

**CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS
CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL - CONGENITA, PEREIRA 2012-2014**

CAROLINA MUÑOZ JIMÉNEZ

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA**

2015

**CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS
CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL - CONGENITA, PEREIRA 2012-2014**

CAROLINA MUÑOZ JIMÉNEZ

**Proyecto de investigación presentado para optar el Título de Gerente en Sistemas de
Salud**

Director:

Dr. Alfonso Javier Rodríguez Morales

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD

PEREIRA

2015

TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 5 |
| 2 | JUSTIFICACIÓN..... | 7 |
| 3 | OBJETIVOS GENERAL..... | 9 |
| 3.1 | Objetivos Específicos..... | 9 |
| 4 | MARCO DE REFERENCIA..... | 10 |
| 4.1 | Marco de Antecedentes..... | 10 |
| 4.1.1 | Factores epidemiológicos asociados con la sífilis gestacional - congénita..... | 10 |
| 4.1.2 | Determinantes sociales en salud y sífilis gestacional – sífilis congénita..... | 12 |
| 4.2 | Marco Conceptual..... | 13 |
| 4.3 | Marco Teórico..... | 15 |
| 4.3.1 | Diagnostico..... | 16 |
| 4.3.2 | Tratamiento..... | 17 |
| 4.3.3 | Prevalencia de SG y SC..... | 17 |
| 4.4 | Marco Demográfico..... | 19 |
| 4.5 | Marco geográfico..... | 20 |
| 4.6 | Marco legal..... | 21 |
| 5 | METODOLOGÍA..... | 24 |
| 5.1 | Tipo o diseño del estudio..... | 24 |
| 5.2 | Población y Muestra..... | 24 |
| 5.3 | Marco Muestral..... | 24 |
| 5.4 | Unidad De Análisis..... | 24 |
| 5.5 | Criterios De Inclusión..... | 25 |
| 5.6 | Criterios De Exclusión..... | 25 |
| 5.7 | Variables..... | 25 |
| 5.8 | Plan De Análisis..... | 25 |
| 5.9 | Tabulación De Datos..... | 25 |
| 5.10 | Análisis de la Información..... | 26 |
| 5.11 | Estadística Utilizada..... | 26 |
| 5.12 | Presentación de Resultados..... | 26 |
| 5.13 | Compromiso o Referente Bioético..... | 26 |
| 5.14 | Compromiso Medioambiental..... | 27 |
| 5.15 | Población Beneficiada..... | 27 |

| | | |
|--------|--|----|
| 5.16 | Aspectos Administrativos | 27 |
| 5.16.1 | Anexo C. Cronograma..... | 29 |
| 5.16.2 | Anexo D. Presupuesto | 31 |
| 5.16.3 | Anexo D. Variables..... | 32 |
| 5.16.4 | Cartas de la Secretaria de Salud y Seguridad Social de Pereira | 34 |
| 6 | BIBLIOGRAFÍA..... | 35 |

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sífilis o lúes es una enfermedad infecciosa ocasionada por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum*, de evolución crónica y de presentación universal, de transmisión sexual o transplacentaria. (1)

La Sífilis Gestacional (S.G) es un problema de salud pública mundial, de acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1999 el número de casos nuevos de sífilis en el mundo fue de 12 millones, (2) y dos millones corresponden a embarazadas. (3)

En los países desarrollados la seroprevalencia de la sífilis gestacional y congénita es baja, aunque puede diferir entre la Europa Occidental y la llamada Federación Rusa donde se informa que la incidencia de la sífilis congénita es alta. (2)

En Latinoamérica aún se presentan casos de sífilis gestacional- congénita, destacándose secuelas en los Recién Nacidos expuestos a sífilis en el embarazo y trabajo de parto, con consecuencias de alto impacto en salud, social, familiar y de alto costo para el sistema. La Organización Panamericana de la Salud indica que en el año 2002, la prevalencia estimada de sífilis en embarazadas es de 3,1% en la Región, pero muestra oscilaciones amplias por ejemplo, del 1,00 % en Perú y 6,21 % en Paraguay. La incidencia de sífilis congénita varía desde 1,40 por 1000 nacidos vivos en El Salvador, hasta 12 por 1000 nacidos vivos en Honduras, mientras que en Estados Unidos es de 0,10 casos por 1 000 nacidos vivos. (2)

En América Latina, aunque se tienen estudios que se han aproximado a relacionar determinantes sociales, no se ha logrado extraer un dato exacto de incidencia y prevalencia, ni caracterización de la población ya que los sistemas de información difieren entre países. (4).

En Colombia en el 2006 se registró una incidencia de Sífilis Gestacional de 3,28 por 1000 Nacidos vivos (5), en Risaralda 5,15 *1000 NV en el año 2011, y en Pereira se notifica una incidencia de 10,6 por 1000 NV, Dato suministrado por la Secretaria de Salud y Seguridad Social de Pereira.

La sífilis gestacional- congénita, son problemas de salud pública graves por el que cursan los países de Latinoamérica, entre ellos Colombia, siendo una enfermedad prevenible, costo-efectiva, y tratamiento corto de fácil acceso y cubierta por el Plan Obligatorio de Salud (POS), Resolución 5521 de 2013, y por el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) reglamentado por la Resolución 518 de 2015.(6)

Las acciones de salud pública encaminadas a la eliminación de la Sífilis Gestacional, congénita, iniciaran con la identificación del comportamiento epidemiológico que inciden en este evento de interés en salud pública, además de políticas públicas que rompan con la “transmisión intergeneracional” (7), que ha construido a Colombia en un país desigual en todos los contextos del desarrollo humano.

PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características del comportamiento epidemiológico de los casos de sífilis gestacional- congénita, Pereira 2012-2014?

2 JUSTIFICACIÓN

El grado de desarrollo de un país, se evalúa en la calidad de vida de su población, en especial de las mujeres, niños y niñas, ya que son los cimientos del desarrollo social, cultural, económico de la sociedad actual y del futuro.

