

Caracterización de sífilis gestacional y congénita en migrantes venezolanas y colombianas residentes en Antioquia entre los años 2016-2019

Atala María Ardila Chevel 1, Carolina Rodríguez Vásquez1, Sandra Porras 2, John Jairo Zuleta3, Liliana Gallego3

- 1. Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Antioquia.**
- 2. Epidemióloga. NACER, Salud Sexual y Reproductiva. Medellín, Colombia.**
- 3. Docente del departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Antioquia. NACER, Salud Sexual y Reproductiva. Medellín, Colombia.**

Correspondencia: Atala María Ardila Chevel. Correo electrónico: atala.ardila@udea.edu.co.

El trabajo fue presentado el 24 de mayo de 2022 en XII jornadas de investigación de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

*Los autores afirmamos que este estudio reportado fue desarrollado con veracidad y transparencia, no se ha dejado de publicar aspectos importantes, se han explicado y registrado los inconvenientes del estudio originalmente planeado.

Los autores participaron en la concepción y diseño, adquisición de los datos e información, análisis e interpretación de los datos, planeación y revisión de contenido intelectual importante y en la aprobación final de la versión a ser publicada.

Conflictos de interés: Los autores Carolina Rodríguez Vásquez, Atala María Ardila Chevel, Sandra Porras y John Jairo Zuleta Tobón no declaran ningún conflicto de interés. La autora Liliana Gallego Vélez hizo parte del equipo técnico que realizó los análisis de vigilancia epidemiológica para la Seccional de Salud de Antioquia y la Secretaría de Salud de Medellín.

Resumen

Objetivo: Describir las características clínicas, sociales, de aseguramiento y las posibles diferencias en las pacientes venezolanas y colombianas con sífilis gestacional, madres de niños notificados con sífilis congénita y la presentación clínica de los neonatos con sífilis congénita nacidos entre los años 2016 y 2019 en el departamento de Antioquia.

Materiales y métodos: estudio descriptivo retrospectivo, a partir de los datos reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIGIVILA), para la notificación obligatoria de los casos de sífilis gestacional y congénita. Adicionalmente para los casos de sífilis congénita se obtuvo información de las bases de datos de los análisis

realizados en el proceso de vigilancia en salud pública por el grupo NACER de la Universidad de Antioquia.

Resultados: Se identificaron 3041 casos de sífilis gestacional (SG) en el departamento de Antioquia entre los años 2016 y 2019, de los cuales 2841 (93,4%) corresponden a casos colombianos y 199 (6,5%) de migrantes venezolanas. La frecuencia de casos de gestantes venezolanas presentó un aumento en el tiempo, con 4 (0,74%) en 2016, 12 (1,8%) en 2017, 30 (4,24%) en 2018 y 156 (14%) en 2019.

De sífilis congénita los casos que cumplían definición del evento en Colombia fueron 498, de los cuales 430 (86,3%) corresponden a casos colombianos y 68 (13,7%) de migrantes venezolanas. Las características clínicas, de laboratorio y de aseguramiento entre madres de niños con sífilis congénita fueron similares y no mostraron diferencias significativas, a excepción de la historia previa de sífilis en la gestante y del régimen de afiliación.

Conclusiones: Las características clínicas, sociales, de aseguramiento entre venezolanas y colombianas no presentan diferencias significativas. La falta de aseguramiento, el no adecuado control prenatal y las condiciones sociales adversas son los principales determinantes en el desarrollo de sífilis congénita en ambos grupos.

Abstract

Palabras clave: Sífilis, migrantes, sífilis gestacional, sífilis congénita, control prenatal, vigilancia epidemiológica, descriptivo.

Keywords

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, es una infección de transmisión sexual y durante la gestación puede ocurrir transmisión vertical, causando infección congénita, que se asocia a secuelas graves en el neonato o incluso a la muerte fetal o perinatal.

