

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉDICOS
GENERALES EN RELACIÓN A SÍFILIS GESTACIONAL EN LA RED NORTE
ESE PASTO SALUD PERIODO ABRIL-OCTUBRE DE 2011**

**MARIA EUGENIA CUASTUMAL
SANDRA GARCIA PALACIOS
EVELYN IBARRA ESTRADA**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
PROGRAMA DE MEDICINA-SEDE PASTO
LINEA DE INVESTIGACION: GINECOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
2011**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LOS MEDICOS
GENERALES EN RELACION A SIFILIS GESTACIONAL EN LA RED NORTE
ESE PASTO SALUD PERIODO ABRIL-OCTUBRE DE 2011**

**MARIA EUGENIA CUASTUMAL
SANDRA GARCIA PALACIOS
EVELYN IBARRA ESTRADA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el titulo de Medico
General.**

**Dr. FABIO AUGUSTO ZARAMA
Médico Ginecólogo
Asesor Científico**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA- SEDE PASTO
LINEA DE INVESTIGACION: GINECOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
2011**

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento

A la Fundación Universitaria San Martín por permitirnos además de formarnos como médicos integrales, darnos la oportunidad de formarnos en la parte investigativa teniendo en cuenta la problemática de nuestra región en cuanto al campo de la medicina.

A la ESE PASTO SALUD por permitir que el personal médico que labora en la Red Norte de esta; sea la población estudio de esta investigación y colaborarnos en la recolección de datos para la realización de esta investigación.

A todos y cada uno de nuestros docentes quienes aportaron con su conocimiento científico, metodológico y estadístico a la realización de esta investigación.

Al Doctor Fabio Zarama, Al doctor Carlos Hidalgo, al Doctor Filipo Moran y a la Doctora Ana milena Torres por su asesoría en la realización de esta investigación.

DEDICATORIA

A DIOS por ayudarme siempre y darme la fortaleza suficiente para seguir adelante a pesar de las grandes dificultades, a mi padre quien está en el cielo y quien desde la distancia nunca me ha abandonado; a mi madre y a mi hermana por su amor, dedicación y apoyo incondicional desde la iniciación en este proyecto de vida y a todos los docentes que formaron parte de este proyecto de vida y que con sus conocimientos y experiencia aportaron para mi formación integral como Profesional

María Eugenia C.

A mi Padre Celestial que me acompaña en todos los momentos de mi vida y es mi guía en cada uno de mis actos, a mis Padres quienes con todo el sacrificio y el amor han hecho posible la realización de mis sueños, A mi hija Samarita adoración de mi vida razón de mi existir a quien le ofrezco cada uno mis logros, A mi asesor Científico y a la Ese Pasto Salud por su apoyo incondicional en la realización de este proyecto en pro del bienestar de todas las gestantes de esta ciudad.

Sandra García

NOTA DE ACEPTACION

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO N. 1

JURADO N. 2

San Juan de Pasto, Noviembre 26 del 2011

CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCION	
1. ASPECTOS GENERALES	16
1. 1Título	16
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	16
1.2.1 Descripción del Problema	16
1.2.2 Formulación del Problema	18
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 Objetivo General	18
1.3.2 Objetivos Específicos:	18
1.4 JUSTIFICACIÓN:	18
1.5 METODOLOGÍA	19
1.5.1 Enfoque	19
1.5.2 Tipo de Estudio:	19
1.5.3 Población	19
1.5.4 Fuentes de Recolección de Información	19
1.5.4.1 Fuentes primarias	19
1.5.4.2 Fuentes secundarias	19
1.5.5 Técnicas para recolección de información	20
1.5.6 Criterios	20
1.5.6.1 De inclusión	20
1.5.6.2 De exclusión	20
1.5.7. Control de Sesgos y Errores	20
1.5.8 Consideraciones Éticas	20
2. MARCO REFERENCIAL	21
Marco Teórico	21
Marco Conceptual	30
Marco Contextual	31
Marco Legal	32
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	35
4. DISCUSIÓN	61
5. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	64
6. CONCLUSIONES	65
7. RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	

NETGRAFÍA
ANEXOS

LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla 1.Género	35
Tabla 2.Edad	35
Tabla 3.Estado Civil	36
Tabla 4.Años de egreso de universidad	36
Tabla 5.Tipo de contratación	37
Tabla 6. Tiempo de vinculación	37
Tabla 7.Método de actualización	38
Tabla 8. Dedicar tiempo a la actualización en el tema de sífilis gestacional	38
Tabla 9. Asiste a talleres	39
Tabla 10. Conoce la incidencia de sífilis	39
Tabla 11. Conoce el periodo de incubación de la sífilis	40
Tabla 12. Conoce el momento de solicitud de la prueba	40
Tabla 13. Es la úlcera dolorosa indurada / lesión característica de la enfermedad	41
Tabla 14. La Neurosífilis hace parte de sífilis terciaria	41
Tabla 15 cuál es el periodo de mayor riesgo de transmisión de sífilis	42
Tabla 16. Cuanto tiempo dura la fase temprana de sífilis adquirida	42

Tabla 17.En que etapas se diagnostica la sífilis Gestacional	43
Tabla 18 Solicita VDRL en gestación	43
Tabla 19 Realiza examen físico completo incluyendo genitales	44
Tabla 20 Conducta ante VDRL 1.2 DILS en primer control prenatal en el 3 trimestre.	44
Tabla 21.Conducta con VDRL 1.8 DILS Y FTA-ABS positiva.	45
Tabla 22.Cada cuanto realiza seguimiento en una paciente tratada que tuvo diagnostico de sífilisGestacional	45
Tabla 23.Hasta cuantas diluciones se considera negativa el vdrl en paciente tratada con sífilis	46
Tabla 24.Medicamento de elección para Neurosífilis.	46
Tabla 25.Esquema para el manejo de Neurosífilis	47
Tabla 26.Opción ante paciente con hipersensibilidad a penicilina.	47
Tabla 27.Paciente sin antecedentes de infección por sífilis que presenta VDRL Reactivo CON FTA-abs Negativo	48
Tabla 28.Se considera criterio de curación	48
Tabla 29.Edad respecto Actitud	51
Tabla 30. Edad respecto a Prácticas	51
Tabla 31. Edad respecto a Conocimiento	52
Tabla 32. Tipo de vinculación- Actitud	53

Tabla 33. Tipo de vinculación respecto a prácticas	
Tabla 34. Tipo de vinculación respecto a conocimientos	53
	54
Tabla 35. Egreso universitario respecto Actitud	
Tabla 36. Egreso universitario respecto Prácticas	55
Tabla 37. Egreso universitario respecto a Conocimietos	55
	56
Tabla 38. Tiempo de vinculación respecto a Actitud	
Tabla 39. Tiempo de vinculación respecto a Practicas	57
	57
Tabla 40. Tiempo de vinculación respecto a Conocimientos	
	58
Tabla 41. Conocimiento respecto a la Actitud	
Tabla 42. Practicas Conocimiento	58
Tabla 43. Actitud Prácticas	59
Tabla 44. Seguimiento vs Solicitud e de VDRL	59
Tabla 45. Numero de diluciones vs solicitud de VDRL O FTABS en seguimiento	60
Tabla 46. Realiza examen fisco completo vs conoce lesión característica de sífilis	60

LISTA DE GRAFICAS

	Pág
Grafica 1. Calificación Conocimientos en Escala Global	49
Grafica 2. Conocimientos	49
Grafica 3. Actitudes	50
Grafica 4 .Prácticas	50

LISTA DE CUADROS

	Pag
CUADRO 1. Manifestaciones clínicas de la sífilis congénita	25
CUADRO 2. Capacidad predictiva de las diferentes pruebas de tamización en sífilis.	27
CUADRO 3. Diferentes regímenes de tratamiento de sífilis en el embarazo	29

LISTA DE ANEXOS

	Pag
ANEXO A: Encuesta dirigida a médicos de la Red Norte Ese Pasto Salud.	70
ANEXO B: Método de calificación de la encuesta	73
ANEXO C: Operacionalizacion de variables	75
ANEXO D: Articulo Científico	82

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países ⁽¹⁾ Las complicaciones afectan principalmente a mujeres y niños; En el caso de la sífilis, ésta puede afectar a la mujer gestante y transmitirse al feto. Se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo, complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnologías asequibles y de bajo costo.

La sífilis Gestacional y congénita es considerada un problema de salud pública por su gravedad, y representa una falla del sistema de salud, por lo que se requiere evaluarlo de manera exhaustiva en lo nacional y regional. ⁽¹⁾

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita cabe destacar la falta de percepción de algunos proveedores de salud de que la sífilis materna y la congénita pueden tener consecuencias graves, las barreras al acceso a los servicios de control prenatal, y el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual.⁽¹⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido el objetivo de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública llevando la incidencia a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos (incluidos mortinatos) en el año 2000. Para lograr este objetivo es necesario que más de 95% de las gestantes infectadas sean detectadas y tratadas, con lo que se logre reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0%.⁽²⁾

La meta de disminuir la incidencia de sífilis congénita en Colombia es de 0.5 casos por mil nacidos vivos antes del año 2000 no se logro porque al año 2006 la tasa de 2.0 por cada 1000 nacidos vivos ⁽³⁾ y la CDC reporto en el mismo año 0.134 por 1000 nacidos vivos lo que sugiere fallas en los programas de prevención y control de enfermedades de trasmisión sexual ⁽³⁾

El abordaje adecuado de los pacientes que conviven con la sífilis Gestacional, requiere de un adecuado conocimiento científico del comportamiento de la enfermedad, así como de los fenómenos psicosociales que provoca, por lo que se vuelve una necesidad imperante la educación continua e integral de esta patología al personal de salud encargado del manejo, tratamiento y seguimiento de dicha enfermedad.

Con esta investigación de tipo observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal que se realiza con el personal médico del Municipio de Pasto se

busca determinar el grado de implicación del personal médico en cuanto a la morbilidad de esta patología, estableciendo su conocimiento, las actitudes y las practicas sobre el protocolo de Vigilancia para Sífilis Gestacional y Congénita con el fin de brindar un plan de mejoramiento y capacitación que nos permita un abordaje integral de las pacientes disminuyendo la morbilidad materna y perinatal.

Al determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los Médicos Generales de la Red Norte de la ESE Pasto Salud a través de una convocatoria por la dirección de la misma, permitiendo evaluar a 36 médicos con una escala de puntuación mayor 60 de 100 puntos para definir buena actitud conocimiento y práctica, se logra concluir que el 59% de ellos no posee ninguno de estos criterios, situación preocupante para la Institución, para los investigadores y sobre todo para las mismas gestantes atendidas a este nivel, puesto que no solo ellas contribuyen con sus múltiples factores de riesgo al aumento de la incidencia de esta patología, sino también el personal médico, lo que implica el aumento de las cifras de Sífilis Congénita en el Municipio de Pasto.

Como investigadores se realizó una capacitación Sobre Sífilis Gestacional luego de la evaluación con el fin de que se logre unificar criterios de definición, diagnóstico, tratamiento y seguimiento aportando hacia su actualización y su desempeño a fin de que se logre un mejor manejo para estas pacientes.

1 ASPECTOS GENERALES

1.1 TITULO

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LOS MÉDICOS GENERALES EN RELACIÓN A SÍFILIS GESTACIONAL EN LA RED NORTE DE LA ESE PASTO SALUD EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y OCTUBRE DEL 2011

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Descripción del Problema.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países.

En el contexto internacional se han realizado estudios sobre la evaluación de la vigilancia de la sífilis congénita en la ciudad de Habana en 1996 donde se encontró que la preparación del personal de salud para enfrentar la sífilis congénita es deficiente en todos los territorios visitados, no obstante mantienen los médicos un conocimiento adecuado¹. En los fundamentos y la estrategia para la eliminación mundial de la sífilis congénita propone cuatro pilares para la eliminación de sífilis congénita que son garantizar el compromiso continuado y la promoción por parte de las instancias políticas, ampliar el acceso a los servicios sanitarios materno infantiles, someter a pruebas de detección y tratar a las mujeres embarazada y sus parejas, Establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación ya que la eliminación de la sífilis congénita reducirá el número de abortos muertes fetales, partos prematuros, neonatos de bajo peso al nacer y muertes perinatales lo que contribuirá a alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud materno infantil.²

A nivel nacional se han realizado estudios descriptivos sobre el comportamiento epidemiológico de la Sífilis Congénita en el Hospital Erasmo Meón Cúcuta 2001 donde se busca conocer los factores asociados a la presencia de sífilis congénita

¹ ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE CUBA. Evaluación de la vigilancia de la sífilis congénita. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol24_2_98/spu01298.htm

²ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Eliminación mundial De la sífilis congénita: Fundamentos y Estrategia para la acción. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595856_spa.pdf

en niños durante el año, donde se concluye que existe desconocimiento respecto a la enfermedad y sus consecuencias en la población estudiada.³⁽⁶⁾

Según estimaciones de la OMS, en 1999 el número de casos nuevos de sífilis en el mundo fue de 12 millones. En América Latina y el Caribe se estimó un total de tres millones de casos nuevos donde Colombia obtiene el tercer nivel de prevalencia de 2.2 por cien gestantes evaluadas.⁴

Según la OPS, en el 2003 la prevalencia estimada de sífilis en gestantes en América Latina y el Caribe (ALC) era de 3,1 por cien gestantes evaluadas.

En Colombia la notificación de casos de SC desde 1996 ha ido en aumento, sin embargo aún se evidencia subregistro y silencio epidemiológico en la mayoría del territorio nacional.⁵

A nivel Departamental según el instituto departamental de salud, los casos de sífilis gestacional en Nariño han ido en aumento, reportándose para el 2003, 36 casos y en el 2010 189 casos, en donde el primer lugar de eventos se encuentra la región con un reporte de 130 casos y en la ciudad de Pasto 14 casos.

A nivel regional no se han realizado estudios sobre conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud acerca de sífilis gestacional y congénita sin embargo hemos encontrado de acuerdo a los Eventos de Morbilidad Confirmada por SIVIGILA Pasto Años 2003 - 2007 Tasa *100,000 Hab. Los casos de sífilis Gestacional con un aumento reportando para el 2003 13 casos por 1000 gestantes, tasa de 2 por 100000 habitantes y para el 2009 19 casos por 1000 gestantes tasa de 2.7 por 100000 hab.