La Sífilis Gestacional – Sífilis Congénita (SG-SC), conforma un problema de salud pública por el impacto directo a población priorizada, que son las mujeres gestantes y los recién nacidos, identificando para la sífilis gestacional un tratamiento asequible, eficaz y de bajo costo.

La sífilis gestacional es una enfermedad prevenible y curable, su alta incidencia se relaciona con las barreras de accesibilidad, calidad, oportunidad, pertinencia y seguridad de la prestación de los servicios de salud, desde el diagnóstico, pasando por la atención, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

La sífilis gestacional, presenta graves complicaciones durante el embarazo, identificadas como aborto, parto pre-término, bajo peso al nacer, muerte neonatal, discapacidad auditiva, y malformaciones congénitas (8); además también se destaca las implicaciones socio-económicas y de desarrollo humano consecuentes a la presencia de este evento de interés en salud pública en un país y en el mundo.

De acuerdo a características del comportamiento epidemiológico influyentes en la SG-SC, se pretende implementar Políticas públicas, y acciones en Atención primaria en salud, en la cual sea un proceso de construcción del individuo, de la familia y de la comunidad, consolidando una mejor interacción con el sistema de salud, y una cultura saludable basada en autonomía individual y colectiva para la toma de decisiones positivas para la salud, en todos los aspectos de desarrollo humano. Especialmente en lo concerniente a las estrategias de control, el PDSP 2012-2021, contempla el abordaje para lograr una reducción significativa de la ocurrencia de la enfermedad en el país.

Esta investigación, permitirá determinar las características del comportamiento epidemiológico de los casos de sífilis gestacional- Congénita, Pereira 2012-2014, como base para generar planes de acción e intervenir a nivel local, para contribuir al

cumplimiento de la meta del Plan decenal de salud 2012-2021 de alcanzar y mantener, la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos (9), enmarcado en la protección a la salud materna, por medio de la promoción y la prevención de la Sífilis Gestacional - Congénita.

3 OBJETIVOS GENERAL

Determinar las características del comportamiento epidemiológico de los casos de sífilis gestacional- congénita, Pereira 2012-2014.

3.1 Objetivos Específicos

- Establecer las características sociodemográficas de la población de Sífilis Gestacional.
- Caracterizar la edad gestacional al momento de iniciar el control prenatal y la realización oportuna del tratamiento.
- Describir los casos de sífilis gestacional por régimen de seguridad social.
- Identificar las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) asociadas a los casos de sífilis Gestacional.
- Ubicar las comunas donde se presenta el mayor número de casos de sífilis gestacional.

4 MARCO DE REFERENCIA

4.1 Marco de Antecedentes

4.1.1 Factores epidemiológicos asociados con la sífilis gestacional - congénita

Aproximadamente 12 millones de casos nuevos de sífilis en población adulta ocurren cada año en el mundo, según la OMS, identificando como una infección reemergente. El 90% de estos en países en vía de desarrollo, en Latinoamérica y el caribe se estima que son aproximadamente 3 millones de casos nuevos anuales. (4)

Durante el año 2002, la prevalencia de sífilis gestacional estimada es de 3,1% aproximadamente (un problema grave), para el 2006 Brasil presentó 5.789 casos nuevos, Colombia 773, Perú 517, y Argentina 579. (4)

La salud materno-infantil incluye eventos de interés en salud pública como son la Mortalidad Materna y la sífilis gestacional- Congénita, por ende el panorama descrito con la información de la vigilancia epidemiológica de mortalidad materna se puede incluir en SG-SC. De acuerdo a lo anterior se anexa en esta investigación, El Informe Observatorio Nacional de Salud, en el cual se exalta la importancia de superar las desigualdades en territorios en cuanto a servicios maternos asequibles, de calidad y culturalmente apropiados, que tienen distintos efectos en las mujeres dependiendo de la edad, ingresos, grupo étnico, nivel de educación y zona geográfica de residencia. La población indígena y afro-descendiente presenta mayor riesgo de morbi-mortalidad considerando su afectación por condicionantes culturales y socioeconómicos y dificultades para el acceso a servicios de salud.(10)

La Organización Panamericana de la Salud y UNICEF publican el informe Una década de Sífilis Gestacional y Congénita en Uruguay 2000- 2009, en el cual se obtiene que los determinantes sociales de la SG están vinculados fundamentalmente a las desigualdades de clase y género; a los estereotipos sobre la maternidad; a la baja participación de los varones a la hora de asumir sus responsabilidades sexuales y reproductivas; a la falta de condiciones de estas mujeres para fortalecer su autonomía personal y empoderamiento para ejercer y exigir derechos sexuales y reproductivos; a la relación entre exclusión social, patrones de

fecundidad, exposición al riesgo de ITS y embarazo no deseado; a las barreras socioculturales y subjetivas para ejercer el derecho a la salud y el acceso a la atención oportuna; a los significados asociados a la sífilis como una enfermedad inexistente y/o inocua y a la higiene “intima” y la fidelidad como barreras de alta eficacia simbólica para su prevención; entre los más significativos. (11)

En cuanto a los determinantes sociales y subjetivos algunos se evidencian a partir del perfil sociodemográfico y sanitario predominante de las mujeres entrevistadas: trabajo remunerado precario o desocupadas, situación conyugal de unión concubinaria, nivel educativo bajo o medio bajo, inicio de la reproducción en adolescencia; captación tardía del embarazo. Algunas mujeres presentaron factores de mayor riesgo como antecedentes de violencia doméstica y sexual, consumo de PBC, situación de calle o trabajo sexual. (11)

En Colombia, la SG- SC son eventos de interés en salud pública de notificación obligatoria, (12), a través de SIVIGILA de acuerdo a la resolución 3518 de 2006. La ficha de notificación cuenta con información relacionada con datos sociodemográficos, la atención en salud; la barrera es calidad de los datos registrados (13).

