



SÍFILIS GESTACIONAL: ENFERMEDAD DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, CÓRDOBA-COLOMBIA, 2015

SÍFILIS GESTACIONAL: DOENÇA DE INTERESSE EM SAÚDE PÚBLICA, CÓRDOBA-COLOMBIA, 2015

GESTATIONAL SYPHILIS: DISEASE OF INTEREST IN PUBLIC HEALTH, CÓRDOBA-COLOMBIA, 2015

Concepción Amador Ahumada¹, Mónica Hanna Lavalle², Marilyn Villadiego Chamorro³

Histórico

Recibido:

01 de septiembre de 2016

Aceptado:

16 de diciembre de 2016

¹ Magíster en Enfermería. Docente Programa de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Córdoba. Montería, Córdoba, Colombia. E-mail: conceamador@yahoo.es

² Magíster en Administración. Docente Programa de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Córdoba. Montería, Córdoba, Colombia. Autor de Correspondencia. E-mail: monikmayi@hotmail.com

³ Doctora en Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Córdoba. Montería, Córdoba, Colombia. E-mail: lladiego@correo.unicordoba.edu.co

RESUMEN

Introducción: Córdoba notificó en 2010, 240 casos de sífilis gestacional e inició una agresiva estrategia para controlar esta enfermedad de interés en salud pública; este estudio realizó un comparativo del comportamiento de sífilis gestacional. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizó la información contenida en 97 casos de sífilis gestacional confirmados durante las primeras 15 semanas epidemiológicas de 2012 a 2015. **Resultados:** El grupo etario más afectado fue de 15 a 35 años, con predominio de 24 años, 41% de las maternas tuvieron resultados de la prueba serológica en el I trimestre de embarazo, 14% de las maternas reporta haber padecido previamente sífilis, 97% iniciaron tratamiento con penicilina benzatrina, 69% de los contactos sexuales no se diagnosticaron, ni trataron; cada año entre 3 y 5 de cada seis casos son incidentes mostrando el aumento de la sífilis gestacional, con una tasa de 0,87 por cada mil nacidos vivos. **Discusión:** La prevalencia de sífilis gestacional refleja una baja cobertura del programa de Infecciones de Transmisión Sexual. La vigilancia epidemiológica es pasiva, falta gestión, prevención, captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, para cumplir la meta de erradicación de la sífilis gestacional se hace necesario integrar las acciones de los programas de control de éstas, con el programa detección temprana de las alteraciones del embarazo. **Conclusiones:** La sífilis gestacional se mantiene como prevalente en la ciudad de Montería, identificándose entre 1 y 5 casos en cada semana epidemiológica.

Palabras clave: Sífilis; Prevalencia; Salud Pública.

RESUMO

Introdução: Córdoba notificou em 2010, 240 casos de sífilis gestacional e iniciou uma agressiva estratégia para controlar esta doença de interesse em saúde pública; este estudo realizou um comparativo do comportamento da sífilis gestacional. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo. Analisou-se a informação contida em 97 casos de sífilis gestacional confirmados durante as primeiras 15 semanas epidemiológicas de 2012 a 2015. **Resultados:** A faixa etária mais afetada foi de 15 a 35 anos, com predominância de 24 anos, 41% das maternas tiveram resultados do teste serológico no I trimestre da gravidez, 14% das maternas relataram já ter tido sífilis, 97% iniciaram o tratamento com penicilina benzatrina, 69% dos contatos sexuais não se diagnosticaram nem trataram; cada ano, entre 3 e 5 em cada seis casos são incidentes que mostram o crescimento da sífilis gestacional, com uma taxa de 0.87 por mil nascidos vivos. **Discussão:** A prevalência de sífilis gestacional reflete uma baixa cobertura do programa de Infecções de Transmissão Sexual. A vigilância epidemiológica é passiva, falta gestão, prevenção, recrutamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento para atingir a meta de erradicação da sífilis gestacional; é necessário integrar as ações dos programas e respectivo controle, com o programa de detecção precoce das alterações da gravidez. **Conclusões:** A sífilis gestacional permanece como prevalente na cidade de Montería, identificando-se entre 1 e 5 casos em cada semana epidemiológica.