Estas cifras estadísticas nos permiten concluir que los casos por sífilis Gestacional y las repercusiones que implican el desarrollo de sífilis congénita van en aumento y las metas propuestas por el instituto nacional de salud no van encaminadas al cumplimiento.

Actualmente se investiga y se realiza seguimiento acerca de la prevalencia e incidencia de la sífilis pero la importancia radica en intervenir estas cifras buscar su causa y corregirla con ello por qué no preguntarse si esta incidencia aumentada en los últimos años que ha llevado al instituto de salud colombiano a plantearse metas para disminuirla muy seguramente sería factible no solo concluir

³ Falta información de la referencia

⁴ NACER Centro asociado al CLAP/SMR-OPS/OMS de la universidad de Antioquia guía del diagnostico y manejo de la sífilis gestacional y Congénita.
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/sifilis/ins.pdf>

⁵Ibid.

que la paciente y sus múltiples factores de riesgo son los únicos responsable sino también investigar al mismo personal de salud que recibió a pacientes con serología positiva en el primer nivel de atención y su conocimiento acerca de esta patología les permitió realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado.

1.2.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos generales del sobre sífilis gestacional en la red Norte de la ESE Pasto Salud, en el periodo comprendido entre abril-octubre 2011?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos generales, en relación a la sífilis gestacional en la Red Norte ESE Pasto salud en el periodo comprendido entre Abril y Octubre de 2011, con el fin de generar impacto en la comunidad médica y sea la base de información para nuevas investigaciones.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir las características Sociodemograficas del personal Médico que participa en el estudio.
- Evaluar el conocimiento que tienen los médicos generales sobre el protocolo de manejo para sífilis gestacional (protocolo de vigilancia de sífilis congénita y gestacional del instituto nacional de salud 2010).
- Determinar las actitudes que tiene los Médicos generales frente a la actualización de protocolos y Guías de manejo en Sífilis Gestacional
- Determinar las practicas de los Médicos generales frente a una Gestante con sospecha y/ o Diagnostico de Sífilis Gestacional.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Sífilis Gestacional y Congénita representan una de los principales problemas de salud pública a nivel mundial generando una alta morbilidad que impacta negativamente en la población. Los altos índices de prevalencia e incidencia, observados en los últimos años, han convertido a esta patología en un objetivo prioritario para las Entidad de Control y Vigilancia en Salud.

En Colombia se reporta una incidencia de Sífilis Congénita superior a la meta propuesta por la OPS (0,5 por mil nacidos vivos). La notificación de casos de SC desde 1996 ha ido en aumento, a pesar de que existe aún subregistro en la mayoría del territorio Nacional incluyendo al Departamento de Nariño y el Municipio de Pasto⁶.

El presente trabajo pretende determinar el interés, y las habilidades del personal de salud en relación a la aplicación juiciosa de los protocolos de atención sobre sífilis gestacional y congénita determinando la relación que existe entre el manejo del personal de salud y la mayor tasa de morbilidad de esta patología; concomitantemente a esto, dar como resultado un plan de mejoramiento para médicos generales, de la red norte de la ESE Pasto Salud, que incluya la actualización del protocolo de manejo y medidas que aseguren una completa adherencia a este optimizando los recursos de personal y económicos de la Institución.

1.5 METODOLOGÍA

1.5.1. Enfoque.Cuantitativo, porque los datos obtenidos de la información recolectada será organizada y analizada con ayuda de métodos estadísticos.

1.5.2 Tipo de estudio.Observacional, Descriptivo, de corte transversal.

Observacional, puesto que no hay intervención por parte del investigador
Descriptivo, porque se limita a interpretar lo observado en la población a estudio
Transversal, puesto que se realiza una única observación durante un tiempo determinado Abril-octubre 2011.

1.5.3 Población

Médicos Generales de la ESE Pasto Salud Nodo de Red Norte convocados a través de la dirección de la red. Total de 36 médicos.

1.5.4 Fuentes de recolección de información

1.5.4.1 Fuentes primarias: Médicos Generales pertenecientes a la Red Norte ESE Pasto Salud.

1.5.4.2 Fuentes secundarias: Artículos Científicos, Textos.

⁶ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de manejo de sífilis gestacional y congénita en Colombia 2009

1.5.5 Técnicas para recolección de información

Encuesta para los médicos generales pertenecientes a la Red Norte ESE Pasto Salud.

1.5.6 Criterios

1.5.6.1 Criterios de inclusión

Médicos generales que asistieron a la convocatoria a través de la dirección de la Red Norte ESE Pasto salud.

1.5.6.2 Criterios de exclusión

Médicos especialistas
Médicos de cargo administrativo
Enfermeras Profesionales.

1.5.7 Control de errores y sesgos

INFORMACION: Se dió una explicación previa de la encuesta a realizar marcando una X en cada ítem en preguntas cerradas y contestar a su criterio en preguntas abiertas.

APLICACION: se entregó el cuestionario y lo diligenciaron de forma confidencial, lo depositaron en una urna.

1.5.8 Consideraciones éticas

Se reserva datos de identificación de los encuestados.

No se manipula la información obtenida en la investigación

No se realizarán juicios que pongan en riesgo el buen nombre del profesional de salud que participe en la investigación.

Se respetará los principios éticos básicos como son: respeto por la Autonomía de las personas, No maleficencia, Beneficencia y Justicia.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEORICO

Definición.La sífilis es una infección de transmisión sexual, sanguínea y perinatal producida por una espiroqueta llamada treponema pallidum subespecie pallidum. Que es un anaerobio no obligado que no ha sido posible cultivarlo. Su velocidad de replicación es de 30-33 horas.⁷

Es una enfermedad de transmisión sexual (ETS), transmitida de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo. 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 la circulación fetal desde la novena semana infección.

Epidemiología

Comportamiento mundial. En Estados Unidos en el 2004 según los datos obtenidos de la vigilancia, la tasa de la sífilis congénita (SC) ha disminuido entre todas las poblaciones étnicas minoritarias y en todas las regiones del país excepto el noreste. En el 2004 la tasa de SC fue de 8,8 casos por 100,000 nacidos vivos y el número de casos reportados fue 451. El 73,8% (333) de los casos ocurrieron porque la madre no recibió tratamiento o éste fue inadecuado antes o durante la gestación. En 63,9% de los casos la madre recibió el control prenatal (CPN); mientras que en 28,8% de los casos no lo recibió, y se carece de información en 7,3% de los casos; menos de la mitad de las madres que recibieron CPN lo comenzaron durante su primer trimestre de gestación. Fueron mortinatos 4,0% de los casos, murieron dentro de los 30 días posteriores al parto 1,8%.⁸

Comportamiento nacional.La incidencia de la sífilis congénita en Colombia tenía unos valores inferiores comparativamente a los que actualmente se reportan.En 1997 se reportaron 0.37 casos por 1000 nacidos vivos. La vigilancia de la enfermedad apoyada por el plan de eliminación de la sífilis congénita ha permitido corregir el posible subregistro dando como resultado un incremento en el número de casos.

En 1998 se reportaron 0.61 casos por 1000 nacidos vivos y 0.77 para 1999; en 2005 se reporto una incidencia de 1.29 casos de sífilis congénita por 1000

⁷ FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Texto de Obstetricia y Ginecología 2 edición; pag 233-238

⁸ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.: pag 2 -

nacidos vivos; cifra superior al objetivo de la OPS, en donde se fijo la meta de reducir la incidencia a no más de 0.5 casos por 1000 nacidos.⁹

Comportamiento Departamental departamento de Nariño para el 2005 es de 3.1 por 1000 nacidos vivos tasa que supera en un amplio margen a la tasa presentada en países desarrollados donde se presentan 0.1 casos por 1000 recién nacidos.

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo para la transmisión de la sífilis se han descrito los siguientes:

- Prácticas sexuales de alto riesgo (sexo vaginal, oral o anal sin protección)
- Inicio de la actividad sexual a temprana edad.
- Promiscuidad sexual.
- Actividad comercial sexual y el VIH/SIDA.
- Consumo de drogas ilícitas y alcohol.
- Diagnóstico de otra enfermedad de transmisión sexual
- Compañero sexual diagnosticado con otra ETS.
- Ausencia de control prenatal o control prenatal inadecuado: gestantes que acceden al control, pero no se les solicita una prueba para sífilis.
- Vivir en zona de alta prevalencia o de difícil acceso a los servicios de salud.
- Infección temprana con respuesta inmune aún no detectable o inadecuada interpretación de las pruebas diagnósticas.
- Cambios propios del embarazo en el cérvix: hiperemia eversión y friabilidad.

Fisiopatología

Se conocen 4 fases de esta enfermedad: sífilis primaria (sp), secundaria (ss.), sífilis latente (sl) y terciaria (st)¹⁰

La enfermedad se divide a su vez en 2 formas cronológica: una fase temprana (ST), o menor de un año, luego de la primoinfección en la cual ocurre tanto la SP, la SS, Y la SL temprana y una fase tardía considerada luego del primer año de una infección; Los periodos de mayor contagiosidad son más frecuentes durante el primer año, 75%.¹¹

⁹Ibid

¹⁰ FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.Op. Cit.

¹¹Ibid.

En la sífilis primaria: aparecen úlceras llamadas chancros (usualmente unitarios aunque pueden ser múltiples), el tiempo que transcurre entre la infección por sífilis y la aparición del primer síntoma puede variar de 10 a 90 días (con un promedio de 21 días), úlceras indoloras en los genitales, recto o boca, e inflamación de ganglios linfáticos en el área adyacente a éstos. Estas lesiones suelen desaparecer en un período de 4 a 6 semanas. Aproximadamente un tercio de las personas no tratadas progresan a la segunda etapa de la enfermedad.^{12 (2)}

La sífilis secundaria suele presentarse de 2 a 8 semanas después de la aparición de las primeras lesiones que, en 25% de los casos, pueden aún seguir presentes. En esta etapa las bacterias se han extendido al torrente sanguíneo logrando su más alto número. Los síntomas más comunes son:

Erupción en la piel, cuya apariencia puede variar y con frecuencia involucra las palmas de las manos y las plantas de los pies; lesiones en la boca y genitales (parches en la mucosa); inflamación de los ganglios linfáticos, alopecia, fatiga, pérdida de apetito, artralgias y fiebre. El SNC puede comprometerse hasta en 40% de los casos; esta invasión puede manifestarse por cefalea, meningismo y alteraciones de líquido cefalorraquídeo (LCR); esto se conoce como neurosífilis aguda. Esta etapa es la más contagiosa y aunque por lo general, se resuelve en unas cuantas semanas, en algunos casos puede perdurar por más de un año.

La infección progresará hasta la fase latente y terciaria de la enfermedad, si no se administra ningún tratamiento, la cual puede prolongarse por años.¹³

La sífilis latente se da tras la involución de las lesiones de la sífilis secundaria. Si está dentro del primer año de la infección se habla de sífilis latente temprana, la cual puede ser contagiosa y es el periodo en el cual se presentan recaídas y cada recurrencia es menos florida y después del primer año se habla de latente tardía, que es una enfermedad inflamatoria poco progresiva que puede afectar cualquier órgano y por lo general no contagiosa.

El 60% a 70% de los pacientes infectados y no tratados permanecen en esta etapa por toda la vida. Se define como el periodo sin manifestaciones clínicas o asintomático, lo cual no implica que la enfermedad no progrese; sigue a la sífilis primaria y secundaria y sólo se detecta a través de pruebas serológicas positivas para sífilis.¹⁴

¹²MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op. Cit.

¹³Ibid.

¹⁴Ibid.

La sífilis terciaria es la etapa final, que sigue a la infección inicial después de 3 a 20 años si no fue tratada, y se caracteriza por lesionar los órganos internos comprometiendo el sistema nervioso central (neurosífilis), cardiovascular con inflamación de la aorta (aortitis o aneurismas) y sífilis gomosa (lesiones destructivas de la piel y los huesos), provocando síntomas según la localización de la lesión, esta es la razón por la cual se conoció como la gran simuladora.¹⁵

La neurosífilis actualmente no se considera como parte de la sífilis terciaria, sino como una manifestación presente en cualquier estadio de la enfermedad, por lo que se clasifica en neurosífilis aguda y tardía (crónica). Esta última es una infección lentamente progresiva y destructiva del SNC que se presenta cuando la sífilis no ha sido tratada, años después de la infección primaria.

Los síntomas son dolor de cabeza, cuello rígido, irritabilidad, confusión mental, depresión, trastornos visuales, reflejos anormales, incontinencia, demencia, debilidad, adormecimiento de las extremidades inferiores, contracciones y atrofia muscular. La neurosífilis ocurre en 15% a 20% de todas las infecciones tardías o sífilis terciaria y es una complicación progresiva y potencialmente mortal.¹⁶

La sífilis Gestacional (SG) es aquella que se diagnostica durante la gestación, el posaborto o el puerperio inmediato y puede encontrarse en cualquiera de sus fases, aunque es más frecuente en la secundaria indeterminada.

La sífilis congénita (SC) ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al feto durante la gestación ya sea por vía hematológica 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 ya se ha desarrollado, aunque el treponema puede pasar la circulación fetal desde la novena semana. Si la madre recibe tratamiento antes de la decimosexta semana es casi siempre posible que se prevenga el daño al feto y de aquí la importancia de la solicitud de pruebas no treponémicas prenatales en el primer trimestre.

La Sífilis congénita se clasifica según el momento de aparición de las manifestaciones clínicas.

La sífilis congénita temprana es la que se presenta antes del segundo año de vida; mientras más tempranamente se presenta tiende a ser más grave y puede ser fulminante, se asemeja a la sífilis secundaria del adulto. Puede darse que el niño nazca con serias deformidades y se asocia con una mortalidad alta o puede que

¹⁵Ibid.

¹⁶Ibid

las manifestaciones estén presentes desde el nacimiento o que se vayan presentando paulatinamente durante el crecimiento, pero que no atenten directamente contra la vida del paciente.¹⁷

La sífilis congénita tardía se presenta después de los dos años de edad, se asemeja a la sífilis terciaria y perdura durante toda la vida.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

Cuadro 1. Manifestaciones clínicas de la sífilis congénita

SIFILIS CONGENITA TEMPRANA	SIFILIS CONGENITA TARDIA
Brote maculopapular	Dientes de Hutchinson
Hepatoesplenomegalia	Tibia en sable
Periostitis	Nariz en silla de montar
Rinorrea mucosanguinolenta	Queratitis intersticial
Alteraciones hematológicas(anemia, Trombocitopenia)	Hidrocefalia
Prematurez	Convulsiones
Bajo peso	Parálisis de nervios craneanos
Hidropesía fetal	
Ictericia prolongada	

Fuente: Protocolo de Sífilis Congénita Y Gestacional. Instituto Nacional de Salud. Revisión 2007.