En Colombia se realizó un estudio relacionado, en 2005-2010, identifica que los departamentos marginados por condiciones de guerra, e históricamente han presentado desigualdades sociales, económicas, geográficas, e insatisfacción de necesidades básicas, presentan mayor incidencia de SG-SC, como es el caso del departamento de Choco, aunque se registra una disminución de 2005 a 2011, relacionada con ampliación de la cobertura de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). (5)

4.1.2 Determinantes sociales en salud y sífilis gestacional – sífilis congénita

Colombia es un país desigual en todos los contextos, desde salud hasta el desarrollo humano, siendo esta situación una “transmisión intergeneracional” que actúa como barrera para que las intervenciones en Salud Pública no tengan los resultados esperados (14). Esto funciona de acuerdo a lo propuesto en el modelo de Dahlgreen y Whitehead, en el cual la estratificación económica y social de los individuos y grupos poblacionales marcan las diferencias en la situación de salud; es decir, no es un proceso aleatorio, por el contrario define las condiciones de vida y trabajo de los individuos y grupos (15).

Dado que el grado de desarrollo de un país está determinado principalmente por la calidad de vida de su población, en especial de las mujeres, los niños y las niñas (16); la salud sexual y reproductiva está relacionada con la calidad de vida individual y social, estableciéndose una comunicación bidireccional entre el desarrollo social y la salud sexual.

Los indicadores de SG-SC, están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de la prestación de los servicios de salud, educación, información y los índices de pobreza. Estos problemas en salud pública, con una raíz en condiciones socioculturales desfavorables llevaron a la OMS a implementar desde los setentas la estrategia “Salud Para Todos”, que cambió drásticamente el enfoque de la APS; el nuevo enfoque de APS, pretende que los sistemas de salud estén volcados a generar estrategias efectivas y sostenibles que den solución a los problemas en salud, y produzcan sociedades más equitativas (17).

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que se enfoca en generar información sobre los DSS, formulación de políticas públicas que apunten a la equidad en salud, y un compromiso del estado sobre las acciones propuestas. (18).

La ley 1438 de 2011 y el plan decenal de salud pública están direccionados a desarrollar estrategias y acciones para la identificación de los determinantes sociales en salud.

En Costa Rica se realiza una investigación en un hospital en la cual concluyen que Los determinantes sociales ligados al evento es el desconocimiento por parte de las mujeres gestantes sobre la sexualidad, el bajo nivel educativo, baja autoestima para negociar el uso del preservativo, y la edad, las adolescentes presentan mayor riesgo, así como otros factores de índole cultural, social y personal que las hace más vulnerables ante esta problemática de salud pública. (19)

Perú, desarrollo un estudio comprendido entre 2000-2010 en el cual se concluye que “la ausencia de educación, el bajo número de control prenatal, la mayor paridad, el ser conviviente o soltera, y el vivir en la selva, son factores asociados a sífilis”.(20)

“También se calculó la proporción de HSH que se declararon heterosexuales o bisexuales en la circunstancia actual, es decir, en el momento de realizarse el estudio. Por ello se consideró pertinente incluir datos sobre la prevalencia en HSH en el análisis regional de la sífilis materna y congénita”. (21)

Colombia es un país multicultural, por lo tanto para eliminar la SG- SC el sistema de información en salud pública debe tener como finalidad lograr un adecuado monitoreo de la sífilis en la gestante, identificado su perfil epidemiológico en los diferentes Departamentos.

4.2 Marco Conceptual

En esta investigación los conceptos claves son: Sífilis, sífilis gestacional (SG)- Sífilis congénita, epidemiología y determinantes sociales en salud.

Sífilis:

Definición en MeSH: A contagious venereal disease caused by the spirochete *Treponema Pallidum*. (22)

Definición de protocolo de vigilancia en salud pública sífilis gestacional y congénita: La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica exclusiva del humano, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas. La transmisión sexual se produce por inoculación del microorganismo en abrasiones causadas por micro traumatismos en piel o mucosas durante las relaciones sexuales, evolucionando a erosiones y posteriormente a úlceras. (23)

Definición de protocolo de vigilancia en salud pública sífilis gestacional y congénita:
Sífilis Gestacional: Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (como por ejemplo: úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada. (23)

Definición de MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed. (22)

- Sífilis Congénita (SC) (Syphilis, Congenital): La sífilis adquirida en el útero y que se manifiesta por cualquiera de las siguientes características: dientes de Hutchinson o malformaciones óseas y por la sífilis mucocutánea activa en el nacimiento o poco después. También pueden ocurrir complicaciones oculares y neurológicas.
- Epidemiología (epidemiology): El campo de la medicina que se ocupa de la determinación de las causas, incidencia y comportamiento característico de los brotes de enfermedades que afectan a las poblaciones humanas. Incluye las interrelaciones de huésped, agente, y el medio ambiente en relación con la distribución y el control de la enfermedad.
- Determinantes Sociales (Social Determinants of Health): Las circunstancias en las que las personas nacen , crecen , viven, trabajan , y la edad , así como los sistemas puestos en marcha para hacer frente a la enfermedad. Estas circunstancias están a su vez formadas por un conjunto más amplio de fuerzas: la economía, la política social y la política.

4.3 Marco Teórico

Las investigaciones de determinantes sociales y perfil epidemiológico, han aumentado como resultado de una preocupación, de salubristas que han demostrado su influencia de estos en la salud de la población, anexando países destacados por su desarrollo en salud pública que desarrollan políticas para mejorar la calidad de vida de sus habitantes, siendo estos los que mejores indicadores en salud tienen en el mundo. (24)

La Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), define los DSS como “los factores sociales, económicos, culturales, étnicas / raciales, y psicológicos”, que influyen en la situación de salud de una población determinada. La Organización Mundial de la Salud, define los DSS como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan; Nancy Krieger (2001), investigadora de la Universidad de Harvard, EUA, define los DSS, como factores y mecanismos mediante los cuales las condiciones sociales afectan a la salud y potencialmente se puede cambiar a través de acciones basadas en la información. (25)

Desde el siglo XIX, William P. Alison en Escocia en 1820, describe la relación de la pobreza y la enfermedad, en la cual él propuso ante el gobierno estrategias para acabar con la miseria, para erradicar las epidemias del momento. (24)

Rudolf Virchow, como fundador de la salud pública moderna, realiza un enfoque sobre la determinación social de la enfermedad y su relación con la política. (18)

