migración sobre los eventos de salud, y particularmente de



sífilis, es propicio comentar que, en una investigación adelantada en China sobre vigilancia de sífilis materna, se identificó que el 67,5% de los casos correspondían a mujeres migrantes quienes, a su vez, presentaron complicaciones durante el periodo perinatal (44). De igual modo, la investigación de casos y controles retrospectivos, adelantado por Xiao y cols., en hombres y mujeres adultos que recibieron atenciones en salud en un hospital Universitario de Zhongshan en China. Dentro de los resultados relevantes se encontró que el evento de sífilis estaba asociado a los movimientos migratorios (OR Ajustado= 1,36; 95% IC 1.048 – 1.785) (44).

Con respecto a la migración, la literatura previa reporta que la población migrante presenta mayor actividad sexual y pareciera tener menores conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual, asimismo, acuden con menor frecuencia a los servicios de salud, consejería en salud sexual y realización de pruebas de tamizaje (44).

En este sentido, el registro administrativo de migrantes venezolanos en Colombia (RAMV), identificó a 8209 mujeres embarazadas, de las cuales 8045 (98%) no contaban con afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud, hecho que está ligado a la condición legal 7 de regularización de la población migrante venezolana en condición irregular. (45). A su vez, la OPS establece que “Los migrantes indocumentados constituyen un subgrupo que se encuentra en situación de máxima vulnerabilidad debido a su acceso limitado a los servicios de atención de salud y a otros servicios públicos que están al alcance de los migrantes documentados” (46).

En los países de medianos y bajos ingresos, la infección por sífilis ha sido un problema persistente en el tiempo y representa una causa importante de morbilidad y mortalidad en mujeres gestantes y sus bebés. Tradicionalmente los estudios de investigación realizados en infecciones de transmisión sexual (ITS) durante el periodo gestacional incluyen factores específicos de tipos sexuales y obstétricos que podrían explicar la asociación con el evento de sífilis. En la presente investigación, se encontró que los antecedentes de ITS presentaban asociación con el evento de sífilis gestacional. Dicho comportamiento

presentó una fuerza de asociación muy alta con un OR de 70,5. Consistente con este comportamiento, es oportuno mencionar la investigación de Muta goma y cols., quienes identificaron que la prevalencia de sífilis entre población infectada con VIH era seis veces más alta (4,8%; 95% CI: 2.9–7.9) (33).

En una investigación de casos y controles adelantada por Macêdo y cols., realizada en mujeres que recibieron atenciones en salud en siete hospitales de maternidad de Recife en Brasil, el cual encontró que aquellas gestantes con antecedente de infección de transmisión sexual presentaban nueve veces el evento de sífilis (OR = 9,7; 95%CI 5.4–17.2) (21). Es oportuno citar a Zhou y cols., quienes también hallaron asociación entre sífilis y antecedente de ITS en mujeres gestantes en China (OR 15,64; 95% CI 3.58–68.33) (32).

Otro factor asociado con el evento de sífilis corresponde al número de controles prenatales. En la presente investigación se observó que un número inferior a cuatro controles prenatales incrementó en 11,46 a 1, el desarrollo del evento de sífilis (OR Ajustado= 11,46; 95% IC (1.445 – 90.954). Dicho OR es mayor con respecto a los estudios previos realizados en el ámbito de la salud materna. En el estudio de factores asociados a la mortalidad materna desarrollado por Torres de Galvis y cols., se encontró que la ausencia de control prenatal presentó una razón de disparidad cercana a ocho (RD=7,96; 95% IC 2.3 - 28.3) (18) y en el estudio de Macêdo y cols. Se encontró que un número reducido de controles prenatales (de 1 a 3 consultas) incrementaba el evento de sífilis 3,5 a 1 (OR = 3.5; 95%CI 1.8–6.6) (21).

Con respecto al número de compañeros sexuales, en la presente investigación se identificó que tener tres compañeros sexuales previos al embarazo actual incrementaba en 8 veces a 1 el evento de sífilis gestacional (OR crudo= 8,0; 95% IC 1.833 – 34.9), en el caso de tener cuatro compañeros sexuales previos al embarazo actual dicho riesgo se incrementaba 12,5 veces (OR crudo= 12,5; 95% IC 1.869 – 83.59). Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Macêdo y cols., quienes encontraron que aquellas mujeres con tres o más parejas sexuales en el último año presentaron tres veces más riesgo de infección por sífilis (OR=3,1; 95% IC 1.51 – 6.53) (21).