Estas manifestaciones clínicas se pueden presentar en el período neonatal inmediato o durante los primeros meses de vida. Si los pacientes afectados no son tratados, a pesar de haber cursado con manifestaciones clínicas en el período neonatal inmediato pueden tener manifestaciones clínicas tardías, usualmente después de los dos años de vida. Las manifestaciones tardías más frecuentes son de sistema nervioso central, huesos, articulaciones, dientes, ojos y piel. Es posible que algunas consecuencias de la infección intrauterina se manifiesten solo después de haber transcurrido muchos años desde el nacimiento. Ellas pueden ser:

Queratitis intersticial (5 a 20 años)

Sordera como consecuencia de afectación del octavo par (10 a 40 años)

Tríada de Hutchinson (dientes de Hutchinson)

¹⁷Ibid

Diagnostico tratamiento y seguimiento

DETECCIÓN La detección de casos de sífilis gestacional y congénita se fundamenta en el reconocimiento sistemático mediante la realización de pruebas serológicas no treponémicas para sífilis a todas las gestantes en todos los servicios de atención prenatal y atención del parto de cualquier nivel de atención: (5,7)

Estas se realizan en la primera consulta prenatal, al inicio del tercer trimestre de la gestación si existen factores de riesgo; En el momento de terminación de la gestación, sea esta un aborto, un parto pretérmino o un parto a término, por cualquier mecanismo (vaginal o por cesárea). Si la terminación de la gestación no fue institucional, la prueba debe realizarse en la primera consulta del puerperio o posparto. (5,7)

Debe utilizarse la prueba más sensible disponible y, en especial, la que garantice la obtención del resultado de manera inmediata, en la misma cita de atención prenatal, y siempre antes del alta para la prueba realizada en la terminación del embarazo.

Diagnóstico

La mejor manera de diagnosticar la infección es realizando el Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) o Reaginina plasmática rápida (RPR) de tamizaje a todas las gestantes en la primera consulta, al inicio del tercer trimestre, en el parto y en cualquier otro momento que se considere necesario.¹⁸

El examen clínico debe ser muy completo e intuitivo. Sospechar de toda lesión en los genitales, y de lesiones en piel, palmas y plantas que no tengan una explicación clara por otra entidad.¹⁹

Cuando se observan lesiones activas se pueden valorar las espiroquetas con una muestra directa para evaluar por el microscopio de campo oscuro. La sensibilidad es del 80%²⁰

Pruebas serológicas

¹⁸ FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Op Cit.

¹⁹Ibid.

²⁰Ibid

Se dividen en 2 tipos:

No treponémicas y treponémicas

NO TREPONEMICAS: son para tamizaje, y el seguimiento de la enfermedad: se tornan reactivas 4 a 8 semanas después de adquirida la infección. La sensibilidad de éstas para el diagnóstico de la sífilis primaria, latente temprana y tardía es del 60 a 90%; en la sífilis secundaria es cercana al 100%. La especificidad de estas pruebas es de 98% sin embargo, existen falsos positivos en alrededor del 1%, siendo más frecuente en poblaciones como ancianos, embarazadas, drogadictos y en quienes padecen enfermedades neoplásicas, autoinmunes e infecciosas.²¹

La más conocida es la VDRL, sin embargo modificaciones han sido adaptadas; Reaginina plasmática rápida (RPR) Y Tolidine Red Unheated Serum Test (TRUST)

Cuadro 2. Capacidad predictiva de las diferentes pruebas de tamización en sífilis.

SENSIBILIDAD					
Fase de infección	Sífilis primaria	Sífilis secundaria	Sífilis latente	Sífilis tardía	especificidad
VDRL	78(74-87)	100	95(88-100)	71(37-94)	98
RPR	86(77-100)	100	98(95-100)	93	99
USR	80(72-88)	100	95(88-100)		98
TRUST	85(77-86)	100	98(95-100)		99

Fuente: Texto de Federación Colombiana de obstetricia y GINECOLOGIA pag 236

PRUEBAS TREPONEMICAS: las principales pruebas treponemicas son:

FTA-abs (fluorecente treponemal antibody absorbed), TP-HA (treponema p-hemagglutination) y el MHA-TP (Microhemagglutination-treponema p)²²

FTA-ABS es altamente sensible (85-100%) en todas las etapas de la enfermedad, pero no es útil en el seguimiento de las pacientes, dado que permanece positiva durante toda la vida y el tratamiento no la modifica. La especificidad de las pruebas treponémicas oscila entre 97 y 99%. Nuevas pruebas de diagnóstico

²¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Op. Cit.

²²

incluyen enzimoimmunoensayo (EIA), reacción en cadena de polimerasa (PCR) e *immunoblotting*.²³

En Colombia se considera imprescindible solicitar pruebas treponémicas en casos de valores de dilución de VDRL < 1:8, cuando se sospeche de la enfermedad a pesar de valores negativos y cuando puedan coexistir patologías claramente relacionadas con valores positivas de pruebas no treponémicas

CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS GESTACIONAL

Toda mujer gestante, puérpera o con aborto reciente, con prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva mayor o igual a 1:8 diluciones o en menores diluciones (0, 1:2 ó 1:4) con prueba treponémica (FTA-abs o TPHA) positiva.²⁴

CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS CONGÉNITA

Fruto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, independientemente que el recién nacido presente o no signos de enfermedad y del resultado de las pruebas no treponémicas en éste.²⁵

TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL: El tratamiento de la sífilis gestacional debe incluir el tratamiento farmacológico, la búsqueda de otras ETS y la educación, según lo establecido en la guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual. El tratamiento farmacológico depende inicialmente de si la gestación continúa o no en curso, ya que sólo si la gestación ya terminó pueden ofrecerse terapias diferentes a penicilina. Si la gestación continúa en curso, el tratamiento farmacológico debe hacerse siempre con penicilina, desensibilizando por vía oral en caso de que sea probable la presentación de reacciones de hipersensibilidad.²⁶

La penicilina G, administrada por vía parenteral, es la droga preferida para el tratamiento de todas las etapas de la sífilis. La preparación utilizado(s) (Es decir, benzatinica , procaínica acuosa o cristalina acuosa), la dosis y la duración del

²³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Op. Cit.

²⁴ <http://www.saludcolombia.com/Actual/htmlnormas/ntsifili.htm>

²⁵ NACER Centro asociado al CLAP/SMR-OPS/OMS de la universidad de Antioquia. Op. Cit.

²⁶ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op. Cit.

tratamiento dependerá de la etapa y las manifestaciones clínicas de la enfermedad.²⁷

El esquema a elegir depende de la edad gestacional: si es mayor de 34 semanas, debe utilizarse penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante diez a catorce días. Si existe amenaza de parto pretérmino se remitir á por alto riesgo. Debe intentarse el diagnóstico del compromiso fetal.²⁸

Si la edad gestacional es menor de 34 semanas, el esquema se seleccionará según el estadio, así:

Sífilis de evolución indeterminada, o latente tardía, o terciaria excepto neurosífilis: penicilina benzatínica intramuscular a 2'4 millones de UI cada semana por 3 dosis.

Sífilis primaria, o secundaria, o latente temprana: penicilina benzatínica Intramuscular a 2'4 millones de UI una dosis.

Neurosífilis: penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante diez a catorce días.

Tratamiento de todos sus contactos sexuales con el fin de evitar la reinfección de la gestante.

Cuadro 3. Diferentes regímenes de tratamiento de sífilis en el embarazo

	Sífilis temprana (menor de 1 año)				sífilis tardía (mayor de 1 año)		
	SP	SS	SLtp	SLtr	Gomas-aorta	neurosífilis	
MPS-INS	PB 2.4 mill 1 dosis c/sem/2	PB 2.4 mill 1 dosis c/sem/2	PB 2.4 mill 1 dosis c/sem/2	PB 2.4 mill 1 dosis c/sem/3	PB 2.4 mill 1 dosis c/sem/3	PC 18-24 mill C/dia 10-14 dias	
CDC	PB 2.4 mill 1 dosis c/sem/1	PB 2.4 mill 1 dosis c/sem/2	PB 2.4 mill 1 dosis c/sem/2	PB 2.4 mill 1 dosis c/sem/3	PB 2.4 mill 1 dosis c/sem/3		

SP: sífilis primaria SS: sífilis secundaria SLtp sífilis latente temprano
 SLtr sífilis latente tardía **Fuente:** Texto de Federación Colombiana de obstetricia y GINECOLOGIA pag 237

²⁷ ESCUELA NACIONAL DE SALUD PUBLICA DE CUBA. Op. Cit.

²⁸ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op. Cit.

MPS-INS: ministerio de la protección social-instituto nacional de salud
PB: penicilina benzatínica
Pp: penicilina procaínica
Pc: penicilina cristalina
UK: guialines divide las formas tempranas de las tardias por 2 años.

SEGUIMIENTO:

Realizar controles con la misma prueba no treponémicas cada mes al menos durante el embarazo.²⁹

Luego a los 3, 6 ,12 y 24 meses: se hará nuevo tratamiento y estudio de líquido cefalorraquídeo.³⁰

Se incrementa 4 veces o 2 diluciones al valor previo.

Si a los 6 meses no ha disminuido 4 veces o 2 diluciones en la sp y ss

Títulos persistentes de 1:4 pueden permanecer por varios meses

Estudio de VIH, aunque no cambia el esquema de tratamiento, se reconoce que existe mayor riesgo de fracaso.³¹

2.2 MARCO CONCEPTUAL

ACTITUD: Es la disposición de cada individuo frente a una acción.

CONOCIMIENTO: conjunto de información que se adquiere mediante la experiencia o el aprendizaje.

FTA-ABS: Es un examen de sangre utilizado para detectar anticuerpos contra la bacteria *Treponema pallidum*.³²

PRACTICA: es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos

²⁹ FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Op. Cit.

³⁰Ibid.

³¹Ibid.

³²Evaluación de la vigilancia de la sífilis congénita en Ciudad de La Habana, 1996
<http://swinefluassessment.adam.com/content.aspx?productld>

RPR: Reaginina plasmática rápida: Es una prueba no treponemica de detección para que busca anticuerpos presentes en la sangre de personas que tengan esta enfermedad.

TPHA: (Treponema Pallidum Haemagglutination) es una prueba específica de hemaglutinación, para la detección cualitativa y semicuantitativa de anticuerpos anti-Treponema pallidum en suero humano.

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory: Es una prueba de detección para sífilis que mide los anticuerpos que pueden ser producidos por el Treponema pallidum.³³

2.3 MARCO CONTEXTUAL

La Empresa Social del Estado PASTO SALUD ESE., es una entidad pública, descentralizada, del orden municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Municipal de Salud.

Creada mediante Acuerdo 004 del 13 de Febrero de 2006, emanado por el Concejo Municipal de Pasto, iniciando su funcionamiento el 16 de Agosto del 2006, cuyo objeto social es la prestación del servicio público de salud, como parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, en el primer nivel de complejidad, sin perjuicio que pueda prestar otros servicios de salud de mayor complejidad, que contribuyan a su desarrollo y financiación conforme a las disposiciones y competencias constitucionales, legales y reglamentarias vigentes, o que contribuyan al mejoramiento del estado de salud de la población en su área de influencia, acorde con las necesidades determinadas en el perfil epidemiológico con sujeción a los planes de desarrollo nacional, departamental, municipal y a los criterios operacionales señalados para el funcionamiento de la red de servicios del departamento de Nariño.

Cuenta con cuatro nodos de atención: Red norte Red Sur, Red oriente, y Red occidente. La Red Norte incluye al hospital civil, centros de salud primero de Mayo, Pandiaco, Buesaquillo y Morasurco, los cuales prestan servicios de Medicina general y atención de enfermería, psicología, vacunación, servicio farmacéutico y odontología. Cuenta con 12 consultorios para consulta externa, 10 consultorios para programas de y 4 para procedimientos. Disponen de 16 médicos generales y 13 enfermeras, vinculados a la Entidad por contrato de prestación de servicios.

³³<http://www.clinicadam.com/salud/5/003515.html>

2.4 MARCO LEGAL

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

Se deberá crear el comité de vigilancia en salud pública de las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) VIH; SIFILIS y Hepatitis B con énfasis en sus componentes Materno y Perinatal con el fin de obtener información veraz, oportuna y confiable sobre estos eventos e implementar las medidas de intervenciones individuales y colectivas necesarias que generen su control y/o eliminación de acuerdo a las metas establecidas en cada caso y de acuerdo a su dinámica en cada territorio. Este comité es independiente al COVE y será liderado por salud sexual reproductiva - SSR el documento guía se encuentra en la página Web institucional www.ins.gov.co

Sífilis Gestacional y congénita:

Realizar búsqueda activa institucional - BAI de casos de sífilis Gestacional y congénita, con periodicidad trimestral, en los registros de laboratorio clínico, registros individuales de prestación de servicios – RIPS, historias clínicas y certificados de defunción, aplicando la metodología de BAI para sífilis, con la correspondiente notificación y seguimiento de casos detectados al Sivigila.

Realizar comités de vigilancia en salud pública - COVE a nivel departamental, distrital, municipal y/o institucional con una periodicidad mensual, en donde participen los profesionales responsables de la vigilancia, coordinadores de promoción y prevención, aseguramiento, coordinador de salud sexual y reproductiva, EPS, IPS, y demás profesionales de la salud que tengan relación con el diagnóstico, notificación, tratamiento y seguimiento de los casos de sífilis Gestacional y congénita, para:

Analizar el comportamiento de la notificación y de los casos.

Detectar y solucionar fallas en la detección precoz, diagnóstico oportuno, Tratamiento y seguimiento de los casos y contactos.

Identificar situaciones de vulnerabilidad, barreras de acceso, y las necesidades en apoyo diagnóstico.

Diseñar y evaluar estrategias de prevención y control de la sífilis Gestacional y congénita articuladas con la política de salud sexual y reproductiva.

Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo,

atención del parto y al recién nacido, y la guía de atención para la sífilis Gestacional y congénita (resolución 412 de 2000 y sus actualizaciones).

Realizar investigación epidemiológica al 100% de casos y contactos de sífilis Gestacional y congénita.

La sífilis materna se considera una enfermedad de notificación obligatoria en Colombia desde el año 2003. El tamizaje de sífilis debe realizarse de rutina como parte de la atención prenatal.

La vigilancia de sífilis materna se basa en datos durante la atención prenatal regular y de forma pasiva, la cual debe tener una cobertura de 100% en todo el país. Es importante vincularla a programas como el de maternidad segura y de prevención de la transmisión materno-infantil de VIH especialmente.

La detección de sífilis Gestacional y congénita tendrá lugar, según el contexto, a través de criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. Tanto la clínica como el laboratorio juegan un papel crucial en el diagnóstico de sífilis Gestacional.

La historia clínica perinatal completa, de acuerdo con lo establecido en la norma de atención de control prenatal y de parto (resolución 412/2000), debe cumplir con los siguientes requisitos.

Identificar factores riesgo como: Antecedente de otras infecciones de transmisión sexual; alta tasa de recambio de parejas sexuales o miembro de la pareja sexual con más de una pareja sexual; contacto sexual con personas que hayan padecido infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA; ausencia de control prenatal o control prenatal tardío (después de la semana 12 de gestación), y consumo de drogas psicoactivas o alcohol.

En gestante adolescente (menor de 19 años), debe tenerse en cuenta el bajo nivel educativo y nivel socio-económico; Antecedente de sífilis, fase de la enfermedad, momento de la gestación en que fue tratada, el medicamento aplicado, seguimiento serológico, diagnóstico y tratamiento de la pareja sexual.

Pruebas de laboratorio

En Colombia se debe hacer siempre y no sólo a las que tengan factores de riesgo, dado que somos población con alta incidencia de SC; al momento de la terminación de la gestación, sea aborto, mortinato, parto a término o pre término por cualquier mecanismo (vaginal o por cesárea) para establecer el diagnóstico del binomio madre – hijo; si la terminación de la gestación no fue institucional, la prueba debe realizarse en la primera consulta del puerperio o posaborto. Si la

prueba serológica no treponémica es positiva, debe considerarse la realización de prueba treponémica (FTA-Abs, TPHA) de acuerdo con los antecedentes de sífilis. Toda mujer con sífilis Gestacional y sus parejas sexuales deben recibir:

Asesoría o consejería para la toma de ELISA para VIH y hepatitis B.

Estudio del recién nacido con sífilis congénita: aunque la mayoría de los casos de sífilis congénita son asintomáticos, a todos los neonatos de madres con prueba no treponémica o treponémica reactiva o positiva para sífilis se les hará evaluación clínica y de laboratorio:

Las evaluaciones con exámenes complejos de los neonatos dependen de la presencia de anormalidades al examen físico, y su realización debe efectuarse con criterio de utilidad, es decir, siempre que los resultados impliquen cambios en el tratamiento, seguimiento o rehabilitación. El recién nacido y la madre no deben ser dados de alta si el resultado de la serología materna no ha sido determinado durante la gestación o a la terminación de la gestación.

El seguimiento y tratamiento serán de acuerdo con lo estipulado por las guías de atención de la sífilis congénita de la Resolución 00412/2000 y se recomiendan las consideraciones específicas para sífilis de las guías de tratamiento de las enfermedades transmitidas sexualmente – 2006, de los CDC

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

TABLA 1. GÉNERO

Genero	Frecuencia	%	FR
Hombre	6	16,67	0,167
Mujer	30	83,33	0,833
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de médicos encuestados el 83.33 % pertenecen al género femenino y solo el 16.67% pertenecen al género masculino.

TABLA 2. EDAD

Edad	Frecuencia	%	FR
≥20 O ≤30	17	47,22	0,472
≥31 O ≤ 40	13	36,11	0,361
≥41 O ≤ 50	3	8,33	0,083
≥51 O ≤ 60	3	8,33	0,083
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Referente a la edad de los médicos encuestados, el 47.22% se encuentra en el rango de edad entre 20-30 años; El 36.11 se encuentra en un rango edad entre 31 -40 años, seguidos de un 8,33% que se encuentra en un rango de edad entre 51- 60 años mientras que solo 8.33% se encuentra entre el rango de edad entre 51-60 años.

TABLA 3. ESTADO CIVIL

Estado Civil	Frecuencia	%	FR
Casado	10	27,78	0,278
Separado	2	5,56	0,056
Soltero	20	55,56	0,556
U/L	4	11,11	0,111
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

En cuanto al estado civil de total de los médicos encuestados el 55.56% son solteros, el 27,78% casados; el 11.11% en unión libre y solo el 5.56% separados.

TABLA 4. AÑOS DE EGRESO DE UNIVERSIDAD

Años de Egreso de la Universidad (Años)	Frecuencia	%	FR
≤ 5	20	55,56	0,556
6-10	6	16,65	0,167
11a 20	6	16,65	0,167
≥20	2	5,56	0,056
No Responde	2	5,56	0,056
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

De los médicos encuestados, el 55.56 % manifiesta haber egresado de sus estudios universitarios en un periodo menor a 5 años; en comparación con el 5.56 % que refirió haber egresado hace mas de 20 años.

TABLA 5. TIPO DE CONTRATACION

Tipo de Contratación	Frecuencia	%	FR
Contrato	8	22,22	0,222
Nomina/ Planta	5	13,89	0,139
Orden de Prestación de Servicios	22	61,11	0,611
No Responde	1	2,78	0,028
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

En cuanto al tipo de contratación de los médicos encuestados; El 61.11% tienen un tipo de contratación por orden de prestación de servicios, seguido de un 22.22% contrato y solo un 13.89 % son médicos de nomina/planta.

TABLA 6 TIEMPO DE VINCULACION

Tiempo de Vinculación(Meses)	Frecuencia	%	FR
Mayor De 60	10	27,78	0,278
Menor De 60	24	66,67	0,667
Sin Dato	2	5,56	0,056
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

De los médicos encuestados en cuanto a tiempo de vinculación, la mayoría de los médicos con un 66.67% se encuentran vinculados a la ESE PASTO SALUD en un periodo menor de 5 años.

ACTITUDES

TABLA 7. METODO DE ACTUALIZACION

Método De Actualización	Frecuencia	%	Fr
Internet	3	8,33	0,083
Internet /Protocolo Guía	30	80,6	0,876
Texto Protocolo Guía	2	5,56	0,056
Texto Internet Protocolo Guía	2	5,56	0,056
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

En cuanto a método de actualización de los médicos encuestados el 80,6% de los médicos utilizan como medio de actualización, el Internet y los protocolos y guías; seguidos de un 8,3% que solo utilizan Internet, y solo un 5.56% utilizan textos, protocolos y guías.

TABLA 8 DEDICA TIEMPO A LA ACTUALIZACION EN EL TEMA DE SÍFILIS GESTACIONAL

Dedica tiempo a la actualización	Frecuencia	%	FR
Si	26	72,22	0,722
No	10	27,78	0,278
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

En cuanto al tiempo que el médico dedica a la actualización sobre sífilis estacional; un 72.2 % de los médicos encuestados manifiesta que dedica parte de

su tiempo para actualizarse en sífilis mientras que el 28% no dedica tiempo a la actualización de sífilis.

TABLA 9 ASISTE A TALLERES

Asiste a Talleres	Frecuencia	%	FR
Si	19	52,78	0,528
No	17	47,22	0,472
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

De los médicos encuestados el 52.78 % manifiesta que asiste a talleres para actualización y un 47.22 manifiestan que no asisten.

CONOCIMIENTOS

TABLA 10 CONOCE LA INCIDENCIA DE SÍFILIS

Categoría	Frecuencia	%	FR
Si	9	25,00	0,250
No	27	75,00	0,750
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

En cuanto al conocimiento de la incidencia de sífilis; de los médicos encuestados un 75% no conocen la incidencia de la sífilis y un 25% si la conocen.

TABLA 11 CONOCE EL PERIODO DE INCUBACION DE LA SÍFILIS

Categoría	Frecuencia	%	FR
Si	19	52,78	0,528
No	17	47,22	0,472
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

De los médicos encuestados; El 47% no conocen el periodo de incubación de la sífilis Gestacional y un 52.78 si lo conocen.

TABLA 12 CONOCE EL MOMENTO DE SOLICITUD DE LA PRUEBA

Categoría	Frecuencia	%	FR
Si	31	86,11	0,861
No	5	13,89	0,139
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

De los médicos encuestados el 86.11% manifiesta que el VDRL se debe solicitar, en Primer control prenatal, semana 28- 32, postaborto y mortinato mientras que un 13.89 % no conocen el momento de solicitud de la prueba.

TABLA 13. ES LA ULCERA DOLOROSA INDURADA LA LESION CARACTERISTICA DE LA ENFERMEDAD

Categoría	Frecuencia	%	FR
Correcto	17	47,22	0,472
Incorrecto	18	50,00	0,500
No sabe	1	2,78	0,028
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del los Médicos encuestados el 50% no conocen la lesión característica de la Sífilis Primaria, mientras que el 47.22% si la conocen y el 2.78 no sabe.

TABLA 14. LA NEUROSIFILIS HACE PARTE DE SÍFILIS TERCIARIA

Categoría	Frecuencia	%	FR
No	30	83,33	0,833
Si	6	16,67	0,167
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

De los médicos encuestados el 83,33 % manifiesta que la Neurosífilis no hace parte de la sífilis terciaria y el 6% manifiesta que si hace parte.

TABLA 15 DETERMINE CUAL ES EL PERIODO DE MAYOR RIESGO DE TRANSMISION DE SÍFILIS GESTACIONAL

Categoría	Frecuencia	%	FR
Correcto	28	77,78	0,778
Incorrecto	8	22,22	0,222
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de los médicos encuestados el 77,78% conocen que el periodo de mayor riesgo de transmisión de la madre hacia al feto se da en la fase latente temprana, mientras que 22,22 no lo conocen y manifiestan que se da en la latente tardía.

TABLA 16. CUANTO TIEMPO DURA LA FASE TEMPRANA DE SÍFILIS ADQUIRIDA

Categoría	Frecuencia	%	FR
Correcto	13	36,11	0,361
Incorrecto	23	63,89	0,639
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de los médicos encuestados el 63.89% no conocen que la Sífilis temprana se diagnostica durante 12 meses. El 36% de la población responde que dura entre 3 y 6 meses.

TABLA 17. EN QUE ETAPAS SE DIAGNOSTICA LA SÍFILIS GESTACIONAL

Categoría	Frecuencia	%	FR
Correcto	30	83,33	0,833
Incorrecto	6	16,67	0,167
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de los médicos encuestados el 83% están de acuerdo en que la sífilis Gestacional se diagnostica durante el embarazo, posaborto y puerperio inmediato mientras que el 16.67 % manifiesta que solo en el embarazo.

PRACTICAS

TABLA 18 SOLICITA VDRL EN GESTACIÓN

Categoría	Frecuencia	%	FR
Si	36	100,00	1,000
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

El 100% de los médicos encuestados solicitan prueba de serología durante la gestación.

TABLA 19 REALIZA EXAMEN FISICO COMPLETO INCLUYENDO GENITALES

Categoría	Frecuencia	%	FR
Si	33	91,67	0,917
No	3	8,33	0,083
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de los médicos encuestados el 91.67% realiza examen físico completo incluyendo genitales buscando lesión Sifilítica; mientras que un 8.33 no lo hace.

TABLA 20 CONDUCTA ANTE VDRL 1.2 DILS EN PRIMER CONTROL PRENATAL EN EL 3 TRIMESTRE.

Categoría	Frecuencia	%	FR
Correcta	4	11,11	0,111
Incorrecta	32	88,89	0,889
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de la población encuestada; el 88.89% no descarta diagnóstico cuando se presenta una gestante con 1.2 DILS, solo lo descartan el 11.11%; la mayoría solicita FTA-ABS sin tener en cuenta la semana de gestación que se encuentra y el resultado de la prueba no treponémicas.

TABLA 21. CONDUCTA CON VDRL 1.8 DILS Y FTA-ABS POSITIVA.

Categoría	Frecuencia	%	FR
Incorrecto	7	19,44	0,194
Correcto	29	80,56	0,806
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de los Médicos encuestados el 80% frente a una serología positiva y una prueba treponémicas reactiva considera que es una infección activa mientras que un 19.44 consideran que hay persistencia de anticuerpos y es una infección no activa.

TABLA 22 CADA CUANTO REALIZA SEGUIMIENTO EN UNA PACIENTE TRATADA QUE TUVO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL

Categoría	Frecuencia	%	FR
Correcto	32	88,89	0,889
Incorrecto	4	11,11	0,111
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de la población encuestada el 88.89% realiza seguimiento cada tres meses mientras que el 11.11 % realiza el seguimiento cada mes o cada 2 meses.

TABLA 23. HASTA CUANTAS DILUCIONES SE CONSIDERA NEGATIVA EL VDRL EN PACIENTE TRATADA CON SÍFILIS

Categoría	Frecuencia	%	FR
Correcto	5	13,89	0,139
Incorrecto	27	75,00	0,750
No responde	4	11,11	0,111
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de los médicos encuestados el 75% no conoce hasta cuantas diluciones se consideran negativas después de que el paciente recibió tratamiento para sífilis Gestacional solo el 13.89% si lo conocen

TABLA 24 MEDICAMENTO DE ELECCIÓN PARA NEUROSÍFILIS.

Categoría	Frecuencia	%	FR
Gentamicina	1	2,78	0,028
P. Benzatínica	16	44,44	0,444
P. Cristalina	17	47,22	0,472
No responde	2	5,56	0,056
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de los pacientes el 47.22% utiliza Penicilina Benzatínica para el tratamiento de la Neurosífilis mientras que el 44% utiliza Penicilina Cristalina.

TABLA 25. ESQUEMA PARA EL MANEJO DE NEUROSIFILIS

Categoría	Frecuencia	%	FR
Incorrecto	31	86,11	0,861
Correcto	5	13,89	0,139
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de los Médicos encuestados tan solo el 13.89 conoce el esquema para Neurosífilis y el 86.11% no conoce el esquema de manejo para Neurosífilis.