Otra perspectiva desarrollada en los últimos años es la determinación de la salud, definida como un fenómeno probabilístico y no mecanicista, en la cual el estado de salud es el resultante de la interacción de los fenómenos biológicos y sociales (18). Conceptualizado como un avance en la salud pública, y ofrece considerables beneficios para la acción común; establece una escala de prioridades, fijación de estrategias, y medición de avances, mejorando el manejo de los recursos financieros. (18). Conjugó lo macro con lo micro, lo distal con lo proximal, lo estructural con lo intermedio, y centra su enfoque en el proceso social, con interacción de una red de múltiples agentes Biológicos, naturales, y sociales. (26)

La definición de caso de SG- SC, de acuerdo a la actualización de la primera guía de atención incluida en la Resolución 0412 de 2000, fue realizada y socializada en el 2014 por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Esta guía contiene una sección de recomendaciones que tiene la definición del caso probable y confirmado para SG, SC, además se continúa con las pruebas de diagnóstico: la prueba treponémica (son pruebas rápidas FTA-Abs), y las prueba no treponémica (son VDRL y RPR) como se venía manejando. En la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. 2014 se define como caso confirmado de SC aquel que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

Fruto de la gestación:

- (mortinato o nacido vivo) de madre con SG sin tratamiento o con tratamiento inadecuado.
- con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno.
- Todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones clínicas de SC al examen físico con exámenes paraclínicos alterados de SC.
- Todo fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de autopsia. (27)

Definición de SG-SC de la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia 2014.

4.3.1 Diagnóstico

Pruebas No Treponemicas: detectan anticuerpos que no son específicos para sífilis, y pueden estar presentes en otro tipo de enfermedades como lupus. Estas son el VDRL- Rpr. (27)

Pruebas Treponemicas: Es una prueba más específica, conformada por las pruebas rápida y FTA ABS (Fluorescent treponemal antibody absorbed), entre las reconocidas en Colombia. (27)

El diagnostico confirmatorio es con prueba treponemica positiva, rápida o Fta-Abs, acompañado de una prueba No Treponemica Reactiva a cualquier dilución, que no ha recibido tratamiento. (27)

La guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, el tamizaje de atención prenatal debe iniciar con prueba rápida (treponémica) y si el resultado es Positivo, se deben realizar las pruebas no treponémicas (VDRL o RPR) y reportar sus diluciones. (23)

4.3.2 Tratamiento

La guía de para Infecciones de transmisión sexual CDC DE 2010, como la guía canadiense soportan el uso de la Penicilina Benzatínica. (27)

La penicilina Benzatinica se empezó a utilizar para el tratamiento de sífilis desde la década de los 40, hasta la fecha no se ha reportado resistencia del *Treponema Pallidum* agente causal de la sífilis. (3)

El tratamiento indicado para Sífilis temprana: menor o igual a un año: se debe administrar una única de Penicilina Benzatínica, dosis de 2.400.000 UI Intramuscular. Si es tardía, con un diagnostico mayor a un año o de o de duración desconocida se administra penicilina benzatica de 2.400.000 UI IM, dosis semanal por 3 semanas. (27)

4.3.3 Prevalencia de SG y SC

Aproximadamente 1,3 millones de gestantes en el mundo presentaron sífilis activa en 2008 de las cuales el 80% tuvo una atención prenatal. Sin embargo, se presentaron 520 mil desenlaces adversos incluyendo aborto, muerte fetal, muerte neonatal, infantes pretérmino o de bajo peso y recién nacidos infectados. Las mayores proporciones de gestantes seropositivas para sífilis se evidenciaron en África (2,13%), América (0,84%) y Asia (0,6%) (28).

A pesar de que los países Europeos tenían muy pocos casos de SC para la década de los 90, recientemente se ha evidenciado incremento en la cantidad de casos en España (29), Italia (30, 31) Reino Unido (32), Rusia (33), Polonia (34), entre otros; esto ha llevado a tomar la SG como una enfermedad re-emergente en este continente. Estados Unidos inversamente presentó un importante descenso en la cantidad de casos de SC pasando de 4.410 en 1991 a 353 en 2004 (35).

En Asia se encuentran reportes en diferentes países como Israel o India en la literatura médica, donde reportan que la SC sigue siendo un problema en sus poblaciones (36, 37). Sin embargo, es China el país de esta zona que tiene mayor cantidad de publicaciones donde se describe como ha incrementado la SC en las décadas y las estrategias que se han implementado para controlar esta enfermedad, con un énfasis en las áreas rurales (38, 39).

En África la sífilis es considerada una enfermedad frecuente entre las mujeres en edad fértil, con prevalencias que oscilan entre 3,1% hasta el 8,3% 23-25. Esta prevalencia incrementa entre mujeres embarazadas. Se estima que el 25% de los casos de SC del mundo ocurren en Latino América y el Caribe, lo que significan 100 mil abortos por SG al año en la región. La prevalencia de sífilis en gestantes varía desde 0,7% hasta 7% de acuerdo a los diferentes países (40).