En el mundo, según los datos aportados por la Organización Mundial de Salud (OMS), para el año 2016 se calculó una prevalencia de alrededor de 19,9 millones de casos de sífilis en adultos, de los cuales 990.000 correspondía a población gestante; con 143.000 muertes fetales y mortinatos, 61.000 muertes neonatales, 41.000 prematuros y 109.000 recién nacidos con sífilis congénita. (1)

En Colombia no se ha logrado cumplir las metas propuestas por la OMS/OPS para la eliminación de la sífilis congénita de menos de 0.5 por cada 1000 nacidos, y por el contrario han aumentado, con una incidencia de sífilis congénita que pasó de 1.4 a 3.1 casos/1.000 nacidos vivos + mortinatos y la razón de prevalencia para sífilis

gestacional pasó de 7.9 a 16.5 casos / 1.000 nacidos vivos + mortinatos entre 2017 y 2021 respectivamente. (2–5) Una de las posibles causas de este aumento es la situación socioeconómica de Venezuela por la que se ha incrementado la migración a países cercanos entre ellos Colombia, con un aproximado de 1.500.000 venezolanos viviendo en el país. Con la migración de esta población se ha visto un aumento en la cantidad de casos nuevos de sífilis gestacional y congénita, siendo notificados en el año 2021, 528 casos de sífilis gestacional y 224 casos de sífilis congénita de población con procedencia y/o residencia en el exterior (4,9% y 10,2% del total respectivamente) (4,5)

Los estudios dedicados a evaluar las desigualdades socioeconómicas en salud de las poblaciones vulnerables en las que se encuentran los inmigrantes muestran indicadores en salud más bajos, en comparación con la población general. Las migrantes gestantes, en especial las que ingresan al país de manera irregular, son vulnerables y están expuestas a riesgos ambientales y psicosociales durante su proceso de traslado y llegada a Colombia, y cuando llegan a su lugar de destino no conocen sus derechos y las rutas de acceso al sistema de salud colombiano (6,7), lo que podría explicar desenlaces adversos asociados.

La estrategia mundial para la eliminación de la sífilis congénita está basada en la detección temprana de la sífilis gestacional y el tratamiento oportuno para evitar la sífilis congénita (8). En Colombia una de las barreras en la eliminación de la sífilis congénita es el pobre control prenatal a pesar que éste es gratuito para todas las gestantes en el territorio. Al caracterizar las diferencias existentes entre la población colombiana y las migrantes venezolanas con sífilis gestacional y congénita, se puede evaluar si son necesarias estrategias distintas que impacten en este evento de salud pública (9).

El objetivo de esta investigación fue describir las características clínicas, sociales, de aseguramiento y las posibles diferencias en las pacientes venezolanas y colombianas con sífilis gestacional, madres de niños notificados con sífilis congénita y la presentación clínica de los recién nacidos con sífilis congénita; entre los años 2016 y 2019 en el departamento de Antioquia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron los casos de sífilis gestacional y congénita reportados al sistema de vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de Colombia, correspondientes al departamento de Antioquia incluyendo gestantes venezolanas, independiente del tiempo de residencia, entre los años 2016 y 2019. Se excluyeron los casos provenientes de otros departamentos y los casos duplicados por doble notificación.

Para las definiciones de caso de sífilis gestacional, congénita y de tratamiento adecuado se usaron las definidas por la guía colombiana de práctica clínica (10). La sífilis congénita se clasifica como aquellos recién nacidos sintomáticos o recién nacidos asintomáticos connexo epidemiológico.

Los recién nacidos sintomáticos o con exámenes alterados son aquellos hijos de madres que tuvieron sífilis gestacional que presentan títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, o que presenten una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico o que se demuestre el *Treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de autopsia.

Los recién nacidos asintomáticos connexo epidemiológico son aquellos hijos (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato.

Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de Penicilina benzatínica de 2´400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.

La búsqueda de los casos se hizo en las bases de datos del SIVIGILA a partir de los casos notificados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) como sífilis gestacional y congénita y, en las bases de defunción (RUAF y DANE), a partir de los casos de muertes fetales y neonatales en los cuales se consignó la sífilis como una de las causas de muerte. De los casos notificados como sífilis congénita, se solicitaron copias de las historias clínicas a las diferentes instituciones y con esta información fueron analizados y clasificados según el cumplimiento de criterios para el desenlace de sífilis congénita, por médicos especialistas del grupo NACER de la Universidad de Antioquia, bajo el proceso de vigilancia en salud pública desarrollado para la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y la Secretaría de Salud de Medellín; dicha información corresponde a la fuente de datos de la presente investigación.