En esta línea, Mutagoma y cols., encontraron que el hecho de contar con múltiples parejas sexuales en los últimos doce meses aumentaba más de cuatro veces el riesgo de transmisión de sífilis en población general en Ruanda (RR 4,2; 95% IC 2.79–6.46) (33).

Un aspecto crítico identificado en esta investigación corresponde a la asistencia y el número de controles prenatales, dado que el 80% de las mujeres incluidas en el estudio refirió tener un número inferior a 4 controles prenatales durante su gestación actual. De acuerdo con las “Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio”, para aquella mujer nulípara que cursa con embarazo normal y cuyos controles prenatales inicial en el primer trimestre, se recomienda un total de diez citas a controles prenatales. Para el caso de una mujer multípara que cursa con embarazo normal, se recomiendan siete citas de controles prenatales (47).

Dicho lo anterior, la investigación de Silva Neto y cols., realizada en Sao Paulo, encontró que aquellas mujeres con una asistencia inferior a seis controles prenatales presentaron sífilis en 1,39 a 1 (RP=1,39; 95% IC 1.16 – 1.66) (35). Por su parte, Dassah y cols, determinaron los factores asociados a la dificultad del tamizaje para sífilis gestacional durante los controles prenatales de mujeres en dos hospitales públicos en la región de Ashanti, en Ghana (20,35).

Con respecto a los factores asociados con las fallas en el tamizaje para sífilis se encontraron: recibir los controles prenatales en instituciones prestadoras de servicios de salud privados debido que los kits para tamizaje de sífilis, generalmente no se encontraban disponibles en estos centros (OR Ajustado: 11,09; 95% CI 5.48- 22.48

El RAMV encontró que el 77% de las mujeres gestantes provenientes de la República Bolivariana de Venezuela (6304) no tenían ningún control prenatal. Esta situación debe ser considerada en el abordaje de las mujeres emigrantes, debido su condición de vulnerabilidad, recordando que “en comparación con los hombres, es mayor el número de mujeres que son afectadas por la violencia, el abuso y la violación sexual” (45).

Dentro del tercer grupo de factores se encuentran aquellos relacionados con el sistema de salud, en esta línea es preciso mencionar las dificultades para acceder a herramientas diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, en especial para la sífilis, lo cual genera un retraso en la prevención secundaria de la enfermedad, y repercute sobre madre gestante, puede provocar discapacidad o incluso la muerte para el bebé.

En la presente investigación se identificó como un factor de riesgo el hecho que la madre gestante o lactante haya tenido acceso a servicios de salud (OR crudo= 8,00; 95% IC (2.818 – 22.71). Es de destacar el número reducido de investigaciones que reportan asociación entre el acceso a servicios de salud y el evento de infecciones de transmisión sexual, dentro de ellas, la sífilis. No obstante, un estudio cross sectional multinivel realizado en mujeres residentes en los estados del Sur de Estados Unidos, encontró que el porcentaje de mujeres residentes que contaban con un proveedor de atención primaria se asoció inversamente con la transmisión de una ITS (RR = 0,61, IC del 95% = 0.38 a 0.97) (37).

Haley y cols., también encontraron mediante el análisis multivariado controlado por las características de las participantes, que un aumento de cuatro unidades porcentuales entre los residentes con un proveedor de atención primaria (de 74 a 78%) se asoció con 39% menos riesgo de tener una ETS (RR = 0,61; 95% IC 0.38 a 0.99) (37). De igual modo, la investigación cualitativa adelantada por Kroeger y cols. En Louisiana, identificó una serie de barreras en la cobertura y falta de atención médica previa a la concepción, la cual se relaciona con el tipo de asegurador (privado y Medicaid) y los criterios de elegibilidad establecidos para acceder a determinados servicios, generando brechas para acceder a servicios de salud en las gestantes (48).

Asimismo, el artículo señala que las discontinuidades e interrupciones en la cobertura de salud y la atención médica tienen mayor impacto en las mujeres pobres (aseguradas) debido no cuentan con un lugar de atención habitual y la disponibilidad de citas (37).