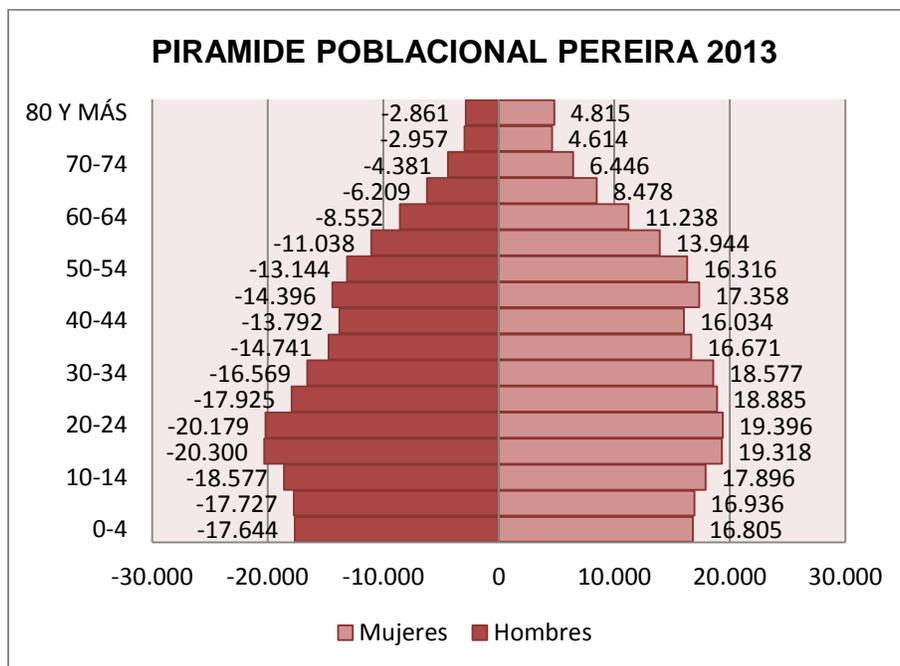
En la literatura se encuentran estudios que describen la situación epidemiológica de países como Haití (41), Bolivia (42), Argentina (43), Chile (44) y Perú (45) . Un análisis de estadísticas oficiales en la región mostró que para el 2006 solo 8 de los 20 países estudiados cumplían con el objetivo de tasas de presentación menores a 0,5 casos de SG por cada 1000 nacidos vivos (4). Además, a pesar de que Argentina (6.227 casos), Perú (4.521 casos), Venezuela (3000 casos) tienen igual o mayor cantidad de casos de sífilis.

De acuerdo a cifras oficiales del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) Colombia tiene una tasa de 2,9 casos de SG por cada 1000 nacidos vivos (46). Además, de acuerdo a reportes de poblaciones seleccionadas en Bogotá y Buenaventura, se encontró que hasta el 6% de las gestantes son sero positivas para sífilis (47, 48).

En el Municipio de Pereira, según datos de la Secretaría Municipal de Salud, se presentaron 28 casos confirmados en el 2010, con incremento hasta 43 casos para el 2011 y reportes de 29 casos en 2012 y 2013. Para el 2014 se dio una disminución hasta 10 casos. El incremento entre 2010 y 2013 se atribuye al incremento en la búsqueda activa, la cobertura en salud y el parto institucionalizado, que dio como resultado inicial aumento en el número de casos con posterior disminución. **Datos de la Secretaria de Salud y Seguridad Social de Pereira.**

4.4 Marco Demográfico

Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo y edades simples de 0 a 26 años, la población del municipio de Pereira es de 462.209 habitantes, de los cuales 126.239 corresponden a mujeres en edad fértil, para el año 2013. Datos suministrados por la Secretaria de Salud y Seguridad Social de Pereira.



Secretaria de Salud y Seguridad Social de Pereira.

4.5 Marco geográfico

Pereira es una ciudad de Colombia, capital del departamento de Risaralda. Es la ciudad más poblada de la región del Eje cafetero, y la segunda más poblada de la región Paisa después de Medellín; cuenta con 469.612 habitantes y conforma el Área Metropolitana de Centro Occidente, junto con los municipios de Dosquebradas, La Virginia alcanzan una población de 700.526 habitantes aproximadamente). Está ubicada en la región centro-occidente del país, en el valle del río Otún en la Cordillera Central de los Andes colombianos.

El área municipal es de 702 km²; limita al norte con los municipios de La Virginia, Marsella y Dosquebradas, al noreste con Santa Rosa de Cabal y al este con el departamento del Tolima, al sur con los departamentos de Quindío y Valle del Cauca, al oeste con el municipio de Balboa y el departamento del Valle del Cauca.

Pereira se encuentra sobre la cordillera central, sobre el valle del río Otún, y parte del valle del río Cauca, Pereira al igual que muchas ciudades Colombianas, posee zonas altas de difícil acceso o partes planas o poco empinadas, las calles de la ciudad se hacen conforme

al relieve de la zona, caso tal como la Avenida el Río que cruza el valle del río Otún, por lo cual posee pocas elevaciones pero sí varias ondulaciones laterales.

La mayor parte del territorio municipal corresponde al relieve escarpado de la Cordillera Central. Entre los accidentes orográficos se destacan los nevados del Quindío, del Ruiz y Santa Isabel, situados en los límites con los departamentos de Quindío, Caldas y Tolima respectivamente.

El sistema hidrográfico del municipio comprende los ríos Cauca, Barbas, La Vieja, Otún y Consota, con sus numerosos afluentes. Por lo quebrado de su relieve, goza de variedad de climas, presentando los siguientes pisos térmicos: cálido, 60 km²; medio, 367 km²; frío, 70 km² y páramo, con 107 km².



Mapa de Pereira- ALCALDIA DE PEREIRA

4.6 Marco legal

Para el desarrollo de la presente investigación se tendrán en cuenta las siguientes normativas:

| | |
|-----------------------------------|---|
| Constitución Política De Colombia | Derechos fundamentales; artículos: 5, 7, 42, 43, 44, 93, 189, y 357, modificado por el artículo 4 del Acto. Legislativo 4 de 2007 |
|-----------------------------------|---|

| | |
|---|--|
| Ley 12 de 1991 | Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, Artículo 24, promulgada por el Decreto 94 de 1992. |
| Ley 100 de 1993 | Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. |
| Ley 1438 de 2011 | Por medio de la cual se reforma el SGSSS. TITULO I – Salud Pública, Promoción y Prevención y Atención Primaria en Salud. TITULO II – Acciones de salud pública, Atención Primaria en Salud y Promoción y Prevención. |
| Resolución 5521 de 2013 | Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS) |
| Resolución 518 de 2015 | Por el cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) |
| Resolución nº 8430 de 1993 | Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. |
| Acuerdo 117, artículo 172 de la ley 100 de 1993. | Por el cual se determina el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones a enfermedades de interés en salud pública. |
| Resolución 412 de 2000 del ministerio de salud | Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. |
| Resolución 0425 del 2008 | Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. |
| Decreto 4875 de 2011 | Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia - AIPI - y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia. |
| Decreto 3039 de 2007 | Se adopta el Plan Nacional de salud Pública 2007 – 2010. 1. Capítulo III: Líneas de Política La promoción de la salud y la calidad de vida. |
| Resolución 1841 de 2013 | Se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. |
| Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2007 | La política propone las líneas de acción Maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva en la adolescencia, cáncer de cuello uterino, ITS- VIH-SIDA, Violencia sexual y doméstica. |
| Derechos sexuales y reproductivos (1997) | Pretenden garantizar libertades en materia de sexualidad humana, así como asistencia e intervenciones efectivas por parte de las instituciones de salud, en el bienestar sexual y reproductivo de las poblaciones. |

| | |
|---|--|
| Acuerdo #59 política pública de salud sexual y reproductiva | El municipio de Pereira como garante de derechos sexuales y reproductivos, adopta la política pública, mediante el Acuerdo N° 59, “POR EL CUAL SE ADOPTA LA POLITICA PÚBLICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA”. |
|---|--|