TABLA 26. OPCIÓN ANTE PACIENTE CON HIPERSENSIBILIDAD A PENICILINA.

Categoría	Frecuencia	%	Fr
Azitromicina	1	2,78	0,028
Desensibilizar	35	97,22	0,972

Fuente: presente investigación

Del total de los Médicos encuestados el 97.22% están de acuerdo que ante sensibilidad a la Penicilina la conducta es desensibilizar.

TABLA 27 PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE INFECCIÓN POR SÍFILIS QUE PRESENTA VDRL + CON FTABS -

Categoría	Frecuencia	%	Fr
Correcto	26	72,22	0,722
Incorrecto	10	27,78	0,278
Total	36	100	1

Fuente: presente investigación

Del total de los Médicos encuestados el 72% afirma que frente a un VDRL positivo y FTA ABS negativo sin antecedentes de Infección por Sífilis se Pensaría en Enfermedad Autoinmune mientras que un 27.78 afirman que se podría pensar en infección reciente o sífilis terciaria.

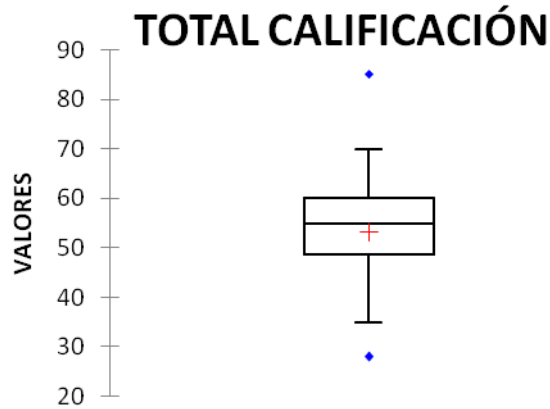
TABLA 28 SE CONSIDERA CRITERIO DE CURACIÓN

Categoría	Frecuencia	%	FR
Desaparición de ulcera	1	2,78	0,028
VDRL en 1:4 DI al mes	22	61,11	0,611
menos de 2 DL en 6 meses	13	36,11	0,333
TOTAL	36	100	1

Fuente: presente investigación

De los Médicos encuestados un 36,11% contestaron correctamente como criterio de curación la disminución de 2 DILS en 6 meses mientras que el 61% afirmaron como criterio de curación la disminución de 1:4 DILS al mes.

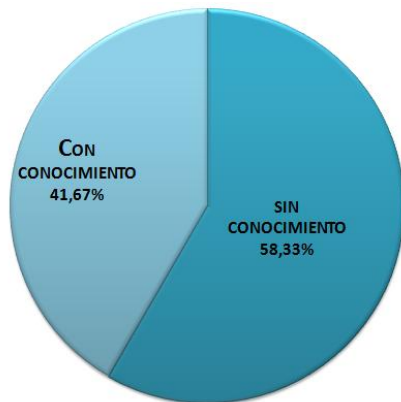
GRAFICA 1 CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ENCUESTA RESPECTO A CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS



Fuente: presente investigación

La Mediana de la calificación global de la encuesta fue de 58 hay valores extremos de resultados de algunos que respondieron acertadamente con un resultado de calificación mayor a 80 Y unos menor a 30 siendo 65 la calificación académica mínima para la aprobación de esta encuesta. Se observa que un 62% de la población no obtuvo la calificación mínima para aprobar la encuesta

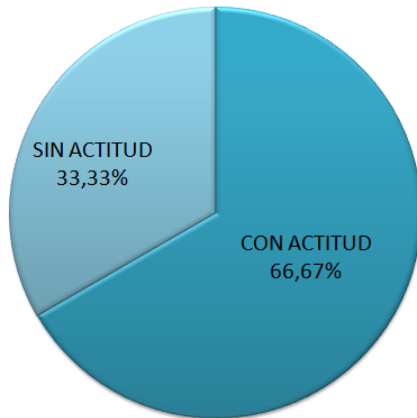
GRAFICA 2. CONOCIMIENTOS



FUENTE PRESENTE INVESTIGACION

Del total de Médicos encuestados el 58% no tienen un conocimiento satisfactorio; mientras que el 41% si tiene el conocimiento mínimo requerido acerca del tema de sífilis Gestacional

GRAFICA 3. ACTITUDES



Del total de Médicos encuestados el 66,6% tienen actitud; mientras que el 33,3% no tiene actitud

• FUENTE PRESENTE INVESTIGACION

GRAFICA 4 PRÁCTICAS



Del total de Médicos encuestados el 69,4% tienen una práctica adecuada; mientras que el 30,3% no tiene una práctica adecuada

• FUENTE PRESENTE INVESTIGACION

TABLA 29. EDAD RESPECTO ACTITUD (%)

Edad	Con Actitud	Sin Actitud	Total
≥20 O ≤30	27,78	19,44	47,22
≥31 O ≤ 40	27,78	8,33	36,11
≥41 O ≤ 50	8,33	0,00	8,33
≥51 O ≤ 60	2,78	5,56	8,33
Total	66,67	33,33	100

Fuente: presente investigación

Del total de encuestados el 36% representa a los médicos comprendidos en un rango de edad entre 31-40 años de los cuales un componente del 27% de ese porcentaje tiene actitud mientras que el 8,3% que representa los médicos de rango de edad entre 41 a 50 años todos tuvieron una buena actitud frente al tema de sífilis Gestacional.

TABLA 30. EDAD RESPECTO A PRÁCTICAS (%)

P VALOR 0,049

Edad	Practica Adecuada	Practica Inadecuada	Total
≥20 O ≤30	27,78	19,44	47,22
≥31 O ≤ 40	27,78	8,33	36,11
≥41 O ≤ 50	8,33	0,00	8,33
≥51 O ≤ 60	5,56	2,78	8,33
Total	69,44	30,56	100

Fuente: presente investigación

Del total de encuestado el 36% representa a los médicos comprendidos en un rango de edad entre 31-40 años de los cuales un componente del 27% de ese porcentaje tienen una adecuada practica mientras el 8,3% que representa los

médicos de rango de edad entre 41 a 50 años todos tuvieron una adecuada practica.

TABLA 31 EDAD RESPECTO A CONOCIMIENTO (%)

P VALOR: 0,03

Edad	Sin Conocimiento	Con Conocimiento	Total
≥20 O ≤30	38,89	8,33	47,22
≥31 O ≤ 40	11,11	25,00	36,11
≥41 O ≤ 50	2,78	5,56	8,33
≥51 O ≤ 60	5,56	2,78	8,33
Total	58,33	41,67	100

Fuente: presente investigación

Del total de encuestados el 47% representa a los médicos comprendidos en un rango de edad entre 20-30 años de los cuales el 38,8% no tiene conocimiento mientras que el 36,1 % que representa los médicos de rango de edad entre 31 a 40 años de los cuales un componente del 25% de ese porcentaje tuvieron conocimiento frente al tema de sífilis Gestacional.

TABLA 32. TIPO DE VINCULACIÓN- ACTITUD (%)

Tipo de Vinculación	Con Actitud	Sin Actitud	Total
Contrato	19,44	2,78	22,22
No Responde	2,78	0,00	2,78
Nomina/ Planta	5,56	8,33	13,89
OPS	38,89	22,22	61,11
Total	66,67	33,33	100

Fuente: presente investigación

Del total de encuestados el 13% tiene un tipo de contratación por nomina del cual el 8,3% no tiene actitud frente al tema de sífilis; mientras que el personal que tiene un contrato mayor a 6 meses representado por un 22% , el 19% que conforma ese 22% tiene un buena actitud. Con respecto a la contratación por OPS que representa el 61% de encuestados el 22% no tiene actitud.

TABLA 33. TIPO DE VINCULACIÓN RESPECTO A PRÁCTICAS (%)

Tipo de Vinculación	Practica Adecuada	Practica Inadecuada	Total
Contrato	13,89	8,33	22,22
No Responde	2,78	0,00	2,78
Nomina/ Planta	11,11	2,78	13,89
OPS	41,67	19,44	61,11
Total	69,44	30,56	100

Fuente: presente investigación

Del total de encuestados el 13,8% tiene un tipo de contratación por nomina el 11,1% de ese porcentaje tiene una adecuada practica; mientras que el personal que tiene un contrato mayor a 6 meses representado en el 22% ; el 13% de este porcentaje tiene una adecuada practica. Con respecto a la contratación por OPS

que representa el 61% de encuestados el 41% tiene una adecuada practica mientras que el 19% no la tienen.

TABLA 34. TIPO DE VINCULACIÓN RESPECTO A CONOCIMIENTOS (%)

Tipo de Vinculación	Sin Conocimiento	Con Conocimiento	Total
Contrato	13,89	8,33	22,22
No Responde	0,00	2,78	2,78
Nomina/ Planta	8,33	5,56	13,89
OPS	36,11	25,00	61,11
Total	58,33	41,67	100

Fuente: presente investigación

Del total de encuestados el 13% tiene un tipo de contratación por nomina de los cuales el 8,3% no tiene el conocimiento mínimo requerido frente al tema de sífilis Gestacional; mientras que el personal que tiene un contrato mayor a 6 meses representado en el 22%, el 13% que lo conforma de igual forma no tiene el conocimiento mínimamente requerido frente al tema de sífilis Gestacional.

Con respecto a la contratación por OPS que representa el 61% de encuestados el 36% no tiene conocimiento.

TABLA 35. EGRESO UNIVERSITARIO RESPECTO ACTITUD (%)

Egreso años universidad	Con Actitud	Sin Actitud	Total
≤ 5	36,11	19,44	55,56
- 6-10	13,89	2,78	16,67
- 11 A 20	13,89	2,78	16,67
≥20	0,00	5,56	5,56
- No Responde	2,78	2,78	5,56
Total	66,67	33,33	100

Fuente: presente investigación

Del total de encuestados el 66% tiene actitud de los cuales el 36% tienen un egreso universitario menor de 5 años; mientras que el personal con un egreso mayor de 20 años ninguno tuvo actitud frente a la actualización del tema de sífilis Gestacional.

TABLA 36. EGRESO UNIVERSITARIO RESPECTO A PRÁCTICAS (%)

Egreso años Universidad	Practica Adecuada	Practica Inadecuada	Total
≤ 5	30,56	25,00	55,56
6-10 Años	16,67	0,00	16,67
11 A 20	11,11	5,55	16,67
≥20	5,56	0,00	5,56
No Responde	5,56	0,00	5,56
Total	69,44	30,56	100

Fuente: presente investigación

De 36 médicos encuestados el 69% tiene adecuada práctica de los cuales el 36% tienen un egreso universitario menor de 5 años; mientras que el personal con un

egreso mayor de 20 años ninguno tuvo actitud frente a la actualización del tema de sífilis Gestacional.

TABLA 37. EGRESO UNIVERSITARIO RESPECTO A CONOCIMIENTOS (%)

P VALOR: 0,048

Egreso años universidad	Sin Conocimiento	Con Conocimiento	Total
≤ 5	41,67	13,89	55,56
6-10 Años	5,56	11,11	16,67
11 A 20	2,78	13,89	16,67
≥20	5,56	0,00	5,56
No Responde	2,78	2,78	5,56
Total	58,33	41,67	100

Fuente: presente investigación

De 36 médicos encuestados el 58% no tiene conocimiento de los cuales el 41% tienen un egreso universitario menor de 5 años; mientras que el personal con un egreso mayor de 20 años ninguno tuvo el conocimiento mínimo frente al tema de sífilis Gestacional.

TABLA 38. TIEMPO DE VINCULACIÓN RESPECTO ACTITUD (%)

P VALOR 0,091

Tiempo de Vinculación	Tiene Actitud	No Tiene Actitud	Total
Mayor De 60	22,22	5,56	27,78
Menor De 60	44,44	22,22	66,67
Sin Dato	0,00	5,56	5,56
Total	66,67	33,33	100

Fuente: presente investigación

Del total de médicos encuestados el 33% no tienen actitud frente a la actualización del tema de sífilis Gestacional de los cuales el 22% tiene un tiempo de vinculación menor de 60 meses; mientras que el personal con actitud representado en el 66% de los encuestados el 44% tiene un tiempo de vinculación menor de 60 meses.

TABLA 39. TIEMPO DE VINCULACIÓN RESPECTO A PRÁCTICAS (%)

Tiempo de Vinculación	Practica Adecuada	Practica Inadecuada	Total
Mayor De 60	22,22	5,56	27,78
Menor De 60	44,44	22,22	66,67
Sin Dato	2,78	2,78	5,56
Total	69,44	30,56	100

Fuente: presente investigación

Del total de médicos encuestados el 30% no tienen una adecuada practica de los cuales el 22% tiene un tiempo de vinculación menor de 60 meses; mientras que el personal con adecuada practica representado en el 69,4% de los encuestados el 44% tiene un tiempo de vinculación menor de 60 meses.

TABLA 40. TIEMPO DE VINCULACIÓN RESPECTO A CONOCIMIENTOS (%)

P VALOR 0,01

Tiempo De Vinculación	Sin Conocimiento	Con Conocimiento	Total
Mayor De 60	5,56	22,22	27,78
Menor De 60	50,00	16,67	66,67
Sin Dato	2,78	2,78	5,56
Total	58,33	41,67	100

Fuente: presente investigación

Del total de médicos encuestados el 58% no tienen el conocimiento mínimo frente al tema de sífilis Gestacional de los cuales el 50% tiene un tiempo de vinculación menor de 60 meses; mientras que el personal con conocimientos representado en el 41% de los encuestados el 22% tiene un tiempo de vinculación mayor de 60 meses.

TABLA 41. CONOCIMIENTO RESPECTO A LA ACTITUD (%)

P VALOR: 0,031

Actitud	Sin Conocimiento	Con Conocimiento	Total
Con Actitud	30,56	36,11	66,67
Sin Actitud	27,78	5,56	33,33
Total	58,33	41,67	100

Fuente: presente investigación

Del total de médicos encuestados el 58% que no tiene conocimientos mínimos acerca del tema de sífilis Gestacional el 27% de los mismos tampoco tiene actitud frente a la actualización del tema; mientras que el 41% que tiene conocimiento solo el 5% no tiene actitud.