Palavras chave: Sífilis; Prevalência; Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: In 2010, the department of Córdoba notified of 240 cases of gestational syphilis and started an aggressive strategy to control this disease of interest in public health; this study compared the behavior of gestational syphilis. **Materials and Methods:** This descriptive, retrospective study analyzed the information contained in 97 cases of gestational syphilis confirmed during the first 15 epidemiological weeks from 2012 to 2015. **Results:** The age group most affected was from 15 to 35 years, with predominance of 24 years of age; 41% of the maternal participants had serological test results during the first trimester of pregnancy; 14% of the maternal participants reported having had syphilis, 97% began treatment with Benzathine penicillin, 69% of the sexual contacts were not diagnosed or treated. Every year, between three and five of every six cases are incidents showing increased gestational syphilis, with a rate of 0.87 for every 1000 live births. **Discussion:** The prevalence of gestational syphilis reflects low coverage of the program on sexually transmitted infections. Epidemiological surveillance is passive, needs more management, prevention, catchment, diagnosis, treatment, and follow up to comply with the goal of eradicating gestational syphilis, making it necessary to integrate actions from control programs with the early detection program of pregnancy alterations. **Conclusions:** Gestational syphilis remains prevalent in the city of Montería identifying between one and five cases in each epidemiological week.

Key words: Syphilis; Prevalence; Public Health.

Cómo citar este artículo: Amador C, Hanna M, Villadiego M. Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba-Colombia, 2015. Rev Cuid. 2017; 8(1): 1449-58. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.350>



©2017 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa, de transmisión sexual descrita desde hace varios siglos, causa compromiso sistémico, es llamada “*La gran simuladora*” por las múltiples presentaciones clínicas que puede tener. Durante el embarazo reviste gran importancia debido a su transmisión vertical al producto de la gestación. Según el Instituto Nacional de Salud la sífilis congénita (SC), ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al feto durante la gestación, ya sea por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico se ha desarrollado, aunque el *Treponema* puede pasar a la circulación fetal desde la novena semana. La SC se clasifica según el momento de aparición de las manifestaciones clínicas, las cuales dependen no sólo de la edad gestacional al momento de la infección, sino también de la etapa evolutiva de la enfermedad (más frecuente en los estadios precoces de la infección) y del inicio del tratamiento¹. En el mundo, se estima que “más de dos millones de mujeres embarazadas se infectan con sífilis cada año”². La sífilis materna es responsable de por lo menos 460.000 abortos o mortinatos al año en el mundo, 270.000 recién nacidos con bajo peso o prematuros y 270.000 casos de sífilis congénita³.

Es pertinente mencionar que América Latina y el Caribe tienen la tasa de sífilis materna más alta que cualquier otra región, originando cada año de 164.222 a 344.331 casos de sífilis congénita⁴. La infección es transmitida al feto, entre las semanas

16 y 28 de embarazo y conlleva un pronóstico fatal entre 30 y 50% de casos. En Colombia la sífilis congénita se considera un problema de salud pública⁵, según el Instituto Nacional de Salud en Colombia se diagnostican anualmente más de 70.000 casos nuevos de ITS de los cuales 9.3% con ulcerativas (sífilis precoz 6.1% y Herpes genital 3.2%) que facilitan la transmisión y se constituye en la puerta de entrada para infección por VIH; se ha establecido que las personas que tienen sífilis tienen un riesgo de 2 a 9 veces de adquirir infección por VIH. En Córdoba para el año 2010 se notificaron 240 casos de sífilis, de los cuales el 65,4% corresponde a casos de sífilis gestacional. La mayor proporción de casos de sífilis gestacional se encuentra en mujeres que están en el grupo de edad de 20 a 24 años, que equivale al 31,8% (50) del total de casos, grupo poblacional en edad fértil que debería ser grupo focal de los programas preventivos, sin embargo; estas cifras permiten apreciar debilidades al respecto.