5 METODOLOGÍA

5.1 Tipo o diseño del estudio

Este estudio será de tipo Descriptivo Retrospectivo de fuente secundaria. En él se utilizarán las bases de datos de SIVIGILA de Enero a Diciembre de los años 2012, 2013 y 2014, aportadas por Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira.

5.2 Población y Muestra

Gestantes con diagnóstico de sífilis incluidas en la base de datos SIVIGILA durante los años 2012, 2013 y 2014.

5.3 Marco Muestral

Base de datos suministrada por la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira, ver anexo A. Se considera que la población objeto obedece al universo registrado, ya que no se realiza un proceso de cálculo de tamaño de muestra.

5.4 Unidad De Análisis

Cada uno de los registros de mujeres embarazadas y recién nacidos con diagnóstico de sífilis.

5.5 Criterios De Inclusión

Para la realización de este trabajo se incluirán los registros que cumplan con los siguientes criterios:

- Datos correspondientes a mujeres embarazadas u recién nacidos con diagnóstico de sífilis notificados en formato de SIVIGILA.
- Datos de las mujeres residentes en Pereira, Risaralda.

5.6 Criterios De Exclusión

Para la realización de esta investigación no se contemplaran criterios de exclusión.

5.7 Variables

Las variables que se utilizaran, son las que están incluidas en la base de datos suministrada por la secretaria de salud municipal de Pereira, de SIVIGILA. Ver anexo B Operacionalización de las variables.

5.8 Plan De Análisis

El análisis se realizara teniendo en cuenta como insumo la base de datos de SIVIGILA facilitada por secretaria de salud municipal de Pereira, el programa donde se analizaran los datos es STATA 12.

5.9 Tabulación De Datos

La tabulación de los datos se realizara a través del informe de notificación obligatoria que se realiza a SIVIGILA de la Secretaría de Salud municipal de Pereira, de allí se exportara a un archivo de EXCEL de donde se procederá a exportar a STATA 12 para su análisis.

5.10 Análisis de la Información

El análisis univariado de la información corresponderá a las variables demográficas y complementarias expresadas en la operacionalización de las variables; se obtendrán los promedios y desviaciones estándar una vez se demuestre el ajuste a la distribución normal de las variables cuantitativas. En las variables categóricas se presentaran cuadros de frecuencia.

El análisis de los datos se realizara con el programa de análisis estadístico STATA 12.

5.11 Estadística Utilizada

Estadística descriptiva con medidas de tendencia central.

5.12 Presentación de Resultados

La presentación de los resultados se realizara de acuerdo a las indicaciones para la comunicación de estudios observacionales: declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the reporting of Observational studies in Epidemiology).

5.13 Compromiso o Referente Bioético

Al ser un estudio de tipo descriptivo no se lesiona la integridad de la población, con un nivel de riesgo de la investigación bajo, según la resolución 8430 del Ministerio de Salud. Por ser académico se cuenta con consentimiento institucional de la secretaría municipal de salud de Pereira para el uso de la base de datos, ver anexo A.

5.14 Compromiso Medioambiental

La investigadora del presente proyecto se compromete a que utilizara el menor número de recursos naturales posibles, y en la medida de la información recolectada se procesara y analizara a través de medios electrónicos y/o en la utilización de productos reciclables durante todo el proceso de la investigación.

5.15 Población Beneficiada

La población beneficiada con el estudio son los niños recién nacidos y embarazadas que con diagnóstico de sífilis; ya que con la información que aporte el estudio realizado, se podrán realizar planes de acción por parte de los entes involucrados con la comunidad para el beneficio de la población materno infantil con el riesgo de diagnóstico de sífilis.

5.16 Aspectos Administrativos

Ver anexo

- A -Cronograma-
- D - presupuesto.
- Cartas de la Secretaria de Salud y Seguridad Social de Pereira

5.16.2 Anexo D. Presupuesto

| PRESUPUESTO GLOBAL | TIEMPO | COSTO | |
|---|---|----------------------------|-------------------|
| PERSONAL INVESTIGADOR | | | |
| Investigadores Principales | 20 horas semanales. Cantidad #2. Por 4 semanas | 6.400.000 | |
| Asesoría de Expertos | 5 horas. | 250.000 | |
| MATERIAL FUNGIBLE | | | |
| Material | Unidades | Costo | |
| Resma de Papel | 2 | \$14.000 | |
| Cartuchos de Impresora | 1 | \$40.000 | |
| MATERIALES, SUMINISTROS Y BIBLIOGRAFÍA | | | |
| Materiales | Cantidad | Valor Unitario (\$) | Total (\$) |
| Fotocopias | 68 | 100 | 6.800 |
| Uso computador (horas) | 160 | 20 | 3.200 |
| Uso Internet (horas) | 100 | 20 | 2.000 |
| Discos compactos | 4 | 5000 | 20.000 |
| Transporte | 68 | 1700 | 115600 |
| TOTAL | | \$147.600 | |
| TOTAL DE LA INVESTIGACIÓN | | \$6.851.600 | |