A los casos notificados como sífilis gestacional, se les revisó la calidad de los datos y cuando fue necesario, se solicitaron ajustes a las instituciones notificadoras; sólo fueron analizados los casos de los cuales la sífilis congénita había sido informada y para el presente trabajo investigativo, del total de casos notificados no se consideraron las sífilis gestacionales que fueron descartadas por los especialistas.

Una vez obtenidas las bases de datos de sífilis gestacional y congénita se identificaron pacientes duplicados y se seleccionaron las variables de interés para el estudio tanto sociodemográficas como clínicas y de laboratorio. La tabulación de las variables se realizó en el programa Excel de Microsoft. Los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico SPSS. Las características de la población se presentan con frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y con medidas de tendencia central y dispersión, según la distribución de los datos, para

las variables cuantitativas. Se realizó análisis bivariado para verificar la asociación estadística entre las variables, para las variables cualitativas se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson y cuando alguna de las celdas de la tabla tenía un valor menor de 5 se utilizó la prueba exacta de Fisher. Se evaluó la distribución de los datos cuantitativos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se utilizó la prueba t de Student cuando se identificó una distribución normal y la prueba U de Mann-Whitney en caso contrario. Para todas las comparaciones un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Para cada característica se presenta la frecuencia de ausencia de datos.

Se contó con la aprobación del comité de ética del instituto de investigaciones médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y con la aprobación de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y la Secretaría de Salud de Medellín.

RESULTADOS

Se identificaron 2988 casos de sífilis gestacional (SG) en el departamento de Antioquia entre los años 2016 y 2019, de los cuales 2799 (93,4%) corresponden a casos colombianos y 199 (6,6%) de migrantes venezolanas. La frecuencia de casos en ambos grupos presentó un aumento en el tiempo, en migrantes venezolanas se comportó así 4 (2%) en 2016, 12 (6%) en 2017, 30 (15,1%) en 2018 y 153 (76,9%) en 2019 y en las colombianas fue 530 (18,9%) en 2016, 654 (23,4%) en 2017, 677 (24,2%) en 2018 y 938 (33,5%) en 2019. De acuerdo con su localización el 42,5% fueron notificados en la ciudad de Medellín, el 57,5% fueron notificados en los demás municipios del departamento.

La media de edad de las gestantes colombianas fue de 24 años (DE 7) y la de las venezolanas fue 23 años (DE 5). Es importante resaltar que en ambos grupos se presentaron embarazos en menores de 14 años, con seis colombianas y una migrante venezolana.

El 88.5% de las migrantes venezolanas no contaban con una afiliación al sistema de seguridad social en salud, 9.4% pertenecían al régimen subsidiado y 0.1% al régimen contributivo. De las colombianas 7.7% no estaban afiliadas, 59.1% pertenecían al régimen subsidiado, 32.4% al régimen contributivo. La media de edad gestacional al ingreso a los controles de las colombianas fue a la semana 16 (DE 9), mientras que en las migrantes fue de 20 semanas (DE 9).

En las colombianas la media de edad gestacional al momento del diagnóstico y al inicio del tratamiento fueron ambas a las 19 semanas (DE 11), para las venezolanas la edad gestacional al momento del diagnóstico fue de 22 (DE 11) y de 30 semanas al inicio del tratamiento (DE 11). Las diluciones de la prueba no treponémica

tuvieron diferencias en ambos grupos, la mediana en las colombianas fue de 8 (2 - 32) y en las venezolanas fue de 16 (4 - 64). En el grupo de las colombianas un 62.7% de sus parejas recibieron tratamiento y en el de las venezolanas el 59.3% (p 0,3).