Hace ya 16 años, la Resolución 0412 de 2000⁶, estableció como la obligatoriedad de realización de la serología como prueba de tamizaje en todas las gestantes asistentes al programa detección temprana de las alteraciones del embarazo, debido a que esta exigencia permite a los organismos del estado con responsabilidades inherentes a la salud de la población materna e infantil tener más certeza sobre los casos reales de sífilis⁷. Sin embargo; la efectividad de estas acciones parecería no ser costo-eficiente, y costo-efectiva debido al incremento sostenido de la incidencia de sífilis materna y congénita, por lo cual la prestación del servicio de salud en este

ámbito puede ser considerada como segmentada.

Este problema de salud pública en el Departamento de Córdoba afecta no solo los indicadores de morbilidad materna e infantil y las estadísticas y control de gestión de programas; sino que constituye un problema grave de salud pública que afecta la sociedad en general, por las muertes perinatales, el mayor riesgo potencial de contagio, constituyéndose en un motivo de preocupación para el grupo investigador, quienes consideraron trascendente describir el comportamiento de la sífilis gestacional entre las semanas 1 y 15 desde el 2012 hasta el 2015 en el Departamento de Córdoba.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo. El escenario de estudio fueron instituciones de prestación de servicios del primer nivel de atención en salud del departamento de Córdoba. La población de referencia estuvo conformada por los registros de las gestantes asistentes al programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo de instituciones del primer nivel de atención en salud positivas para sífilis gestacional en los años 2012 a 2015 diagnosticadas entre la semana 1 y la 15 de cada año. La muestra del periodo estuvo constituida por 97 registros epidemiológicos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional. El muestreo que se utilizó fue no probabilístico, por conveniencia, teniendo en cuenta que se escogieron específicamente los casos que se presentaron del evento estudiado en el periodo de 2012 al 2015.

Para la recolección de la información se utilizó un

formulario estructurado, donde se almacenaron los contenidos de los registros epidemiológicos de los reportes de caso, se registró información del proceso de diagnóstico clasificando solo los casos confirmados por laboratorio; los datos obtenidos fueron sistematizados en Excel hasta obtener la información requerida por los objetivos; para el análisis estadístico de las variables sociodemográficas de las maternas se calcularon medidas de tendencia central y proporciones; así mismo se utilizaron medidas epidemiológicas⁸, para describir el comportamiento de la seropositividad para sífilis en periodos epidemiológicos enunciados.

Debido a que las tasas de embarazo tienden a decrecer con la mayor edad, se procedió a estimar las proporciones de casos confirmados de sífilis por cada 100 gestantes en el mismo intervalo quinquenal. Esta información se presenta agrupada en la curva de tendencia que permite observar el comportamiento natural de la sífilis gestacional en relación con la edad.

En cuanto a los aspectos éticos y legales se clasificó “*sin riesgo*”, según los parámetros de la Resolución 008430 de 1993 del Consejo Nacional de Salud de Colombia⁹, además esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética Institucional, el cual fue elegido según resolución No. 026 del 2014¹⁰, lo anterior debido al acceso a datos de identificación de la gestante y el riesgo de ruptura de la confidencialidad, con fines de control del riesgo ético, los datos de las fichas se tomaron ignorando de manera intencional los aspectos de identidad de la usuaria, en los registros de investigación las usuarias fueron identificadas con códigos alfa numéricos. Para la

obtención de los datos se obtuvo la autorización escrita por parte de la institución de salud donde se realizó el estudio.

RESULTADOS

En este estudio se identificaron los casos de sífilis confirmada entre las semanas epidemiológicas 1 a la 15 de los años 2012 a 2015. Se identificaron 97 casos, distribuidos 29 en el año 2012, 20 para 2013, 22 seropositivas para sífilis en 2014 y 26 en 2015; todos los casos confirmados por laboratorio hasta la semana epidemiológica 15 de

cada año. **Figura 1.** Se identifica la persistencia de la sífilis en los periodos epidemiológicos en estudio, la tendencia de la ITS entre las maternas evidencias que esta entidad está presente en todas las anualidades en el municipio de Montería (Córdoba, Colombia).

En la distribución de cada uno de los cuatro años en estudio, se aprecia como la confirmación de la sífilis gestacional por semana epidemiológica se mantiene en el rango de 1 a 5; sin que exista ninguna semana libre de identificación de al menos una materna con sífilis gestacional.