5.16.3 Anexo D. Variables.

| VARIABLES DE ESTUDIO | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------|
| NOMBRE | NIVEL DE MEDICIÓN | CATEGORÍA | CODIGO |
| Edad | Razón | 10-14 años | 1 |
| | | 15-19 años | 2 |
| | | 20-24 años | 3 |
| | | 25- 29 años | 4 |
| | | 30-34 años | 5 |
| | | 35-39 años | 6 |
| | | 40-44 años | 7 |
| | | 45-49 años | 8 |
| | | 49 años o mas | 9 |
| Lugar de Residencia | Nominal | Urbana | 1 |
| | | Rural | 2 |
| Comuna | Nominal | Comuna Villa Santana | 1 |
| | | Comuna Oriente | 2 |
| | | Comuna Centro | 3 |
| | | Comuna Universidad | 4 |
| | | Comuna El Oso | 5 |
| | | Comuna Ferrocarril | 6 |
| | | Comuna San Nicolás | 7 |
| | | Comuna Del Café | 8 |
| | | Comuna Cuba | 9 |
| | | Comuna San Joaquín | 10 |
| | | Comuna Consota | 11 |
| | | Comuna Bostòn | 12 |
| | | Comuna Perla del Otún | 13 |
| | | Comuna Villavicencio | 14 |
| | | Comuna Rio Otún | 15 |
| | | Corregimiento La Bella | 16 |
| | | Corregimiento Caimalito | 17 |
| | | Corregimiento Puerto Caldas | 18 |
| | | Corregimiento Combia Alta | 19 |
| | | Corregimiento Cerritos | 20 |
| | | Corregimiento Tribunas | 21 |
| Etnia | Nominal | Indígena | 1 |
| | | Palenquero | 2 |

| | | | |
|--|---------|---------------------------------------|----|
| | | ROM | 3 |
| | | Afro Colombiano | 4 |
| | | Raizal | 5 |
| | | Otros | 6 |
| Factores de Riesgo sociales | Nominal | Habitante de calle | 1 |
| | | Trabajadora sexual | 2 |
| | | Consumidor de sustancias psicoactivas | 3 |
| Tipo de Aseguramiento | Nominal | Contributivo | 1 |
| | | Subsidiado | 2 |
| | | Población pobre no asegurada | 3 |
| | | Régimen Especial | 4 |
| EPS de afiliación | Nominal | Salud Total | 1 |
| | | Comeva | 2 |
| | | S.O.S | 3 |
| | | Nueva E.P.S | 4 |
| | | Cosmitet | 5 |
| | | Asmet salud | 6 |
| | | Cafesalud Subsidiado | 7 |
| | | Caprecom | 8 |
| | | Cafesalud Contributivo | 9 |
| | | Salud Coop | 10 |
| | | Sanitas | 11 |
| | | Sura | 12 |
| Condición al momento del Diagnostico | Nominal | Embarazo | 1 |
| | | Parto | 2 |
| | | Puerperio | 3 |
| | | Pos- Aborto | 4 |
| Asistencia al Control Prenatal | Nominal | SI | 1 |
| | | NO | 2 |
| Número de Controles Prenatales | Razón | 0 | 1 |
| | | 1- 3 Controles Prenatales | 2 |
| | | 4-6 Controles Prenatales | 3 |
| | | 5-7 Controles Prenatales | 4 |
| | | Mayor a 7 Controles Prenatales | 5 |
| Edad gestacional al momento del Diagnóstico de Sífilis Congénita | Razón | 1- 12 Semanas de Gestación | 1 |
| | | 12- 24 Semanas de Gestación | 2 |
| | | 24--36 semanas de gestación | 3 |

| | | | |
|---|---------|---|---|
| | | 36- 41 Semanas de Gestación | 4 |
| | | Parto- Puerperio | 5 |
| Administración de Tratamiento a la madre del Rn con Diagnostico de SC | Nominal | SI | 1 |
| | | NO | 2 |
| Administración de Tratamiento los contactos sexuales de la madre del Rn con Diagnostico de SC | Nominal | SI | 1 |
| | | NO | 2 |
| Unidad Primaria Generadora de Datos que notifica el evento de SC | Nominal | Unidad Intermedia del Centro | 1 |
| | | Hospital Universitario San Jorge de Pereira | 2 |
| | | Clínica Comfamiliar Risaralda | 3 |
| | | Clínica Los Rosales | 4 |
| | | Corporación Ips Clínica Saludcoop | 5 |

5.16.4 Cartas de la Secretaria de Salud y Seguridad Social de Pereira

5.16.4.1 [Respuesta de la Secretaria de Salud y Seguridad Social \(SS y SS\).](#)

5.16.4.2 [Resolución 879 de 2015 lineamientos de investigación en SS y SS.](#)

6 BIBLIOGRAFÍA

1. Salud OPdl. “Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe”. Washington, D.C.: OPS © 2009;(OPS/FCH/HI/06-09.E).
2. Valderrama J. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Washington, DC: OPS, 2005.[Visitado 2014 Feb 11].
3. VÉLEZ LIG. RECONOCIENDO EL PROBLEMA DE LA SÍFILIS EN LAS GESTANTES.
4. Galban E, Benzaken A. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007;19:166-72.
5. Alzate-Granados JP, Sánchez-Bello NF, Amaya-Arias AC, Peralta-Pizza F, Eslava-Schmalbach J. Congenital syphilis incidence disparities in Colombia 2005 to 2011: an ecological study. Revista de Salud Pública. 2012;14(6):968-81.
6. Resolución 518 de 2015, (2015).
7. Desarrollo PdINUpe. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010: Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); 2010.
8. De Santis M, De Luca C, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Straface G, et al. Syphilis Infection during pregnancy: fetal risks and clinical management. Infect Dis Obstet Gynecol. 2012;2012:430585. Epub 2012/07/26.
9. Ministerio de salud y protección social. Plan Decenal de Salud Pública. Ministerio de salud y protección social. 2012-2021.
10. Salud INd. Primer Informe Observatorio Nacional de Salud: Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia. 2011.
11. López Gómez A, Benia W, Alemán A, José V. Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay: 2000-2009: situación epidemiológica, determinantes sociales y políticas públicas: informe. CLAP/SMR Publicación Científica: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva; 2011.
12. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública: Sífilis gestacional y sífilis congénita. In: Ministerio de Salud, editor. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2014.
13. Presidente de la República de Colombia -MdlPS. Decreto Número 3518 de 2006 Dado en Bogotá, D. C., a 9 de octubre de 2006.
14. Torche F. Sociological and economic approaches to the intergenerational transmission of inequality in Latin America. 2009.
15. EDITORA FOC. Las Causas Sociales de las Inequidades en Salud en Brasil. 2008;CDD - 22.ed. – 362.10981.
16. COLOMBIA MdSyIPS-O-GTP. PLAN NACIONAL DE RESPUESTA ANTE LAS ITS-VIH7 SIDA COLOMBIA 2012-2017. 2014.
17. (OPS/OMS) DdPdIOPdlSOMdlS. Renewing Primary Health Care in the Americas, (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas). 2007;ISBN 92 75 32699 1.