SÍFILIS CONGÉNITA

Los casos que cumplían definición de sífilis congénita en Colombia fueron 498, de los cuales 430 (86.3%) corresponden a casos colombianos y 68 (13.7%) de migrantes venezolanas.

La media de edad de las gestantes colombianas fue de 24 años (DE 7) y de las migrantes venezolanas fue 24 años (DE 6). El 30% y 33% de las colombianas y venezolanas no realizaron controles prenatales respectivamente.

Ninguna de las pacientes con sífilis gestacional que tuvieron recién nacidos con sífilis congénita, recibieron el tratamiento adecuado, es decir, siquiera una dosis, al menos un mes antes del parto (P25 0- P75 0).

Las características clínicas y de laboratorio, entre madres de niños con sífilis congénita fueron similares y no mostraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1), a excepción de la historia previa de sífilis en la madre y el aseguramiento en salud.

Con relación al registro de tratamiento de los compañeros, este fue documentado en el 14% para las parejas colombianas y 19% para las parejas venezolanas (p 0,34).

Tabla 1. Características clínicas, de laboratorio y de aseguramiento de las gestantes colombianas y venezolanas, que tuvieron recién nacidos con sífilis congénita en Antioquia, 2016-2019.			
Variable	Colombianas	Venezolanas	P
Clasificación de la sífilis			
Primaria	8 (1,9)	0	0,16
Secundaria	17 (4)	0	
Latente temprana	186 (43,4)	23 (33,8)	
Latente indeterminada	178 (41,4)	42 (61,8)	
Latente tardía	20 (4,7)	0	
Reinfección o recaída	21 (4,9)	3 (4,4)	

Prueba no treponémica al diagnóstico en diluciones	8 (2 - 32)	16 (2 - 32)	0,476
Prueba no treponémica al parto en diluciones	16 (2 - 32)	16 (2 - 32)	0,906 mediana
Número de gestas previas	2 (1 - 4)	3 (2 - 4)	0,148
Número de CPN	3 (0 - 6)	2 (0 - 4,25)	0,035
Edad gestacional al diagnóstico	36 (31,25 - 38)	37 (31,75 - 39)	0,439
Edad gestacional al momento del tratamiento	37 (33 - 38)	37 (31,25 - 39)	0,762
Historia previa de sífilis	66/336 (19,6)	1/52 (1,9)	0,001
Multiplicidad de la gestación			
Simple	414/425 (97,4)	66 (100)	
Doble	11 (2,6)	0	
Coinfección con VIH	10/426 (2,3)	1/68(1,5)	0,649
Coinfección con Hepatitis B	3 /405(0,7)	0/64	1
Escolaridad			
Ninguno	15/327 (3,4)	1/50 (1,4)	0,32
Primaria	80/327 (18,6)	5/50 (7,3)	
Secundaria	199 /327(46,2)	41/50 (60,2)	
Educación superior	33/327 (7,6)	3 /50 (4,4)	
Seguridad Social			
No afiliado	56 (13)	45 (66,1)	<0,01
Subsidiado	265 (61,6)	19 (27,9)	
Contributivo	103 (23,9)	4 (5,8)	
Especial	6 (1,3)	0	

Los valores se presentan como número absoluto (%) o mediana (P25- P75). Para las variables con datos faltantes se presenta como número de pacientes/número de pacientes con información (%).

Un tercio de los recién nacidos con sífilis congénita presentaron signos y síntomas en ambos grupos, los más frecuentes fueron anomalías hepáticas y neurosífilis (Tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de los recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en colombianas y venezolanas.			
Variables	Colombianas N=430	Venezolanas N=68	P
Talla del RN al nacimiento en centímetros, media (DE)	47,1 (4,5)	46,1 (5)	0,144
Peso del RN al nacimiento en gramos, media (DE)	2711 (681)	2566 (782)	0,117
Edad gestacional del RN al nacimiento, media (DE)	38 (36 – 39)	38 (35 – 39)	0,081
Clasificación sífilis congénita			
Sintomáticos o exámenes alterados	204 (47,4)	34 (50)	0,695
Asintomático (nexo epidemiológico)	226 (52,6)	34 (50)	
Anormalidades del cordón y la placenta, N (%)	2 (0,5)	1 (1,5)	0,357
Hepatomegalia o anomalías hepáticas, N (%)	67 (15,6)	11 (16,2)	0,9
Rinitis sífilítica, N(%)	2 (0,5)	0	1
Brote sífilítico, N (%)	28 (6,5)	3 (4,4)	0,786
Anormalidades de los huesos largos, N (%)	19 (4,4)	2 (2,9)	0,754
Hallazgos pulmonares, N (%)	8 (1,9)	3 (4,4)	0,180
Hidrops, N (%)	28 (6,5)	2 (2,9)	0,408