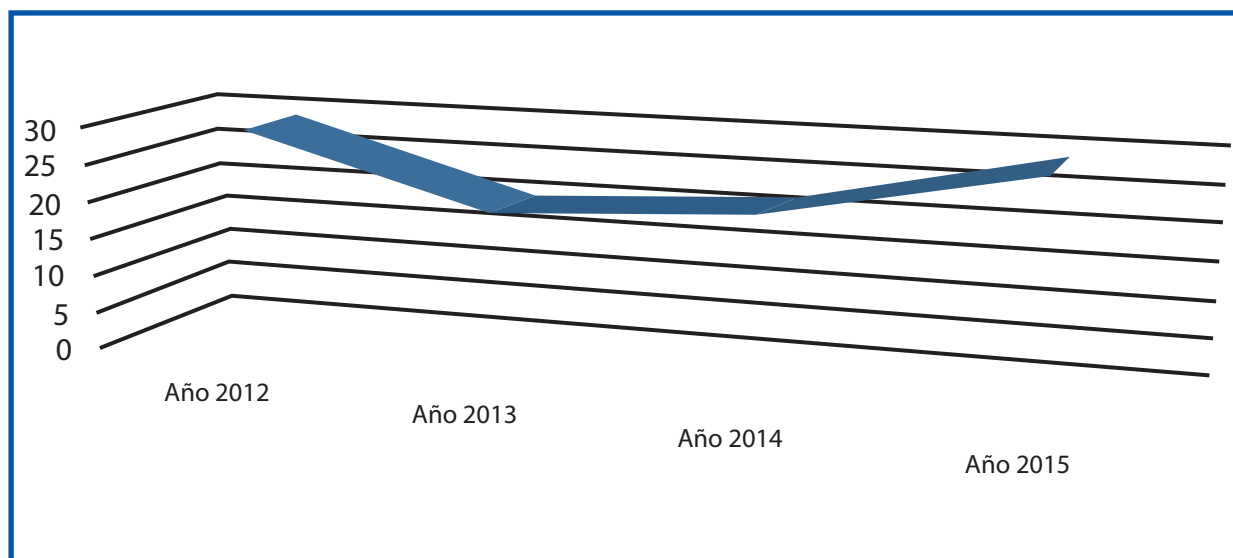


Figura 1. Sífilis Gestacional a la semana epidemiológica 15, años 2012 a 2015. Montería.

Fuente: Base de datos Siviigila Municipio de Montería

En Córdoba las estadísticas oficiales han reportado cifras que representan un aumento progresivo y sostenido de las cifras de gestantes con sífilis, lo cual se refleja también el incremento progresivo de la tasa de neonatos sífilíticos⁷, es importante analizar el tipo de falencias en el desarrollo de los programas para el control de esta ITS que permiten mantener prevalencia municipal del

periodo en el rango entre 0,62 y 0,87 casos de sífilis gestacional por cada 1000 nacidos vivos en cada año en estudio, superando las cifras esperadas a nivel nacional.

El comportamiento de la edad de las maternas con serología positiva para sífilis gestacional, hace evidente que el rango de edad años osciló entre los 15 a 39 años, la edad promedio fue de

22 años y la moda 24 años. Los intervalos de edad con mayores frecuencias de seropositividad en serología fueron 20-24 años (38%) y 25-29 años (31%); se destaca el diagnóstico de sífilis en 17% de mujeres en edad de adolescencia; se observa que la seropositividad para sífilis se reduce de

manera progresiva a medida que aumenta la edad de la gestante; permitiendo identificar una aparente relación inversamente proporcional o categórica negativa entre la ITS y la edad.

Figura 2.