18. Villar E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saude soc.* 2007;16(3):7-13.
19. Morales Sánchez A. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS MATERNOS QUE PREDISPONEN A LA PRESENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN EL NEONATO. 2013.
20. Gonzales GF, Tapia V, Serruya SJ. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.* 2014;31(2):211-21.
21. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(3):211-17.
22. Headings) MMS. Syphilis. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68013587>].
23. Salud. INd. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública protocolo de vigilancia en salud publica sífilis gestacional y congénita
2015-Feb- 25;PRO-R02-.032.
24. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima: Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud. 2005.
25. FILHO PMBAP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,* 17(1):77-93, 2007. 2007.
26. Ramis Andalia R. Algunas reflexiones acerca de la noción de determinantes, determinantes sociales y desigualdades en salud. *INFODIR.*[Internet]. 2012 [citado: 25 abr 2013]; 8 (15).
27. UNFPA MdSyPSFdPdINU-. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. 2014;GPC-2014-41.
28. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS medicine.* 2013;10(2):e1001396. Epub 2013/03/08.
29. Ortiz-Lopez N, Diez M, Diaz O, Simon F, Diaz A. Epidemiological surveillance of congenital syphilis in Spain, 2000-2010. *The Pediatric infectious disease journal.* 2012;31(9):988-90. Epub 2012/05/11.
30. Tridapalli E, Capretti MG, Reggiani MLB, Stronati M, Faldella G. Congenital syphilis in Italy: a multicentre study. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition.* 2012;97(3):F211-F3.
31. Zammarchi L, Borchì B, Chiappini E, Galli L, Brogi M, Sterrantino G, et al. Syphilis in pregnancy in Tuscany, description of a case series from a global health perspective. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet.* 2012;25(12):2601-5. Epub 2012/07/31.
32. Simms I, Ward H. Congenital syphilis in the United Kingdom. *Sexually transmitted infections.* 2006;82(1):1-.
33. Tikhonova L, Salakhov E, Southwick K, Shakarishvili A, Ryan C, Hillis S. Congenital syphilis in the Russian Federation: magnitude, determinants, and consequences. *Sexually transmitted infections.* 2003;79(2):106-10.

34. Rudnicka I, Majewski S. Sexually transmitted infections situation is a cause for concern in Poland. *Euro Surveill.* 2005;10(5):E050519. 3.
35. Rodríguez-Cerdeira C, Silami-Lopes V. Sífilis congénita en el siglo xxi. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2012;103(8):679-93.
36. Krakauer Y, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Perinatal outcome in cases of latent syphilis during pregnancy. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics.* 2012;118(1):15-7. Epub 2012/04/17.
37. Archana B, Prasad S, Beena P, Okade R, Sheela S, Beeregowda Y. Maternal and congenital syphilis in Karnataka, India. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health.* 2014;45(2):430-4.
38. Chen Z-Q, Zhang G-C, Gong X-D, Lin C, Gao X, Liang G-J, et al. Syphilis in China: results of a national surveillance programme. *The Lancet.* 2007;369(9556):132-8.
39. Yang LG, Tucker JD, Liu FY, Ren XQ, Hong X, Wang C, et al. Syphilis screening among 27,150 pregnant women in South Chinese rural areas using point-of-care tests. *PloS one.* 2013;8(8):e72149. Epub 2013/09/07.
40. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas. In: Latin American Center for Perinatology W, and Reproductive Health, editors. 2011.
41. Fitzgerald DW, Behets FM-T, Lucet C, Roberfroid D. Prevalence, burden, and control of syphilis in Haiti's rural Artibonite region. *International Journal of Infectious Diseases.* 1998;2(3):127-31.
42. Tinajeros F, Grossman D, Richmond K, Steele M, Garcia SG, Zegarra L, et al. Diagnostic accuracy of a point-of-care syphilis test when used among pregnant women in Bolivia. *Sexually transmitted infections.* 2006;82(suppl 5):v17-v21.
43. Parker LA, Deschutter EJ, Bornay-Llinares FJ, Hernandez-Aguado I, Silva G, Piragine Rdel C, et al. Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina. *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases.* 2012;16(4):e256-61. Epub 2012/02/11.
44. Subsecretaría de Salud Pública. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis. *Rev Chilena Infectol.* 2013;30(3):259-302.
45. Long CM, Klausner JD, Leon S, Jones FR, Giron M, Cuadros J, et al. Syphilis treatment and HIV infection in a population-based study of persons at high risk for sexually transmitted disease/HIV infection in Lima, Peru. *Sexually transmitted diseases.* 2006;33(3):151-5.
46. Cruz-Aconcha AR. Situación de la sífilis gestacional y congénita en Colombia, un desafío al Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2012;63(4):304-7.
47. Cruz AR, Castrillon MA, Minotta AY, Rubiano LC, Castano MC, Salazar JC. Gestational and congenital syphilis epidemic in the Colombian Pacific Coast. *Sexually transmitted diseases.* 2013;40(10):813-8. Epub 2013/11/28.
48. Cifuentes Y, Ojeda C, Médica NP. Sífilis congénita en el Instituto Materno Infantil-Hospital La Victoria durante el año 2008. publicación[Links]. 2009.