Anormalidades hematológicas, N (%)	34 (7,9)	9 (13,2)	0,146
Neurosífilis*	70 (16,2)	11 (16,1)	0,50
Sexo, N (%)			
Femenino	213 (49,5)	32 (47)	0,916
Masculino	212 (49,3)	35 (51,4)	
Indeterminado	5 (1,16)	1 (1,4)	
Prueba no treponémica del neonato en diluciones, mediana (P25- P75)	2 (0 – 8)	2 (0 – 16)	0,718
Tratamiento del recién nacido en días, media (DE)	10 (2)	10 (2)	0,15
Muerte posnatal, N (%)	15/382(3,9)	2/56(3,6)	1
Mortinatos, N (%)	39(9,1)	8 (11,8)	0,48

RN: Recién nacido. Para las variables con datos faltantes se presenta como número de pacientes/número de pacientes con información (%).

Uno de los niños del grupo de colombianas no recibió ningún tratamiento, el tratamiento fue adecuado en el 73.8% (316 casos) de los niños de madres colombianas y en el 76.7% (48 casos) de los niños de madres venezolanas (p 0,59)

Discusión

Este estudio muestra que durante el periodo comprendido entre 2016 a 2019 en Antioquia, hubo un aumento en los casos de sífilis gestacional tanto en mujeres locales, como en migrantes venezolanas. Una de las explicaciones del aumento en los casos de las venezolanas, se relaciona con el aumento de la población migrante en el país en los últimos años, como se evidencia en los datos reportados al sistema de vigilancia en salud pública. Este hallazgo no solo se ha visto en Colombia, en un estudio observacional publicado en China en 2019, se encontró que entre los años 2013 y 2015 hubo un incremento de la presentación de sífilis durante el embarazo, y que uno de los factores de riesgo determinantes fue la migración (11).

La explicación a este fenómeno no necesariamente es de carácter biológico, no se ha demostrado que la sífilis actúe de forma distinta de acuerdo al lugar de

procedencia, pero sí pueden influir factores psicosociales por la migración per sé, como son las dificultades para recibir atención en salud, como se puede evidenciar en el presente estudio, en el que más de la mitad de las gestantes migrantes no pertenecían a ningún régimen de Seguridad Social en Salud en Colombia (88,5%) en comparación con las gestantes colombianas (7,7%), lo cual denota que el acceso a la salud en ellas es más limitado. Esto también está soportado en el registro administrativo de migrantes venezolanos en Colombia, en donde se identificó que el 98% de migrantes en general no presentaban afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SSSG) (12).

En el presente estudio se evidenció un diagnóstico y tratamiento más tardío en gestantes venezolanas, mientras en las colombianas la media del diagnóstico y tratamiento fue a las 19 semanas de edad gestacional, para las venezolanas el diagnóstico fue a las 22 y el tratamiento a las 30 semanas. Como en un estudio realizado en el condado de Maricopa-Arizona durante los años 2004 y 2008 en el que las mujeres hispanas no ciudadanas estadounidenses con sífilis fueron tratadas más tardíamente en comparación a las ciudadanas americanas(13).

Sífilis congénita:

Los hallazgos de este estudio muestran un comportamiento de esta infección desde el punto de vista clínico muy similar en ambos grupos. Esto también se encontró en otro estudio en el que a pesar de que la población migrante tuvo demoras en el acceso a la tamización antenatal y tratamiento, no se encontraron diferencias significativas en los desenlaces en grupos de migrantes en comparación con los de las pacientes locales(14).