La búsqueda de atención prenatal fue a menudo un desafío para las mujeres pobres debido a la escasez de puntos de referencia; y una situación que ocurre cuando el retraso en el inicio de la atención se convierte en una crisis de no poder obtener control prenatal (48).

Un aspecto relevante de la investigación cualitativa referenciada corresponde a la dificultad las y demoras para encontrar proveedores de atención prenatal. Entre otras, se encontró que "las mujeres pobres acudieron al Hospital Universitario del condado, el cual describieron como "sobrecargado", "con tiempos de espera para atenciones médicas, que habitualmente se prolongan varias horas", y "larga espera para asignación de citas, que puede tardar meses" (48).

Las Guías de práctica clínica (GPC), son documentos informativos que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud (8).

A pesar de que en el territorio colombiano se cuenta con GPC para para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, se pueden presentar limitaciones para el cumplimiento y/o adherencia de las GPC debido a factores relacionados con barreras de acceso a servicios de salud, situaciones administrativas de las EAPB/IPS, desconocimiento por parte de los profesionales asistenciales o falta de interés y cumplimiento por parte de los pacientes.

En la presente investigación, el hecho de no recoger los resultados de los laboratorios clínicos (sífilis) por parte de la gestante debido que estos fueron enviados a la IPS/EPS, se consideró como un factor asociado a sífilis gestacional (OR 27,273; 95% IC 3.165 – 235.02).

La problemática del acceso a las pruebas diagnóstico se acrecienta en las regiones fronterizas, y es aún mayor en la población migrante venezolana a raíz de las barreras de acceso a servicios de salud relacionadas con el estatus legal y la documentación. En la presente investigación, la negociación de las pruebas en el primer nivel para el diagnóstico de sífilis durante el embarazo se presentó en el 36,7% de

las mujeres, lo cual incide en el diagnóstico y tratamiento oportuno. Los resultados del presente estudio difieren del estudio transversal sobre mujeres inmigrantes en Dinamarca adelantado por Wendland y cols, el cual encontró que el 58% de las mujeres migrantes embarazadas contaban con resultados de las pruebas de laboratorio, con respecto al 99,7% de las mujeres gestantes con residencia en Dinamarca (36).

Los resultados del presente estudio proporcionan información sobre la transmisión de sífilis gestacional en población colombiana y migrante venezolana, además la correspondiente asociación con factores sociodemográficos, del entorno de la gestante, del sistema de salud e implementación de la guía práctica clínica en la población del estudio. De igual manera permitió identificar las variables independientes significativas que se relacionan con aquellas dificultades para el adecuado diagnóstico y tratamiento de la sífilis gestacional en las unidades de salud primarias y complementarias, creando en el departamento de evidencia científica que podría emplearse para definir y estructurar programas de prevención primaria, secundaria, terciaria de la sífilis gestacional y otras enfermedades de transmisión sexual en mujeres gestantes, en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud materno perinatal establecida por el Ministerio de Salud.

Debido que el tema central de la presente investigación fue la sífilis gestacional, es posible que se haya presentado subreporte o cambio en la respuesta para variables como "Uso de condón", "Número de parejas sexuales anteriores al embarazo actual" o "Antecedentes personales de ITS" por parte de las mujeres entrevistadas, considerando que el auto reporte de conductas de riesgo y antecedentes de ITS puede producir vergüenza o incomodidad relacionadas a comportamientos sexuales o frente al número de compañeros sexuales.

Dentro de la planeación y desarrollo de la investigación, se presentó una serie de dificultades relacionadas con la distribución de la población: se presentaron los efectos del análisis de casos y controles, se eligieron 2 controles por cada caso, se controla y se ajustó de acuerdo a edad. No obstante, para preguntas como el uso de condón y barreras de acceso a



servicios de salud, las respuestas por parte de los casos generaron dificultad al momento de transformar la respuesta dicotómica a variables cualitativas, y el posterior análisis de las tablas cruzadas.

Otra situación que planteó limitaciones en la presente investigación correspondió a la necesidad de recodificar algunas variables de interés. Lo anterior, debido que algunas categorías (actividad laboral, número de parejas sexuales, número de controles prenatales) presentaron valores en “cero”, es decir, ninguna de las mujeres gestantes y/o lactantes respondió alguna de las opciones planteadas.