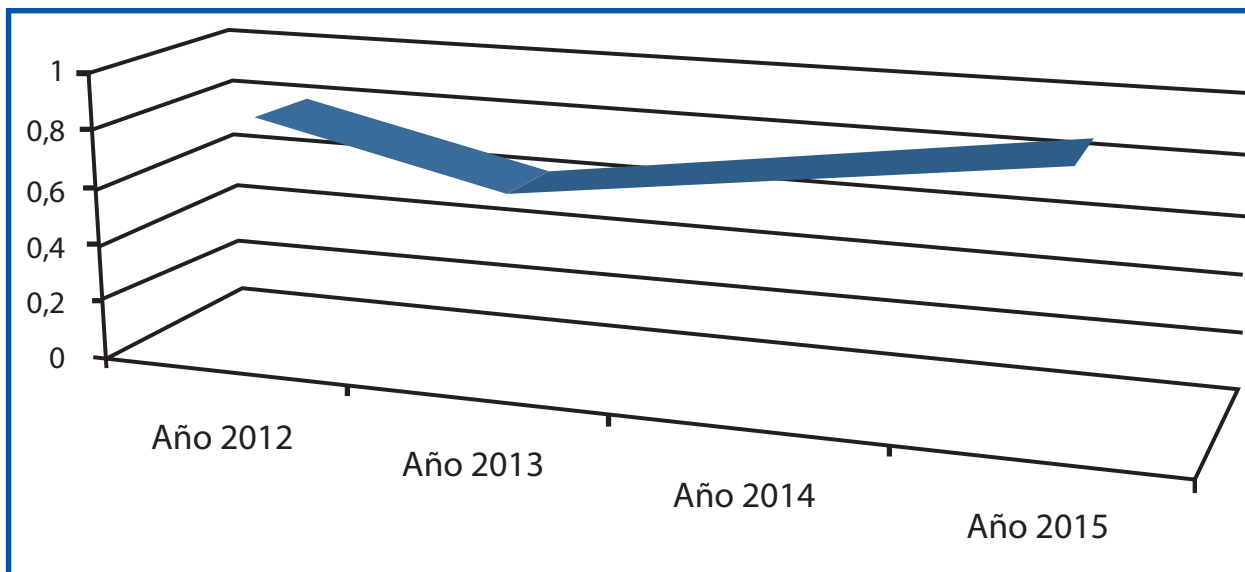


Figura 2. Prevalencia de la Sífilis Gestacional años 2012 a 2015. Montería.

Fuente: Base de datos Sivigila Municipio de Montería

Al revisar los antecedentes de sífilis se identifica que cerca de 14% de las maternas reportó antecedentes de la infección, 86% fueron casos nuevos o incidentes, o desconocían el antecedente de la infección. En el periodo, 41% de los casos de sífilis gestacional fueron identificados de manera oportuna antes de la 20a semana de gestación y recibió tratamiento precoz, 97% de las gestantes fueron tratadas con penicilina benzatínica, sin embargo; 69% de las parejas sexuales de estas mujeres no participaron del proceso de tratamiento que su situación amerita.

Lo anterior representa no solo las falencias en el control de la ITS al interior del Programa Detección de las alteraciones del embarazo, sino también fallas en el compromiso con su propia salud de las usuarias y sus parejas, todo lo cual redundo o tiene un impacto negativo sobre la salud pública, si se considera que cinco de cada seis casos son incidentes. Lo anterior evidencia la falta de control de la sífilis en el Departamento de Córdoba, Colombia, lo cual impide el cumplimiento de la meta de erradicación de la sífilis gestacional (y la transmisión vertical), en el municipio de Montería. Figura 3.