TABLA 42. PRÁCTICAS CONOCIMIENTO (%)

P VALOR 0,669

Practicass	Sin Conocimiento	Con Conocimiento	Total
Practica Adecuada	38,89	30,56	69,44
Practica Inadecuada	19,44	11,11	30,56
Total	58,33	41,67	100

Fuente: presente investigación

Del total de médicos encuestados el 58% que no tiene conocimientos mínimos acerca del tema de sífilis Gestacional el 19% de los mismos de igual forma no tiene adecuada practica; mientras que del 41% que tiene conocimiento el 30% tiene adecuada practica.

TABLA 43. ACTITUD PRÁCTICAS (%)

PVALOR 0,7

Practicass	Con Actitud	Sin Actitud	Total
Practica Adecuada	47,22	22,22	69,44
Practica Inadecuada	19,44	11,11	30,56
Total	66,67	33,33	100

Fuente: presente investigación

Del total de médicos encuestado, el 47 % tiene práctica y actitud adecuada; mientras que del 11% no tiene actitud ni practica inadecuada

TABLA 44. SEGUIMIENTO VS SOLICITUD DE VDRL (%)

VALOR P: < 0,0001

Variables	Si solicitud de VDRL en gestación	No solicitud de VDRL en gestación
Conoce seguimiento	34,1	0
No conoce seguimiento	63,8	0
Total	100	

Fuente: presente investigación

Con un personal que en su totalidad solicitan un VDRL en la gestación el 63% desconocen el seguimiento adecuado de la sífilis gestación.

TABLA 45. NUMERO DE DILUCIONES VS SOLICITUD DE VDRL O FTABS EN SEGUIMIENTO (%)

Numero de diluciones negativas en VDRL	Realización de seguimiento FTABS	Realización de seguimiento VDRL	Total
CORRECTO	0	15,6%	13,8%
INCORRECTO	0	78,1%	75%
NO RESPONDE	0	6,25%	11,1
Total	11,11%	88,8%	100%

Fuente: presente investigación

Del total de encuestados únicamente 11,1% realizan seguimiento con FTA-ABS Mientras que del 88,8% de la población encuestada que realizan seguimiento con VDRL el 78,1% no conoce la negativización de esta prueba diagnóstica en una paciente postratamiento.

4. DISCUSIÓN

En el planteamiento de un proyecto de investigación es importante tener una base de comparación que permita un análisis sensato aplicado a la población materia de investigación y en quien se despierta un interés en particular. Sin embargo en ningún momento se exenta la posibilidad de plantear una pregunta de investigación y no encontrar antecedentes históricos que permitan una comparación ya que es parte de la motivación científica el plantear hipótesis que manifiesten inquietudes al respecto de la investigación.

Es por esto que nuestro estudio partió de una inquietud fundamentada principalmente en haber conocido que en el ejercicio de la práctica ginecosbtrética actual, existe un aumento en la incidencia de casos de sífilis Gestacional y congénita en nuestro departamento. Lastimosamente no existen estudios reportados en base de datos nacionales, similares al que hemos planteado y desarrollado que nos permitan comparar con nuestro estudio. Sin que esto reste relevancia e interés en el desarrollo de nuestra inquietud; por el contrario se torna relevante y de gran importancia proyectarnos como el primer estudio serio realizado en esta materia.

En lo que respecta a publicaciones de nivel internacional únicamente se encontró reporte de 2 estudios realizados en Cuba en años 1999 y 2000 específicamente dirigidos a conocimientos actitudes y prácticas de los médicos frente al diagnóstico y tratamiento de sífilis Gestacional cuyos resultados permitieron concluir que al igual que en nuestro estudio, existen deficiencias en cuanto al conocimiento sobre sífilis Gestacional.

Si bien la sífilis como enfermedad general y sus repercusiones durante la gestación ocupa un lugar preponderante en los programas académicos de pregrado, el ejercicio clínico denota falta de motivación por parte de los médicos en profundizar sus conocimientos en esta materia, existe además poco interés por parte de Entidades, Rectoras de salud y sociedades científicas en crear espacios que permitan a los profesionales de la salud acceder a conocimientos frescos que de continuidad a su proceso académico para que finalmente exista un juicioso apego a normas y protocolos en materia de sífilis Gestacional y congénita.

La sífilis Gestacional es una de las patologías de mas fácil diagnóstico, tratamiento y seguimiento siendo una de las mas costo efectivas para la EPS tratante si se lo lleva a acabo de una forma idónea, por tal razón es primordial no solamente investigar los factores de riesgo asociados a las pacientes; sino también es de vital

importancia evaluar a los médicos generales que son los encargados del manejo de las gestantes.

En el presente estudio al analizar los resultados un 59% de la población no poseen conocimientos actitudes y prácticas en referencia a la sífilis Gestacional situación similar a un estudio realizado en el año 2000 en la HABANA CUBA donde encontraron que el conocimiento clínico y epidemiológico de la sífilis resultó muy deficiente.

En nuestro estudio el 33,33% de los médicos encuestados no tiene actitud frente a la actualización del tema de sífilis y el 47% no muestran interés por asistir a conferencias de actualización acerca de a la temática de sífilis Gestacional en comparación con el estudio cubano donde manifiestan haber encontrado poca motivación de los médicos

En el presente estudio el 88,8% realizan seguimiento con VDRL de los cuales 75% desconocen el seguimiento pertinente de acuerdo al número de diluciones que deben negativizarse postratamiento de la gestante en Cuba el resultado tampoco fue alentador con la conducta que hay que seguir frente a una serología reactiva en una gestante, esto indica las dificultades que todavía persisten con el control de la sífilis, pues es en esta acción donde realmente se realiza la prevención de la Sífilis Congénita.

Si bien la sífilis como enfermedad general y sus repercusiones durante la gestación ocupa un lugar preponderante en los programas académicos de pregrado, el ejercicio clínico denota falta de motivación por parte de los médicos en profundizar sus conocimientos en esta materia, existe además poco interés por parte de Entidades, Rectoras de salud y sociedades científicas en crear espacios que permitan a los profesionales de la salud acceder a conocimientos frescos que de continuidad a su proceso académico para que finalmente exista un juicioso apego a normas y protocolos en materia de sífilis Gestacional y congénita.

En nuestro estudio el 58,33%no tiene conocimientos acerca del diagnóstico y tratamiento de la sífilis Gestacional; refiriéndonos directamente a que el 86,1% de la población desconocen el esquema de tratamiento de neurosífilis e n comparación con el estudio estudio de Khan MS, Unemo M, Zaman S, Lundborg CS. "Knowledge, attitudes and practices regarding human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome and sexually transmitted infections among health care providers in Lahore, Pakistan." 2009 Oct-Dec; Sólo el 10%puede citar el "tratamiento adecuado" de la gonorrea y principalmente de la sífilis.

A nivel nacional la Dirección Seccional de Salud de Antioquia a través de NACER, Centro Asociado al CLAP/SMR-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, en su publicación RECONOCIENDO EL PROBLEMA DE LA SÍFILIS EN LAS GESTANTES 2007 manifiestan como De las pacientes que recibieron tratamiento para sífilis durante la gestación, sólo en el 43% (20 de 46 casos) el tratamiento fue adecuado para la madre, en el 30% (14 de 46) fue inadecuado y en 26% (12 de 46) no se obtuvo el dato. De las pacientes que recibieron tratamiento durante la gestación en el 52% (24 de 46 casos), éste fue recibido en los últimos 30 días antes del parto, momento en que se considera que el tratamiento no da protección al feto. El 36,2% (n: 46) de las gestantes recibieron el tratamiento para sífilis sólo en el posparto.

Por lo cual concluyen que existe grandes dificultades en el personal médico; falta de percepción de que la sífilis Gestacional pueden tener consecuencias graves; así mismo se demuestra un inadecuado conocimiento del personal de salud en cuanto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la sífilis Gestacional por la falta de adherencia a guías y a protocolos; similares resultados a nuestro estudio en donde se demuestra el deficiente conocimiento por parte de los médicos en cuanto a sífilis Gestacional por falta de adherencia y actualización en cuanto a protocolos.

5. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

La ESE PASTO DE SALUD debe Establecer un plan de mejoramiento para los médicos generales en cuanto a actualización sobre sífilis gestacional en pro del bienestar de las gestantes atendidas en las instituciones del primer nivel.

6. CONCLUSIONES

- ❖ Del total de médicos encuestados el 83.33 % pertenecen al género femenino; la mayoría con un 47.22% se encuentra en el rango de edad entre ≥ 20 O ≤ 30 años; y un 55.56% son solteros
- ❖ El 55.56 % manifiesta haber egresado de sus estudios universitarios en un periodo menor a 5 años; El 61.11% tienen un tipo de contratación por orden de prestación de servicios, y solo un 13.89 % son médicos de nomina/planta y un 66.67% se encuentra vinculados a la ESE PASTO SALUD en un periodo menor de 5 años
- ❖ En cuanto a conocimientos el 58.3% no tiene un adecuado conocimiento respecto al diagnóstico tratamiento y seguimiento de la Sífilis Gestacional que se presentó con mayor frecuencia en el rango de edad comprendido entre los 20-30 años población joven que debía estar más actualizada puesto que sus años de egreso de la universidad no superan los 5 años.
- ❖ Respecto a las actitudes 1/3 de la población encuestada no tiene actitud dado primordialmente porque un 30% de la población encuestada no dedica tiempo para la actualización de sífilis y un 47% de la población no muestra interés para asistir a conferencias de actualización en este tema lo cual es muy preocupante ante la elevada presentación de casos de sífilis Gestacional en Nariño
- ❖ Respecto a las prácticas del 58.33% de los médicos calificados con un conocimiento no satisfactorio solo en el 19.44% se ve evidenciado en su práctica puesto que al evaluarlos en cuanto al seguimiento de una gestante con sífilis ya tratada el 63.3 % desconocen cual debe ser el seguimiento correcto y así mismo, el 91.67 de la población encuestada manifestó realizar examen físico completo buscando la lesión característica de la sífilis pero desafortunadamente se evidenció que el 41, 67 % no conoce la lesión; lo que demuestra el manejo inapropiado que se está haciendo actualmente ante una gestante con Sífilis Gestacional.

RECOMENDACIONES

Capacitación al personal de salud principalmente a los médicos por medio de conferencias, y actualizaciones en cuanto a manejo y seguimiento de las pacientes con sífilis Gestacional que aporten a la disminución de la presentación de esta patología.

Desarrollar talleres en donde se genere discusión y dialogo en cuanto a la presentación de casos que generen controversia en cuanto al manejo y seguimiento incentivando así al personal médico para mejorar su práctica médica

Promover desde las facultades de medicina y en todos los centros médicos un cambio actitudinal de los médicos, generando mayor concientización de las consecuencias a que conlleva la falta de interés en este tema

BIBLIOGRAFÍA

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Texto de Obstetricia y Ginecología 2 edición; pag 233-238

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de manejo de sífilis gestacional y congénita en Colombia 2009

NACER Centro asociado al CLAP/SMR-OPS/OMS de la universidad de Antioquia guía del diagnostico y manejo de la sífilis Gestacional y Congénita.

NETGRAFIA

<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5511.pdf>.Sexual transmitted diseases treatment guidelines, 2006

<http://www.clinicadam.com/salud/5/003515.html> –vdrl

[http://www.knowledge, attitudes and ____ \[J Ayub Med Coll Abbottabad_ 2009 Oct-Dec\]](http://www.knowledge.attitudes.and.____.J.Ayub.Med.Coll.Abbottabad.2009.Oct-Dec) - PubMed - NCBI.mht

[http://www.jama2002 jan 9; 287 :\(2\):226-35](http://www.jama2002.jan.9.287.2.226-35). Syphilis screening in pregnancy: a systematic review and meta-analysis

<http://infection.thelancet.com> .the lancet infectious diseases vol2 July 2002 forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis

http://www.medscape.com/viewarticle/583494_6 syphilis in pregnancy: incidence of syphilis

<http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntsifili.htm>

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-74342009000100007&lng=es. Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente

<http://swinefluassessment.adam.com/content.aspx?productid> evaluación de la vigilancia de la sífilis congénita en ciudad de la habana, 1996

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595856_spa.pdf

ANEXOS

ANEXO A ENCUESTA ASIFILIS GESTACIONAL

La información es confidencial y anónima por lo que se solicita apoyo y sinceridad en sus respuestas, los resultados serán utilizados solo con fines estadísticos.

Agradecemos su colaboración en beneficio del mejoramiento de la ESE PASTO SALUD

Información general

Género: Hombre _____ Mujer: _____ Edad en años cumplidos: _____.

Estado civil: Soltero _____ Casado: _____ Viudo: _____ Separado: _____ Unión Libre _____

Periodo de tiempo desde que egreso de la universidad: _____ años.