En general, el tamaño de la muestra fue reducido: para la selección de la muestra, se empleó muestreo por conveniencia dado que la población estudiada correspondía a usuarias que recibieron atenciones en salud en una unidad complementaria, teniendo en cuenta lo anterior, cabe mencionar que los resultados no pueden ser extrapolados en general, a todos los prestadores de salud primarios o complementarios situados en la ciudad de Cúcuta o del departamento de Norte de Santander. Tampoco es posible extrapolar la información obtenida en la presente investigación, a toda la población de gestantes o lactantes de procedencia venezolana que han migrado a territorio colombiano.

CONCLUSIONES

En los factores de las gestantes se puede concluir que los controles prenatales son fundamentales para prevenir y detectar las alteraciones en el embarazo. No obstante, se presentan barreras de acceso y oportunidad en la atención primaria en salud relacionadas principalmente con el trámite ante la IPS de primer nivel y la negación de citas médicas o asignación para fechas lejanas red primaria. En este sentido, se identifica vulneración en la garantía del derecho fundamental a la salud de las mujeres gestantes y lactantes.

El sistema de salud, la red de Norte de Santander y los programas de atención a población migrante y/o vulnerable se enfocó como un factor que género brechas entre mujeres y hombres, recordando que en la sociedad colombiana y venezolana, las mujeres generalmente cumplen roles de cuidado de los

hijos, buscando una red de apoyo en su periodo gravidez entre otros. En esta línea es fundamental falla la agenda pública los temas y problemas relativos a la mujer, la salud de las niñas, adolescentes y mujeres en el marco de los fenómenos migratorios.

El fenómeno migratorio de ciudadanos provenientes de la República Bolivariana de Venezuela ha impactado los departamentos de frontera, donde se presenta necesidades especialmente en el ámbito laboral en donde las oportunidades y los ingresos económicos son reducidos, a la vez que aumenta la informalidad en los trabajos y con ello se podrían presentar barreras para acceder al sistema de seguridad social acá involucra dos tipos de factor en este caso sería los sociodemográficos y de red de prestación de servicios de Norte de Santander.

Se identificó que en el departamento de Norte de Santander se presenta un déficit en las acciones prioritarias acá involucra los factores relacionados en la implementación de la guía práctica clínica, especialmente en aquellas relacionadas con la coordinación intersectorial manejo estricto de lineamientos a esta enfermedad de interés público, como pueden ser las autoridades migratorias y salud, del sector social, entre otros, quienes ejercen acciones de control de salud en el flujo de migrantes y la captación de casos que puede infectar aquella población colombiana por factores sociales, que se debieron encaminar a la capacidad resolutive de los problemas de salud habituales de la población flotante proveniente del país de Venezuela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salamanca Valencia re. nivel de conocimiento sobre sífilis gestacional y congénita en mujeres puérperas atendidas en el hospital de Bosa entre agosto y septiembre de 2016 parte ii [internet]. facultad de ciencias de la salud – programa de medicina BOGOTÁ D.C.; 2016. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/756/1/TRABAJO%20FINAL.pdf>
2. Ministerio de salud de Colombia. Análisis de situación de Salud (ASIS) [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.sispro.gov.co/pages/Observatorios/salud_materna.aspx