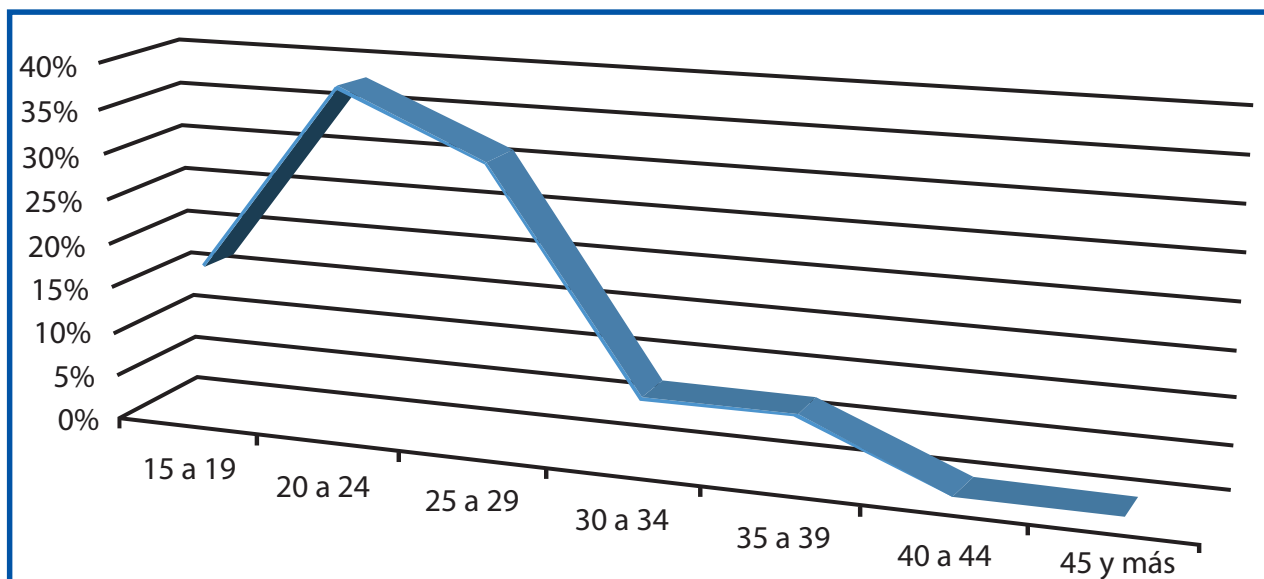


Figura 3. Sífilis gestacional por grupos de edad en Córdoba en el periodo del 2012-2015. Montería.

Fuente: Base de datos Siviigila Municipio de Montería.

De los casos confirmados 86% residen en la zona urbana de la ciudad capital de Departamento, 14% en zona rural, de ellos solo 3,5% reside en zona rural dispersa. La distribución territorial de los casos identificados prioriza en el área urbana al sector sur oriental y sur occidental del municipio en el cual se concentra la residencia habitual de la mayoría de los casos de sífilis gestacional; zona populosa en la que coinciden socialmente mujeres y hombres con quienes tienen contacto sexo-genital, lo cual debido a los cambios frecuentes de parejas sexuales común entre los jóvenes ha producido aumento del contagio.

DISCUSIÓN

Se entiende que el principio de la vigilancia epidemiológica y del programa de detección temprana de alteraciones del embarazo es el control de la prevalencia y minimización o eliminación de las enfermedades sujetas a

Vigilancia en Salud Pública; sin embargo; los resultados analizados dan cuenta de fallas en estos aspectos. Los resultados aportan una base de información epidemiológica de utilidad para focalizar de manera eficiente las acciones de la vigilancia epidemiológica y de las actividades de búsqueda activa de ITS en la población de residentes en el municipio.

A nivel nacional, se espera que las cifras de sífilis gestacional en el año 2015 estuviesen en 0,5 casos por cada 1000 nacidos vivos, sin embargo las cifras estimadas en el municipio evidencian más que su control, una tendencia hacia el ascenso si se considera la prevalencia estimada se identifica una crisis al interior del programa y a una problemática en crecimiento exponencial de esta Infección de Transmisión Sexual contenido en la Resolución 0412 de 2000⁶, vigente que ha alcanzado al final del periodo cifras de 0,87 casos de sífilis gestacional por cada 1000 nacidos vivos.

Tal situación parece ser debida a las prácticas y costumbres liberales de la sexualidad adolescente y del adulto joven en la ciudad, las cuales ocurren en un aparente contexto personal de desconocimiento de prácticas seguras en el ejercicio de su sexualidad lo cual justificaría el mayor predominio de sífilis entre las gestantes de estos grupos. Al respecto Abreu-Naranjo *et al.*¹¹, con una muestra controlada de adolescentes y adultos jóvenes demostraron que el inicio de la actividad sexual está en 12 años de edad, solo 23,9% utiliza el preservativo como medio de protección contra ITS y embarazos; lo cual aunado a los frecuentes cambios de parejas sexuales y contactos sexuales esporádicos o de ocasión explicaría por qué los grupos de edad más jóvenes son los más afectados por esta ITS; en contraposición con las mujeres de más edad que tienen vida sexual con pareja estable.