Tipo de vinculación laboral (contrato):

Nomina/planta _____
Contrato _____

Orden de Prestación de Servicios OPS: _____

Antigüedad o Tiempo de vinculación con la ESE Pasto Salud:
_____ años _____ meses

1) ¿Qué alternativas para actualizarse en sífilis Gestacional usted. Utiliza?
Textos _____ internet _____ Protocolos / GUIAS _____ congreso _____

2) Dedicar parte de su tiempo libre para actualizarse acerca del tema de sífilis
Si _____ No: _____

3) Asiste a talleres y conferencias acerca de sífilis Gestacional
Si _____ No: _____

MARQUE CON X LA RESPUESTA CORRECTA

4) La incidencia de sífilis Gestacional en Colombia es de
0.5 a 0.8 casos por 1000 nacidos vivos -----
1.3 a 5.8 casos por 1000 nacidos vivos -----
6.0 a 7.2 casos por 1000 nacidos vivos -----

5) la transmisión prenatal de la sífilis materna primaria es del:

70% _____ 30% _____
90% _____

6) Cual es el periodo de incubación de la Sífilis Gestacional?
10 a 90 días _____ 10 a 40 días _____ 5 a 10 días _____ No sabe _____

7) la prueba de serología debe ser solicitada a toda embarazada durante:
Primer control prenatal _____ semana 28- 32 _____ postaborto y mortinato _____
todas las anteriores _____

8) La lesión característica de la sífilis primaria es una ulcera dolorosa e indurada?
Si _____ No _____ No Sabe _____

9) La neurosífilis se considera como parte de la sífilis terciaria?
Si _____ No _____ No Sabe _____

10) Durante la fase latente de la Sífilis Gestacional, el periodo de mayor riesgo de transmisión es:
latente tardía _____ Latente temprana _____

11) Cuanto tiempo dura la fase temprana de la sífilis Adquirida?
3 meses _____ 6 meses _____ 12 meses _____

12) Ha realizado tratamiento en Pacientes con Serología positiva para Sífilis Gestacional?
Si _____ No _____

13) La sífilis Gestacional se diagnostica durante:
Gestación _____ Postaborto _____ Puerperio inmediato _____
Todas las anteriores _____

14) Solicita examen VDRL en la gestación: Si _____
NO _____

15) Realiza examen físico completo, incluyendo genitales buscando lesión
SI _____ NO _____

16) Si se tiene una prueba No treponemica en 1.2 Dils en una paciente que acude a su primer control en el tercer trimestre que Haría?
Descartar diagnostico _____ Solicitar un VDRL las 28 semanas _____
Solicitar FTA-ABS _____

17) Con una prueba no treponemica en 1.8 Dils y una treponemica positiva se considera que:

Es una infección activa _____

Hay persistencia de anticuerpos y es una infección no activa _____

18) Cada cuanto se hace el seguimiento con pruebas no treponemicas con el fin de evaluar criterios de curación

Cada mes _____
meses _____

Cada dos meses _____

Cada tres _____

19) Como se realiza el seguimiento de una paciente tratada para sífilis Gestacional:

FTABS _____ Inmunoglobulina _____

VDRL _____

TPH _____

20) Hasta cuantas diluciones se considera negativa una prueba de VDRL, en paciente que recibió tratamiento para sífilis Gestacional

21) El medicamento de elección para el tratamiento de la neurosífilis es :

Gentamicina _____ Eritromicina _____ Penicilina Benzatinica _____
penicilina cristalina _____

En _____ esquema
de _____

22) Si hay hipersensibilidad a la penicilina la opción es:

Azitromicina _____ Amoxicilina _____ Desensibilizar _____

23) en paciente sin antecedente de infección por sífilis, que presenta un VDRL positivo y un FTA-ABS negativo se piensa en:

Infección reciente _____ sífilis terciaria _____ enfermedad autoinmune

24) se considera un criterio de curación:

Disminución al menos de 2 DILS en 6 meses _____ VDRL en 1:4 DILS al mes _____ desaparición de ulcera _____

Este es el final del cuestionario, gracias por su participación.

Fuente: Presente Investigación

ANEXO B: METODO DE CALIFICACION DE LA ENCUESTA

Calificación de la encuesta	Número de preguntas	Valor de cada pregunta	N. RTAS	
Conocimientos	13= 65%	5 %	MAYOR 7= 35%	TIENE CONOCIMIENTO
			MENOR 7= 35%	NO TIENE CONOCIMIENTO
Actitudes	3=15%		MAYOR 2=10%	TIENE ACTITUD
			MENOR 2 =10%	NO TIENE ACTITUD
Practicas	4= 20%		MAYOR A 3=15%	PRACTICA IDONEA
			MENOR A 3= 15%	PRACTICA NO IDONEA
TOTAL	20= 100%			
Tiene conocimientos actitudes y practicas	N. RTAS: MAYOR A 60%			

Fuente: Presente Investigación

ANAEXO C OPERALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual de la variable	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información	Tipo de variable
DATOS GENERALES.					
Genero	biología y la identidad sexual de los seres vivos	1: femenino 2.masculino	Nominal Dicotomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo independiente
Estado civil:	situación jurídica de una persona en la familia y la sociedad,	1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4.Separado 5.Unión Libre	Nominal politomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo Independiente
Edad	Años cumplidostranscurridos a partir del nacimiento de un individuo.	≥20 O ≤30 ≥41 O ≤ 50 ≥31 O ≤ 40 ≥51 O ≤ 60	Nominal politomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo Independiente
Periodo de tiempo desde que egreso de la universidad	Tiempo desde que egreso de estudios superiores universitarios	1:orden de prestación de servicios ops 2.Nomina/planta 3.Contrato 4.No responde	Nominal politomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente
Antigüedad o Tiempo de vinculación con la ESE	Tiempo desde que inicio a trabajar en la ESE	1. Mayor de 60 meses 2.Menor de 60 Sin dato	Nominal Politomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente

Pasto Salud:					
ACTITUDES					
¿Qué alternativas para actualizarse en sífilis Gestacional usted. Utiliza?	Medios físicos, magnéticos que utilice para actualizarse sobre sífilis	1.Textos 2.Internet 3.Consensos /GUIAS 5.congreso	Nominal politomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente
Dedica parte de su tiempo libre para actualizarse acerca del tema de sífilis	Tiempo libre para leer sobre sífilis	1.SI 2.No	Nominal Dicotomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente
Asiste a talleres y conferencias acerca de sífilis Gestacional	Si asiste a actualizaciones sobre sífilis	1.Si 2.No:	Nominal Dicotomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente
CONOCIMIENTOS					
Laincidencia de sífilis Gestacional en Colombia es de	Es el número de casos nuevos de sífilis en la población de gestantes en Colombia.	1. 0.5 a 0.8 casos por 1000 nacidos vivos 2.1.3 a 5.8 casos por 1000 nacidos	Nominal politomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente

		vivos 3.6.0 a 7.2 casos por 1000 nacidos vivos			
la transmisión prenatal de la sífilis materna primaria es:	La Taza de trasmisión de Sífilis.	70% 30% 90%	Nominal Dicotomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente
Cuál es el periodo de incubación de la Sífilis Gestacional?	tiempo comprendido entre la exposición a un organismo, químico o radiación patogénico, y cuando los signos y síntomas aparecen por primera vez	10 a 90 días 10 a 40 días 5 a 10 días No sabe	Nominal politomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente
la prueba de serología debe ser solicitada a toda embarazada durante:	Tiempo de Solicitud de una prueba que se solicita para detectar sífilis Gestacional	1.Primer control prenatal 2.semama 28-32 3.postaborto y mortinato 4.todas las anteriores	Nominal politomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente
Lesión característica de la sífilis primaria es una ulcera dolorosa e indurada	Caracterización de la lesión típica presente en la sífilis primaria.	1. SI 2. No	Nominal Dicotomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente

La neurosífilis se considera como parte de la sífilis terciaria?	Complicación de la sífilis .	1.Si 2.NO	Nominal Dicotomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente
Durante la fase latente de la Sífilis Gestacional, el periodo de mayor riesgo de transmisión es:	Fase de la sífilis que no presenta síntomas.	1.Latente temprana 2.latente tardía	Nominal politomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente
Cuanto tiempo dura la fase temprana de la sífilis Adquirida	Tiempo de duración de la sífilis adquirida.	-3 meses - 6 meses -12 meses	intervalo	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente
La sífilis Gestacional se diagnostica durante:	Periodo de diagnostico de la sífilis Gestacional	-Gestación -Postaborto -Puerperio inmediato -Todas las anteriores	Nominal politomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente
Si usted tiene una prueba No treponemica en 1.2 o 1.4 Dils en una paciente que acude a su primer control que Haría?	Conducta en el control de sífilis ante un VDRL negativo .	A. descartar diagnostico B.solicitar un VDRL a las 28 semanas	Nominal politomica	Encuestas a Médicos	Cualitativo dependiente

Con una prueba no treponemica en 1.8 Dils y una treponemica positiva usted considera que:	Conducta con una prueba no treponemica y treponemica positiva	1. Es una infección activa 2. Hay persistencia de anticuerpos y es una infección no activa	Nominal politomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente
Cada cuanto usted hace el seguimiento con pruebas no treponemicas con el fin de evaluar criterios de curación	Periodo de seguimiento de las gestantes cuando se ha diagnosticado sífilis Gestacional	1. Cada mes 2. Cada dos meses 3. Cada tres meses	Nominal politomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente
Como se realiza el seguimiento de una paciente tratada para sífilis Gestacional:	Examen de laboratorio utilizado para el seguimiento de una gestante con sífilis Gestacional	1. FTABS 2. Inmunoglobulina 3. VDRL 4. TPH	Nominal politomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente
Hasta cuantas diluciones se considera negativa una prueba de VDRL, en paciente que recibió tratamiento	Numero de diluciones necesario para determinar curación de sífilis Gestacional	1. Correcta 2. ncorrecta	Nominal Dicotomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente

para sífilis Gestacional					
El medicamento de elección para el tratamiento de la neurosífilis es	Medicamento utilizado para tratar la neurosífilis.	-Gentamicina -Eritromicina -Penicilina Benzatinica -.penicilina cristalina	Nominal politomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente
En la hipersensibilidad a la penicilina que medicamentos se usan	Medicamentos que se utilizan en el manejo De una reacción alérgica a la penicilina usada actualmente	1.Azitromicina 2.Amoxicilina 3.Desensibilizar	Nominal politomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente
se considera un criterio de curación:	Numero de diluciones considerados criterios de curación en sífilis Gestacional	1.Disminución al menos de 2 DILS en 6 meses VDRL en 1:4 DILS al mes 2.desaparición de ulcera	Nominal politomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente
PRACTICAS					
Solicita examen VDRL en la gestación:	Necesidad de solicitud de VDRL en la gestación	1.Si 2.No	Nominal Dicotomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente
Realiza examen físico completo, incluyendo genitales buscando	Exploración completa de la gestante para el diagnostico de la sífilis.	1.SI 2.NO	Nominal Dicotomica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente

lesión					
en paciente sin antecedente de infección por sífilis, que presenta un VDRL positivo y un FTA-ABS negativo se piensa en:	Conducta ante una paciente con una serología reactiva y una FTA ABS NEGATIVA	1. Infección reciente 2. sífilis terciaria 3. Enfermedad autoinmune	Nominal politológica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente
Si usted tiene una prueba No treponémica en 1.2 o 1.4 Dils en una paciente que acude a su primer control que Haría?	Conducta en el control de sífilis ante unos resultados de una serología no reactiva.	1. descartar diagnóstico 2. solicitar un VDRL a las 28 semanas	Nominal politológica	Encuesta a Médicos	Cualitativo dependiente

Fuente: presente investigación

ARTICULO CIENTIFICO.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉDICOS GENERALES EN RELACIÓN A SÍFILIS GESTACIONAL EN LA RED NORTE ESE PASTO SALUD PERIODO COMPRENDIDO ABRIL Y OCTUBRE 2011

Maria Eugenia Cuastumal¹, Evelyn Ibarra Estrada², Sandra Milena Garcia.³

RESUMEN: Mediante un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal se determinó cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos generales en relación a sífilis gestacional en la Red Norte ESE Pasto Salud en el periodo comprendido entre abril y octubre del 2011 con el fin de generar impacto en la comunidad médica y sea la base de información para nuevas investigaciones en cuanto a la problemática que se presenta actualmente por aumento en los casos de sífilis gestacional y congénita.

Para la recolección de la información se elaboró una encuesta la cual fue respondida por los 36 médicos anterior a una conferencia dada por los investigadores sobre sífilis gestacional. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico Excel x1stat 2010.

Se evaluaron 36 médicos de los cuales el 47.22% se encuentra en el rango de ≥ 20 O ≤ 30 años y el 55.56 % egresaron de sus estudios universitarios en un periodo menor a 5 años; de los médicos encuestados el 58% no tienen un conocimiento satisfactorio; mientras que el 41% si tiene el conocimiento mínimo requerido acerca del tema de sífilis Gestacional; un 33,3% no tiene actitud y el 30,3% no tiene una práctica adecuada; concluyendo así que los médicos generales de la Red Norte ESE Pasto Salud no tienen conocimientos actitudes y practicas satisfactorias sobre la sífilis Gestacional siendo estas una de las patologías de mas fácil diagnostico, y una de las mas costo efectivas para la IPS tratante si se lleva a acabo de una forma idónea.

Palabras claves: Sífilis Gestacional, Conocimiento, Actitud, Práctica

ABSTRACT

Using an descriptive observational study of sectional cohort we determined which are the Knowledge, Attitudes and Practices of physicians in relation to Gestational Syphilis In the Red Norte Ese Pasto salud in the period between April and October 2011 in order to generate an impact in the medical community and it will be the basis for further research, regarding the issues currently presented increase in Gestational Syphilis and Congenital.

For the collection of information was developed a survey which was answered by 36 physicians before of a conference given by the researchers on Gestational Syphilis. For análisis We used Excel statistical package XLSTAT 2010.

36 physicians were evaluated of which 47.22% is in the range ≥ 20 O ≤ 30 years and 55.56% graduated from college in a period less than 5 years .of the doctors surveyed, 58% have no knowledge satisfactory, while 41% if had the minimum knowledge required on the issue of Gestational Syphilis; 33.3% not have attitude and 30.3% not have a good practice concluding of doctors of Red Norte Ese Pasto Salud not have satisfactory Knowledge, Attitudes and Practices about syphilis Gestational; being it one of the easiest diseases to diagnose, and one of the most cost-effective for treating IPS if carried out in a suitable

Key words: Gestational Syphilis, Knowledge, Attitude, Practice

INTRODUCCION

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países Las complicaciones afectan principalmente a mujeres y niños; En el caso de la sífilis, ésta puede afectar a la mujer gestante y transmitirse al feto. Se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis

congénita o aborto espontáneo, complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnologías asequibles y de bajo costo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido el objetivo de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública llevando la incidencia a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos (incluidos mortinatos) en el año 2000. Para lograr este objetivo es necesario que más de 95% de las

gestantes infectadas sean detectadas y tratadas, con lo que se logre reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0%

El abordaje adecuado de los pacientes que conviven con la sífilis Gestacional, requiere de un adecuado conocimiento científico del comportamiento de la enfermedad, así como de los fenómenos psicosociales que provoca, por lo que se vuelve una necesidad imperante la educación continua e integral de esta patología al personal de salud encargado del manejo, tratamiento y seguimiento de dicha enfermedad.

Al determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los Médicos Generales de la Red Norte de la ESE Pasto Salud a través de una convocatoria por la dirección de la misma, permitiendo evaluar a 36 médicos con una escala de puntuación mayor 60 de 100 puntos para definir buena actitud conocimiento y práctica, se logra concluir que el 59% de ellos no posee ninguno de estos criterios, situación preocupante para la Institución, para los investigadores y sobre todo para las mismas gestantes atendidas a este nivel, puesto que no solo ellas contribuyen con sus múltiples factores de riesgo al aumento de la incidencia de esta patología, sino también el personal médico, lo que implica el aumento de las cifras de Sífilis Congénita en el Municipio de Pasto.