3. OMS | Mortalidad materna. WHO [Internet]. 24 de noviembre de 2016; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
4. Instituto Departamental de Salud. Informe de vigilancia de salud pública. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://salasituacionalidsnds.weebly.com/informacioacuten.html>
5. constitucional relatoria de corte. Corte Constitucional de Colombia [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/SU677-17.htm>
6. Ministerio de Salud. Plan de Respuesta del Sector Salud para el Fenómeno Migratorio. 2018.
7. Opinión D la. Aumentan partos de alto riesgo en el Meoz [Internet]. La Opinión. [citado 27 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.laopinion.com.co/cucuta/aumentan-partos-de-alto-riesgo-en-el-meoz-164879>
8. Ministerio de Salud y Protección social, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita [Internet]. 2014 [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc%20%E2%80%933guia-corta-sifilis.pdf>
9. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: sífilis Gestacional y sífilis congénita. 2018; Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:j6Z0FF1VNRsJ:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-sifilis-gestacional.pdf+%&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>
10. Hook EW. Syphilis. *The Lancet*. abril de 2017;389(10078):1550-7.
11. Organización Panamericana de la Salud. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud [Internet]. 2015 [citado 24 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10017/9789275318638_spa.pdf
12. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Pública*. septiembre de 2004;16:211-7.
13. Castillo NV, Buitrago YNC, González CAJ, Muller EÁ, Romero JAR. Tratamiento de la Sífilis Gestacional y prevención de la Sífilis Congénita en un Hospital Público en Bogotá, 2010. *Rev Fac Med*. 2011;59(3):167.
14. Díaz Cruz LA, Universidad Nacional de Colombia B. Sífilis gestacional: un problema de salud pública. *rev.fac.med*. septiembre de 2011;59(3):163-5.
15. Gonzales GF et al. [sífilis gestacional y factores asociados en los hospitales públicos de Perú durante 2000-2010]. - PubMed - NCBI. 2017; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez.urosario.edu.co/pubmed/25123857>
16. García G LM, Almanza G RA, Miranda M C, Gaviria B JM, Julio G JM, Paternina G ME, et al. Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia). 20 de mayo de 2011; Disponible en: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/190>
17. XIAO Y, LI S-L, LIN H-L, LIN Z-F, ZHU X-Z, FAN J-Y, et al. Factors associated with syphilis infection: a comprehensive analysis based on a case-control study. *Epidemiol Infect*. 2016;144(6):1165-74.
18. Galvis YTD, Vélez LPM, Tamayo JDC, Gómez JJO. Factores asociados a mortalidad materna – estudio de casos y controles. *Medellín 2001-2003*. 2005;28.
19. Ministerio. Guía de atención de la sífilis congénita (Hace parte de la Resolución 412 del 2000) .VSPCOL - Resultado de la bÃ°squeda [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.bvs-vspcol.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/>
20. Dassah ET, Adu-Sarkodie Y, Mayaud P. Factors associated with failure to screen for syphilis during antenatal care in Ghana: a case control study. *BMC Infect Dis* [Internet]. diciembre de 2015 [citado 28 de marzo de 2019];15(1). Disponible en: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-015-0868-1>
21. de Macêdo VC, de Lira PIC, de Frias PG, Romaguera LMD, Caires S de FF,



- Ximenes RA de A. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 3 de agosto de 2017 [citado 20 de abril de 2019];51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5559218/>
22. Centers for Disease, Control and Prevention (CDC). Instrucciones para la investigación y el informe de casos de sífilis congénita [Internet]. 2103. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/program/consyphreporting-instructions7-10-2014.pdf>
 23. Workowski K, Berman S. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *Recomm Rep*. 17 de diciembre de 2010;59(RR-12):1-110.
 24. French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, Vader P van V, Young H. IUSTI: 2008 European Guidelines on the Management of Syphilis. *Int J STD AIDS*. 2008;20(5):300-309.
 25. Noreña Pera S, Ramos Alvarez AY, Sabogal Apolinar AL. Análisis del comportamiento sociodemográfico y epidemiológico de la sífilis congénita en Colombia 2008-2009 [Internet]. Universidad del Rosario; 2011. Disponible en: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00110a&AN=edocur.10336.2357&lang=es&site=eds-live&scope=site>
 26. Vanegas-Castillo N(1), Cáceres-Buitrago YN(1), Jaimes-González CA(1), Ángel-Muller E(2), Rubio-Romero JA(3). Treatment of gestational syphilis and congenital syphilis prevention in a public hospital in Bogotá, 2010. *Rev Fac Med Colomb*. 01 de 2011;59(3):167-89.
 27. Castree N, Kitchin R, Rogers A. Migration. En: *A Dictionary of Human Geography* [Internet]. Oxford University Press; 2013 [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.oxfordreference.com/abstract/10.1093/acref/9780199599868.001.0001/acref-9780199599868-e-1183>
 28. Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 1 de diciembre de 2003;21(10):535-9.
 29. Correa Juan R. Humanitarian Health crisis in Venezuela. 2. septiembre de 2017;63:35-6.
 30. Organización Internacional para las Migraciones. Tendencias migratorias nacionales en Américas: República Bolivariana de Venezuela [Internet]. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones; 2018. Disponible en: https://robuenosaires.iom.int/sites/default/files/Informes/Tendencias_Migratorias_Nacionales_en_Americas_Venezuela-Septiembre_2018.pdf
 31. The Lancet. The collapse of the Venezuelan health system. *The Lancet*. 7 de abril de 2018;391(10128):1331.
 32. Zhou H, Chen X-S, Hong F-C, Pan P, Yang F, Cai Y-M, et al. Risk factors for syphilis infection among pregnant women: results of a case-control study in Shenzhen, China. *Sex Transm Infect*. octubre de 2007;83(6):476-80.
 33. Mutagoma M, Remera E, Sebuho D, Kanters S, Riedel DJ, Nsanzimana S. The Prevalence of Syphilis Infection and Its Associated Factors in the General Population of Rwanda: A National Household-Based Survey. *J Sex Transm Dis* [Internet]. 2016 [citado 20 de abril de 2019];2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4829711/>
 34. Magalhães M, Basto L, Areia AL, Franco S, Malheiro ME, Afonso ME, et al. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Reality in a Portuguese Central University Hospital. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet*. 2017;39(6):265-72.
 35. Silva Neto SE da, Silva SSBE da, Sartori AMC. Syphilis in pregnancy, congenital syphilis, and factors associated with mother-to-child transmission in Itapeva, São Paulo, 2010 to 2014. *Rev Soc Bras Med Trop*. diciembre de 2018;51(6):819-26.
 36. Wendland A, Ehmsen BK, Lenskjold V, Astrup BS, Mohr M, Williams CJ, et al. Undocumented migrant women in Denmark have inadequate access to pregnancy screening and have a higher prevalence Hepatitis B virus infection compared to documented migrants in Denmark: a prevalence study. *BMC Public Health* [Internet]. 23 de mayo de 2016 [citado 20 de abril de 2019];16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4877804/>