Independientemente de dónde provenga la gestante, hay factores de riesgo que pueden contribuir a que se presente esta enfermedad que es prevenible. En general las madres de neonatos con sífilis congénita, no tenían educación superior (7,6% colombianas y 4,4% venezolanas), lo que da a entender que las mujeres cuanto menos estudios tengan, menos se preocupan por su salud sexual y reproductiva(15,16)

Se destaca la falta de aseguramiento en salud entre el grupo de migrantes venezolanas, y como en el grupo de colombianas una gran proporción pertenecía al régimen subsidiado. Sin embargo, a pesar de las diferencias en el aseguramiento, el porcentaje de gestantes sin atención prenatal fue similar, con un 30% de colombianas y 33% de venezolanas sin controles prenatales. Esto evidencia que, en el departamento de Antioquia y la ciudad de Medellín, las gestantes sin aseguramiento reciben atención en salud, y además el diagnóstico y el tratamiento de los recién nacidos es adecuado, independientemente de la procedencia, lo que

muestra que los niños de madres colombianas o extranjeras no aseguradas al SSSG, son atendidos con atención de calidad y asegurados al SSSG desde el nacimiento, como lo propone la sentencia T-178/19(17).

Otro hallazgo relevante y con significancia estadística es que en el grupo de colombianas un 19,6% tenían historia previa de sífilis, mientras que sólo un 1,9% de migrantes habían presentado sífilis en el pasado ($p < 0,001$), esto puede explicarse probablemente porque las gestantes venezolanas no cuentan con la historia clínica pasada, o no lo informan por temor de ser estigmatizadas o los prestadores de salud no lo interrogan. Muchas de las gestantes colombianas, consultan a las mismas instituciones en las cuales cuentan con sus antecedentes personales en el archivo o en la historia clínica electrónica.

En las gestantes colombianas se evidenció con mayor frecuencia las infecciones tempranas (primaria, secundaria y latente temprana), en comparación con las venezolanas que en su mayoría fueron clasificadas como latentes indeterminadas. Esto podría ser dado ya que en las colombianas es más frecuente el diagnóstico durante el control prenatal, por lo que puede darse una temporalidad a la infección independiente de las manifestaciones clínicas. Esto también fue encontrado en la serie de casos antes mencionada de Toscana. (14)

El tratamiento de las parejas en ambos grupos fue bajo, posiblemente porque estos tratamientos no son registrados en la historia clínica de la gestante, o porque las gestantes son renuentes a informar a sus contactos sexuales, o que las parejas al ser asintomáticas no aceptan recibir tratamiento. Esto puede aumentar la tasa de reinfecciones durante la gestación haciendo que el tratamiento no sea efectivo para prevenir la sífilis congénita, como ha sido descrito previamente. (11)

Este estudio presenta ciertas limitaciones. Dado que los datos obtenidos de sífilis gestacional provenían de la notificación obligatoria de las IPS básicas, se evidenciaron múltiples datos faltantes, lo que limitó los resultados para el total de notificadas. Además, dado que las migrantes no tienen un documento de identificación único dentro del sistema de salud, no se logró una correlación caso a caso entre las pacientes reportadas para sífilis gestacional y sífilis congénita; por lo que no se pudo realizar una comparación entre ambos grupos de la proporción de madres con sífilis gestacional, cuyos productos terminaron con sífilis congénita.

En conclusión, no se encontraron diferencias significativas entre la población colombiana y venezolana, en cuanto a la presentación clínica de sífilis gestacional o congénita. Pero si se observaron oportunidades de mejora en la detección temprana y el tratamiento oportuno, que son las variables determinantes en el desarrollo de sífilis congénita.

A pesar de que las guías colombianas recomiendan la tamización de sífilis gestacional con prueba treponémica y tratamiento inmediato en caso de ésta ser positiva, muchas entidades de salud persisten haciendo tamización con prueba no treponémica, retrasando el inicio del tratamiento, a la espera de confirmación de la infección.