Los resultados sobre el diagnóstico oportuno y tratamiento precoz de las usuarias y sus parejas muestran además lo distante que está el Departamento de Córdoba (Colombia) de cumplir la meta de eliminar al año 2015 la transmisión materno-infantil de sífilis según la estrategia implementada por la OPS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las causas identificadas en el análisis del presente estudio, coinciden con los hallazgos del informe diagnóstico contenido en la formulación de la estrategia el cual indica que existe una insuficiente articulación en la mayoría de los procesos entre los actores del sistema de seguridad social en salud en cuanto a directrices, implementación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública para la atención de

las gestantes con sífilis y sus contactos y una débil función de vigilancia y control por parte de los entes territoriales de salud¹², todo lo cual aporta para que esta ITS se comporte como un importante evento epidémico en el Departamento de Córdoba (Colombia).

Uno de los más básicos precipitantes de esta problemática puede ser la tercerización con la cual se maneja este programa de ITS, unido a un sistema de vigilancia pasiva¹³, y a las dificultades para la captación oportuna de usuarias al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo. Esta triada de eventos administrativos no va a permitir el logro de salud pública de eliminación de la transmisión materno-infantil de sífilis, creando el terreno propicio para una emergencia en salud pública.

Otro aporte estadístico de interés es la persistencia de sífilis en el 14% de usuarias, lo cual podría evidenciar que el seguimiento que se está haciendo a pacientes diagnosticadas y sus contactos sexuales no es el adecuado, pues en los hallazgos se aprecia que siete de cada diez (7:10) compañeros sexuales de las mujeres identificadas como seropositivas no han acudido para control y tratamiento; esta situación favorece que la Infecciones Transmitidas Sexualmente (ITS) se mantenga latente no solo en las mujeres gestantes sino también en sus parejas sexuales favoreciendo la propagación de la ITS.

Otros resultados de investigaciones que poseen similitud con los hallazgos de esta investigación fueron los descritos por Díaz¹⁴, la sífilis gestacional y congénita es un problema de salud pública, quien afirma. A pesar de que el

tratamiento con penicilina benzatínica promovido por Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene 95 a 100% de efectividad y es de bajo costo, en los últimos cuatro años su impacto en la reducción de nuevos casos ha sido casi nulo; el estudio y seguimiento de las pacientes y sus contactos así como de las acciones para prevenir la enfermedad, ésta no se ha controlado.

Es pertinente que se analicen los puntos de falla de los programas involucrados en la eliminación de la sífilis gestacional y congénita para formular estrategias destinadas al control de la sífilis como ITS y como agente de mortalidad perinatal. Así mismo los profesionales de la salud encargados o contratados mediante tercerización para desarrollar las actividades, deberán mostrar un mayor compromiso que permita cumplir aunque sea fuera de los tiempos a la meta internacional de eliminación de la transmisión de la sífilis congénita; es pertinente resaltar la importancia del diagnóstico precoz, el cual debería de manera ideal darse previo a la gestación o a inicio de ésta; lo anterior requerirá fortalecer el tipo de estrategias focalizando la atención en el grupo de adolescentes y mujeres adultas jóvenes en el sector sur del municipio.

Entre las limitaciones encontradas para la realización de este estudio se podrían mencionar la poca articulación en la mayoría de los procesos realizados por las entidades que conforman el sistema de salud.

CONCLUSIONES

Se encontró una alta prevalencia de sífilis gestacional, aspecto que cuestiona el

funcionamiento de los programas respectivos para su control, así como la calidad o idoneidad de atención prestada a las gestantes, la cual puede considerarse incompleta pues los indicadores son respuesta o evidencia de falta de claridad en los aspectos educativos, concientización y compromiso tanto de la gestante como de su pareja.

La vigilancia epidemiológica en el Departamento de Córdoba para la sífilis gestacional, es pasiva, que los organismos de salud no realizan la promoción pertinente diagnosticar los casos de ITS, antes del ingreso de la usuaria al programa Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo, el seguimiento la situación de salud de las pacientes identificadas con la ITS, así como de sus contactos sexuales es deficiente.

Dentro de las alternativas que ayudarían al mejoramiento del programa podría ser, fomentar una mayor y mejor comunicación e integración entre las entidades participantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los prestadores y personal tercerizado con el fin de lograr captar la usuaria y su nexa epidemiológico, ofreciéndoles un tratamiento cómodo y efectivo para ambos.