37. Haley DF, Edmonds A, Belenky N, Hickson DA, Ramirez C, Wingood GM, et al. Neighborhood Health Care Access and Sexually Transmitted Infections among Women in the Southern United States: A Cross-Sectional Multilevel Analysis. *Sex Transm Dis.* enero de 2018;45(1):19-24.
38. United Nations High Commissioner for Refugees. Regional Refugee and Migrant Response Plan for Refugees and Migrants from Venezuela. [Internet]. 2018 [citado 25 de abril de 2019]. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/unhcrsharedmedia/2018/RMRP_Venezuela_2019_OnlineVersion.pdf
39. Domingues RM, Leal Mdo C. [Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in Brazil study]. *Cad Saude Publica.* 20 de junio de 2016;32(6).
40. El embarazo como una oportunidad de diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres inmigrantes en Catalunya- ClinicalKey [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.ez.urosario.edu.co/#!/content/playContent/1-s2.0-S0213005X16302415?returnurl=https%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0213005X16302415%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>
41. AKimc MS. First childbirth experience of international marriage migrant women in South Korea. agosto de 2017; Disponible en: <http://dx.doi.org/>
42. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos [Internet]. 2013. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:14psl3xJqf8J:www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>
43. Domínguez ID, Enríquez OS, Rodríguez A. Caracterización de un grupo poblacional con diagnóstico de infección por *Treponema Pallidum*. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2011;30(1):54-64.
44. Zhang X, Yu Y, Yang H, Xu H, Vermund SH, Liu K. Surveillance of Maternal Syphilis in China: Pregnancy Outcomes and Determinants of Congenital Syphilis. [Internet]. [citado 20 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30370903>
45. Gobierno de Colombia. Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en Colombia 2018. :18.
46. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los migrantes [Internet]. 2016 [citado 20 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-s.pdf>
47. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. [Internet]. 2013 [citado 25 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
48. Kroeger KA, Sangaramoorthy T, Loosier PS, Schmidt R, Gruber D. Pathways to Congenital Syphilis Prevention: A Rapid Qualitative Assessment of Barriers, and the Public Health Response, in Caddo Parish, Louisiana. *Sex Transm Dis.* 45(7):442-446.
49. Asamblea general de la amm, asamblea general de la amm, reikiavik 2018. en: asamblea general de la amm, tiflis 2019 [internet]. 2019. disponible en: <https://www.wma.net/es/seccion-de-miembros/servicios-y-eventos/informacion-sobre-eventos/asamblea-general-de-la-amm-tiflis-2019/>