Independientemente del aseguramiento se evidenció que las migrantes en estado de gestación una vez acceden al sistema de salud, tienen igual calidad de la atención que las pacientes colombianas, por lo que se hace importante implementar estrategias de educación para las migrantes, con el objetivo de que se den a conocer las rutas de atención y sus derechos.

La educación en salud sexual y reproductiva y la atención prenatal con calidad pueden contribuir a que estos casos de enfermedades prevenibles disminuyan, porque la única forma de evitar la transmisión perinatal de la sífilis es realizar diagnósticos y tratamientos oportunos y adecuados.

Bibliografía

1. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Saman Wijesooriya N, Guy Mahiané S, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One*. 2019;14(2):219613.
2. Alberto J, Reales M, Co JG. Caminar por senderos [Internet]. [cited 2020 Jul 31]. Available from: www.ins.gov.co
3. Instituto Nacional de Salud Colombia. Sífilis congénita Informe de evento [Internet]. 2019. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/SÍFILIS CONGÉNITA PE XIII 2019.pdf>
4. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento: sífilis gestacional periodo epidemiológico XII [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 17]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/SÍFILIS GESTACIONAL PE XII 2021.pdf>
5. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento sífilis congénita: Periodo epidemiológico XII [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 17]. p. 1–3. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/SÍFILIS CONGÉNITA PE XII 2021.pdf>
6. Palacios Valencia Y. Perspectiva de género en los fenómenos migratorios: estudio desde Europa y América Latina. *Rev CES*. 2016;7(2):145–62.
7. Fernandez Niño J, Rojas botero ML, Bojorquez Chapela I, Giraldo Gartner V, Sobczyk RA, Acosta reyes J. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Rev la Univ Ind Santander*. 2019;51(3):208–19.
8. Walker GJ, Walker DG. Congenital syphilis: A continuing but neglected problem. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2007;12:198–206.

9. Organización Panamericana de la Salud. Marco para la eliminación de transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas [Internet]. 2017. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vihhep-chagas.pdf>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014. p. 126.
11. Zhang XH, Chen YM, Sun Y, Qiu LQ, Chen DQ. Differences in maternal characteristics and pregnancy outcomes between syphilitic women with and without partner coinfection. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 7];19(1):439. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-0192569-z>
12. Migración Colombia. “Más de 1 millón 260 mil venezolanos se encuentran radicados en el país”: director de migración Colombia [Internet]. Migración Colombia. 2019 [cited 2020 Jan 21]. p. 1. Available from: <https://www.migracioncolombia.gov.co/noticias/195-mayo-2019/mas-de-1million-260-mil-venezolanos-se-encuentran-radicados-en-el-pais-director-demigracion-colombia>
13. Taylor MM, Mickey T, Browne K, Kenney K, England B, Blasini-Alcivar L. Opportunities for the prevention of congenital syphilis in Maricopa County, Arizona. *Sex Transm Dis*. 2008 Apr;35(4):341–3.
14. Zammarchi L, Borchi 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. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2012 Dec [cited 2022 Mar 30];25(12):2601–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22839366/>
15. Bampi JVB, Correa ME, Bet GMDS, Marchioro SB, Simionatto S. Descriptive analysis of syphilis cases reported in Mato Grosso do Sul, Brazil identifies failure in treatment. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2019 Apr 25 [cited 2022 Apr 8];52. Available from: <http://www.scielo.br/j/rsbmt/a/mDVg7qZpGyfpGFM3XCqQ6g/?lang=en>
16. Vescovi JS, Schuelter-Trevisol F. INCREASE OF INCIDENCE OF CONGENITAL SYPHILIS IN SANTA CATARINA STATE BETWEEN 2007-2017: TEMPORAL TREND ANALYSIS. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2020 Jul 2 [cited 2022 Apr 8];38. Available from: <http://www.scielo.br/j/rpp/a/FGmrVBKL6GbDNCdgqbCtm9G/?lang=en>
17. T-178-19 Corte Constitucional de Colombia [Internet]. [cited 2022 Apr 3]. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-178-19.htm>