Para un apropiado control de la incidencia y de la prevalencia de sífilis se requiere que la información suministrada por el profesional de salud a la mujer gestante o no, sea clara, precisa y completa en lo atinente a la sífilis, su desarrollo progresivo y complicaciones a nivel de su salud personal y de los hijos que pueda gestar mientras esté infectada por la espiroqueta *Treponema pallidum*¹⁵.

Recomendaciones

Conforme a los resultados de la investigación se sugiere que los entes territoriales de salud realicen en forma estratégica una campaña masiva para detección de infecciones de transmisión sexual, para lo cual se recomienda:

Focalizar de forma estratégica las campañas de educación sobre autocuidado a mujeres pre-adolescentes, adolescentes y adultos jóvenes proporcionándole información de utilidad para evitar y ejercer un mayor control sobre infecciones de transmisión sexual, disminuyendo los factores de riesgo de contagio en el periodo pre gestacional.

Los entes Territoriales, deben apropiarse de su rol de control, exigiendo el cumplimiento no solo de actividades sino de indicadores de salud pública cuando las IPS, EPS, ESE tercericen con contratistas externos la oferta de programas bajo custodia y responsabilidad del Estado en cumplimiento de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas.

Fortalecer la actividad educacional dirigida, focalizando al grupo de mayor riesgo, así como el fomento permanente de la demanda inducida del control prenatal, el diagnóstico y tratamiento oportuno de sífilis en el periodo pre-gestacional y gestacional.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **Instituto Nacional de Salud.** Colombia. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública, Protocolo de vigilancia en salud pública sífilis gestacional y congénita. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-sifilis-gestacional.pdf> [Consultado: 12 marzo del 2015].
2. **Cruz-Aconcha AR.** Situación de la Sífilis gestacional y congénita en Colombia, un desafío al Sistema general de Seguridad Social en Salud. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2012; 63 (4): 304-7.
3. **López-Gómez A, Benia W, Alemán A, Vásquez J.** Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay: 2000-2009: Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1580). Organización Panamericana de la Salud. CLAP/SMR, 2011.
4. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Colombia. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc%20%E2%80%93guia-corta-sifilis.pdf> [Consultado: 12 marzo del 2015].
5. **Instituto Nacional de Salud.** Colombia. Informe final sífilis gestacional y sífilis congénita. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiol%C3%B3gico/Sifilis%20Gestacional%20y%20Congenita%202014.pdf> [Consultado: 03 marzo del 2015].
6. **República de Colombia, Ministerio de Salud.** Resolución 0412 de 2000: Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. Disponible en: <http://www.convergenciainoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf> [Consultado: 12 abril del 2016].
7. **Secretaria de Salud Departamental de Córdoba.** Colombia. Situación de salud en los treinta municipios del Departamento de Córdoba. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Cordoba-2010.pdf> [Consultado: 05 Septiembre del 2016].
8. **Hernández R, Fernández C, Baptista P.** Metodología de la Investigación. México: *Mc Graw - Hill Interamericana*; 1991.

9. **República de Colombia, Ministerio de Salud.** Resolución No. 008430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: *El Ministerio*; 1993.
10. **Universidad de Córdoba, Facultad Ciencias de la Salud.** Resolución No. 026 del 2014. Por el cual se reglamenta el Comité de Ética de la Facultad. Montería: *Consejo de Facultad*; 2014.
11. **Abreu-Naranjo R, Reyes O, García-Rodríguez GN, León J, Naranjo-León ML.** Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales: Algunos factores desencadenantes. *Gaceta Médica Espirituana*. 2008; 10(2).
12. **Ministerio de la Protección Social.** Colombia. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis Congénita: Colombia 2011-2015. Legis; 2011.
13. **Valderrama J.** Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Organización Panamericana de la Salud, Unidad de VIH/SIDA. Washington, D.C., 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/eliminasisifilislac.pdf> [Consultado: 08 septiembre del 2016].
14. **Díaz LA.** Sífilis gestacional: un problema de salud pública. *Rev Fac Med*. 2011; 59 (3):163- 5.
15. **Paz-Burgos LE.** Treponema Pallidum: estructura y antigenicidad. *Univ Cienc Soc*. 2010; 1(2): 42- 4.