Como investigadores se realizó una capacitación Sobre Sífilis Gestacional luego de la evaluación con el fin de que se logre unificar criterios de definición, diagnóstico, tratamiento y seguimiento aportando hacia su actualización y su desempeño a fin de que se logre un mejor manejo para estas pacientes

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal. La población objeto estuvo representada por 36 médicos de la Red Norte de la ESE Pasto Salud

Los criterios de inclusión fueron

1) Médicos generales que asistieron a la convocatoria a través de la dirección de la Red Norte ESE Pasto Salud. Y como criterios de exclusión médicos especialistas, médicos de cargo administrativo, enfermeras profesionales.

Se aplicó una encuesta a los 36 médicos y posterior a esta se dio una conferencia por parte de los investigadores sobre sífilis Gestacional.

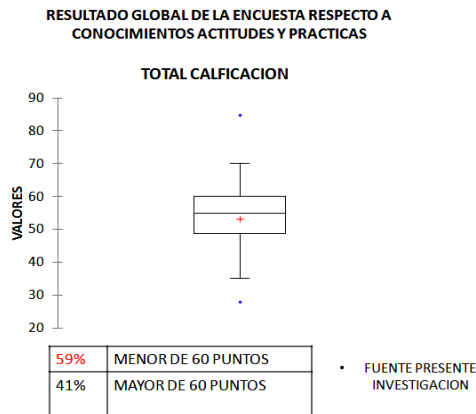
La encuesta aplicada tuvo 23 preguntas abordando características socio demográficas y preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre sífilis Gestacional.

Para este estudio se realizó una prueba piloto con 15 médicos

generales que laboran en el Hospital Departamental y San Pedro de Pasto; a quienes se les aplico la encuesta elaborada por los investigadores y con la cual posteriormente se evaluó a los médicos objeto estudio. Posterior a la recolección de datos se hizo el procesamiento de los datos en Microsoft office Excel xlstat 2010 y se procedió al análisis univariado para observar el comportamiento de cada variable; y análisis bivariado para apreciar las relaciones entre variables dependientes e independientes. Los cruces de las variables arrojaron resultados importantes para el estudio; siendo definitivos para evaluar los conocimientos, actitudes y practicas sobre sífilis Gestacional.

ANALISIS DE RESULTADOS

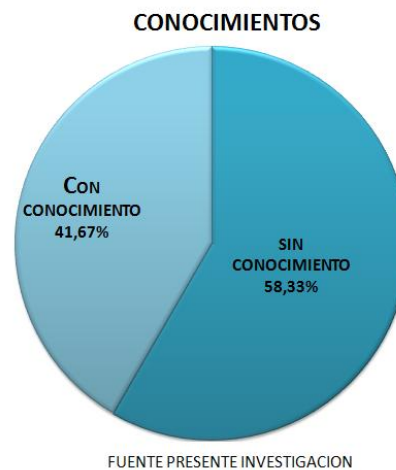
GRAFICA 1



De acuerdo a la calificación de la encuesta respecto a conocimientos actitudes y practicas los médicos

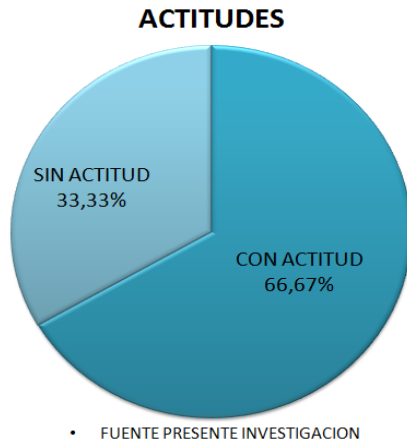
encuestados deben obtener un resultado mayor a 60 puntos para aprobar la encuesta pero el 59% de los médicos no la obtuvo siendo la mediana de calificación 54 puntos con puntuaciones atípicas de 86 y una menor de 30 puntos.

GRAFICA 2



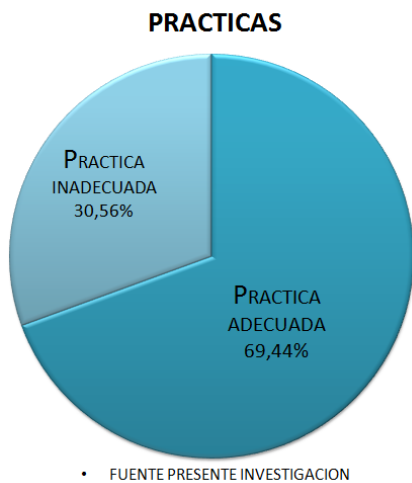
Del total de médicos encuestados el 41,67% no obtuvo un conocimiento satisfactorio.

GRAFICA 3



Del total de médicos encuestados el 33,3% no tiene actitud frente a la actualización acerca del tema de sífilis Gestacional.

GRAFICA 4



Del total de médicos encuestados el 30,56% no tuvo una práctica adecuada.

TABLA 1

ACTITUD DE LOS MEDICOS ENCUESTADOS

DEDICA TIEMPO A LA ACTUALIZACION	Frecuencia	%	FR
SI	26	72,22	0,722
NO	10	27,78	0,278
TOTAL	36	100	1

ASISTE A TALLERES	Frecuencia	%	FR
SI	19	52,78	0,528
NO	17	47,22	0,472
TOTAL	36	100	1

• FUENTE PRESENTE INVESTIGACION

Con respecto a la actitud de los médicos frente a la pregunta dedica tiempo la actualización acerca del tema de sífilis Gestacional el 27,7% de total de encuestados no lo hace y el 47,3% del total de encuestados de igual forma no asiste a talleres sobre esta temática.

TABLA 2

PRACTICA DE LOS MEDICOS ENCUESTADOS

CONDUCTA ANTE VDRL 1.2 DILS EN PRIMER CONTROL PRENATAL EN EL 3 TRIMESTRE

Categoría	Frecuencia	%	FR
CORRECTA	4	11,11	0,111
INCORRECTA	32	88,89	0,889
TOTAL	36	100	1

• FUENTE PRESENTE INVESTIGACION

Acerca de la práctica de los médicos respecto a que conducta seguirían ante una gestante que ingresa a su consultorio por su primer control prenatal en su tercer trimestre de gestación con un VDRL en 1,2 DILS

el 88,89% no realizo la práctica pertinente a este caso.

TABLA 3

SEGUIMIENTO VS SOLICITUD DEL VDRL VALOR P : < 0,0001		
VARIABLES	SI SOLICITUD DE VDRL EN GESTACION	NO SOLICITUD DE VDRL EN GESTACION
conoce seguimiento	36,2%	0
no conoce seguimiento	63,8%	0
TOTAL	100%	0

• FUENTE PRESENTE INVESTIGACION

TABLA 4

NUMERO DE DILUCIONES VS SOLICITUD DE VDRL O FTABS EN SEGUIMIENTO VALOR P : 0,028			
Numero de diluciones negativas en VDRL	Realización de seguimiento FTABS	Realización de seguimiento VDRL	Total
CORRECTO	0	15,6%	13,8%
INCORRECTO	0	78,1%	75%
NO RESPONDE	0	6,25%	11,1
Total	11,11%	88,8%	100%

• FUENTE PRESENTE INVESTIGACION

Referente a las tablas 3 y 4 se observa que el 63% de los médicos encuestados desconocen el seguimiento de la sífilis Gestacional inclusive el 11,1% de total de

médicos no conocen la prueba con la que hacen seguimiento mientras que el 88,8% que reconocen que la serología es ideal para hacer seguimiento el 78% desconocen cuantas diluciones tiene que negativizarse en una paciente postratamiento para considerarse el tratamiento como efectivo.

TABLA 5

PRACTICAS VS CONOCIMIENTO(%) P VALOR : 0,06			
VARIABLES	NO CONOCIMIETNO ADECUADO	CONOCIMIETO ADECUADO	Total
PRACTICA ADECUADA	38,89	30,56	69,44
PRACTICA INADECUADA	19,44	11,11	30,56
Total	58,33	41,67	100

• FUENTE PRESENTE INVESTIGACION

Respecto a correlación de prácticas y conocimientos se afirma que del total de médicos encuestados el 58,3% no tuvo un conocimiento adecuado pero el 19,4% de este mismo porcentaje tampoco tuvo una práctica adecuada.

TABLA 6

PRACTIVAS VS ACTITUD (%)			
P VALOR: 0,0798			
VARIABLES	TIENE ACTITUD	NO TIENE ACTITUD	Total
PRACTICAS ADECUADAS	47,22	22,22	69,44
PRACTICAS INADECUADAS	19,44	11,11	30,56
Total	66,67	33,33	100

• FUENTE PRESENTE INVESTIGACION

Respecto a correlación de prácticas y Actitud se afirma que del total de médicos encuestados el 11,1% no tiene actitud ni practicas adecuadas frente a la sífilis Gestacional.

TABLA 7

CONOCIMIENTO VS ACTITUD (%)			
P VALOR:0,031			
VARIABLES	INADECUADO CONOCIMIENTO	ADECUADO CONOCIMIETNO	Total
TIENE ACTITUD	30,56	36,11	66,67
NO TIENE ACTITUD	27,78	5,56	33,33
Total	58,33	41,67	100

• FUENTE PRESENTE INVESTIGACION

Respecto a correlación de prácticas y Actitud se afirma que del total de médicos encuestados el 27,7% no tiene Actitud ni conocimiento adecuado frente a la tema de sífilis Gestacional.

DISCUSION

La sífilis Gestacional es una de las patologías de mas fácil diagnostico, tratamiento y seguimiento siendo una de las mas costo efectivas para la EPS tratante si se lo lleva a acabo de una forma idónea, por tal razón es primordial no solamente investigar los factores de riesgo asociados a las pacientes; sino también es de vital importancia evaluar a los médicos generales que son los encargados del manejo de las gestantes.

En el presente estudio al analizar los resultados un 59% de la población no poseen conocimientos actitudes y prácticas en referencia a la sífilis Gestacional situación similar a un estudio realizado en el año 2000 en la HABANA CUBA donde encontraron que el conocimiento clínico y epidemiológico de la sífilis resultó muy deficiente.

En nuestro estudio el 33,33% de los médicos encuestados no tiene actitud frente a la actualización del tema de sífilis y el 47% no muestran interés por asistir a conferencias de actualización acerca de a la temática de sífilis Gestacional en comparación con el estudio cubano donde manifiestan haber encontrado poca motivación de los médicos

Si bien la sífilis como enfermedad general y sus repercusiones durante la gestación ocupa un lugar preponderante en los programas académicos de pregrado, el ejercicio clínico denota falta de motivación por parte de los médicos en profundizar sus conocimientos en esta materia, existe además poco interés por parte de Entidades, Rectoras de salud y sociedades científicas en crear espacios que permitan a los profesionales de la salud acceder a conocimientos frescos que de continuidad a su proceso académico para que finalmente exista un juicioso apego a normas y protocolos en materia de sífilis Gestacional y congénita.

En el presente estudio el 88,8% realizan seguimiento con VDRL de los cuales 75% desconocen el seguimiento correcto; En estudios realizados en la Habana Cuba en el año 2000 el resultado tampoco fue alentador con la conducta que hay que seguir frente a una serología reactiva en una gestante la cual la desconocen totalmente; Esto indica las dificultades que todavía persisten con el control de la sífilis, pues es en esta acción donde realmente se realiza la prevención de la Sífilis Congénita.

CONCLUSIONES

Del total de médicos encuestados el 83.33 % pertenecen al género femenino; la mayoría con un 47.22% se encuentra en el rango de edad entre ≥ 20 O ≤ 30 años; y un 55.56% son solteros

El 55.56 % manifiesta haber egresado de sus estudios universitarios en un periodo menor a 5 años; El 61.11% tienen un tipo de contratación por orden de prestación de servicios, y solo un 13.89 % son médicos de nomina/planta y un 66.67% se encuentra vinculados a la ESE PASTO SALUD en un periodo menor de 5 años

En cuanto a conocimientos el 58.3% no tiene un adecuado conocimiento respecto al diagnóstico tratamiento y seguimiento de la Sífilis Gestacional que se presentó con mayor frecuencia en el rango de edad comprendido entre los 20-30 años población joven que debía estar más actualizada puesto que sus años de egreso de la universidad no superan los 5 años.

Respecto a las actitudes 1/3 de la población encuestada no tiene actitud dado primordialmente porque un 30% de la población encuestada no dedica tiempo para la actualización de sífilis y un 47% de la

población no muestra interés para asistir a conferencias de actualización en este tema lo cual es muy preocupante ante la elevada presentación de casos de sífilis Gestacional en Nariño

Respecto a las practicas del 58.33% de los médicos calificados con un conocimiento no satisfactorio solo en el 19.44% se ve evidenciado en su práctica puesto que al evaluarlos en cuanto al seguimiento de una gestante con sífilis ya tratada el 63.3% desconocen cuál debe ser el seguimiento correcto y así mismo, el 91.67 de la población encuestada manifestó realizar examen físico completo buscando la lesión característica de la sífilis pero desafortunadamente se evidencio que el 41, 67 % no conoce la lesión; lo que demuestra el manejo inapropiado que se está haciendo actualmente ante una gestante con Sífilis Gestacional.

BIBLIOGRAFIA

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Texto de Obstetricia y Ginecología 2 edición; pag 233-238

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de manejo de sífilis

gestacional y congénita en Colombia 2009

NACER Centro asociado al CLAP/SMR-OPS/OMS de la universidad de Antioquia guía del diagnostico y manejo de la sífilis Gestacional y Congénita.

<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5511.pdf> Sexual transmitted diseases treatment guidelines, 2006

<http://www.clinicadam.com/salud/5/003515.html> -vdr/

[http://www.knowledge, attitudes and](http://www.knowledge.attitudes.and) ____ [J Ayub Med Coll Abbottabad_ 2009 Oct-Dec] - PubMed - NCBI.mht

<http://www.jama200> jan 9; 287 :(2):226-35. Syphilis screening in pregnancy: a systematic review and meta-analysis

<http://infection.thelancet.com> .the lancet infectious diseases vol2 July 2002 forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis

http://www.medscape.com/viewarticle/583494_6 syphilis in pregnancy: incidence of syphilis

<http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntsifili.htm>

