



ADHERENCIA DE LAS IPS DEL DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ A LA GUÍA DE
PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTROL DE LA
SÍFILIS GESTACIONAL EN LOS CONTROLES PRENATALES, AÑO 2016 – 2018

EDSON STIWAR CASTRO VALDERRAMA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MANIZALES
2022

ADHERENCIA DE LAS IPS DEL DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ A LA GUÍA DE
PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTROL DE LA
SÍFILIS GESTACIONAL EN LOS CONTROLES PRENATALES, AÑO 2016 – 2018

Autor

EDSON STIWAR CASTRO VALDERRAMA

Proyecto de grado para optar al título de Magister en Salud Pública

Tutor

DIANA PATRICIA JARAMILLO ORTEGÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2022

AGRADECIMIENTOS

Para el desarrollo del presente proyecto y finalización de mi Maestría fueron muchos los esfuerzos realizados y más aun, siendo un profesional de una región apartada del País, razón por la cual existen agradecimientos infinitos para Dios por la oportunidad brindada para el mejoramiento de mis conocimientos en pro de la Salud de mi Departamento, Mis padres y pareja quienes desde cada uno de sus contextos apoyaron mi crecimiento personal y profesional, a mi tutora, excelente profesional con bastos conocimiento y aptitudes humanas quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración apoyó el desarrollo de este trabajo, la Gobernación del Caquetá, Secretaría departamental de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del departamento quienes apoyaron mis estudios de postgrado.

RESUMEN

La Sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual que afecta principalmente a las gestantes. La adherencia de las IPS, profesionales y gestantes a las diferentes guías y normas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento contribuyen directamente a la presentación de los casos; Siendo la presente investigación pertinente, oportuna y relevante dadas las implicaciones y consecuencias graves que puede desarrollar la enfermedad en las gestantes y recién nacidos con la infección. **Objetivo:** Determinar el cumplimiento en la adherencia de las IPS del departamento del Caquetá a la guía de práctica clínica para la atención integral de la sífilis gestacional en los controles Prenatales, 2016 - 2018. **Metodología:** Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, con una población de 190 gestantes notificadas al SIVIGILA por las IPS de los 16 municipios del departamento del Caquetá. **Resultados:** El 22% de los profesionales no conocen la GPC para la atención y control de la Sífilis Gestacional; el 44% tienen conocimientos bajos en promoción de la salud y el 89% tienen conocimientos medios ante el seguimiento; El 100% de las IPS ofertan servicios de salud a la gestante, al 42,6% de las participantes se les garantizó el adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento, la razón de prevalencia en Caquetá paso del 6,6 en el año 2016 a 9,8 casos por cada 1000 NV en el 2018. **Conclusiones:** La inhaderencia a la GPC incidió en la presentación e inadecuado manejo de los casos de Sífilis Gestacional en el departamento del Caquetá para los años 2016 – 2018.

Palabras Claves: Sífilis gestacional (DESC), guía práctica (DESC)

ABSTRACT

Syphilis is an infectious-contagious, systemic, sexually transmitted disease that mainly affects pregnant women. The adherence of the IPS, professionals and pregnant women to the different guidelines and standards for promotion, prevention, diagnosis, treatment and follow-up contribute directly to the presentation of cases; this present investigation is pertinent, timely and relevant given the implications and serious consequences that the disease can develop in pregnant women and newborns with the infection. **Objective:** To determine the compliance in the adherence of the IPS of the Caquetá department to the clinical practice guide for the comprehensive care of gestational syphilis in prenatal controls, 2016 - 2018. **Methodology:** Descriptive, quantitative, cross-sectional study, with a population of 190 pregnant women notified to SIVIGILA by the IPS of the 16 municipalities of the department of Caquetá. **Results:** 22% of the professionals do not know the CPG for the care and control of Gestational Syphilis; 44% have low knowledge in health promotion and 89% have medium knowledge regarding the follow-up; 100% of the IPS offer health services to pregnant women, 42.6% of the participants were guaranteed adequate diagnosis, treatment and follow-up, the prevalence ratio in Caquetá went from 6,6 in 2016 to 9,8 cases per 1000 newborns in 2018. **Conclusions:** Failure to comply with the CPG affected the presentation and inadequate management of cases of Gestational Syphilis in the department of Caquetá for the years 2016 - 2018.

Keywords: Gestational syphilis (DESC), practical guide (DESC)

CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN.....	11
2	ÁREA PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACIÓN.....	12
2.1	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	16
3	JUSTIFICACIÓN.....	17
4	REFERENTE TEÓRICO.....	20
4.1	REFERENTE CONCEPTUAL	20
4.1.1	Definiciones Operativas	20
4.1.2	Definiciones de caso (Protocolo de Vigilancia en Salud Pública)	30
4.2	REFERENTE NORMATIVO	37
4.3	REFERENTE CONTEXTUAL.....	40
4.3.1	Contexto territorial	40
4.3.2	Localización.....	40
4.3.3	Características físicas del territorio	41
5	REFERENTE BIOÉTICO.....	44
6	LOS OBJETIVOS	47
6.1	OBJETIVO GENERAL.....	47
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
7	METODOLOGÍA.....	48
7.1	ENFOQUE Y DISEÑO	48
7.2	POBLACIÓN.....	48
7.3	MUESTREO.....	48
7.4	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	48
7.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	49
7.6	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	50
7.7	PROCEDIMIENTO.....	50
7.8	PLAN DE ANÁLISIS	51
8	RESULTADOS	52

8.1	ESTRUCTURA INSTITUCIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN A LAS MUJERES GESTANTES	53
8.1.1	Personal De Salud.....	53
8.1.2	Planta Física Y Materiales De La Institución Prestadora De Servicios De Salud	55
8.1.3	Revisión De Historias Clínicas:.....	58
8.2	RAZÓN DE PREVALENCIA DE LA SÍFILIS GESTACIONAL.....	62
8.2.1	Gestantes Atendidas En El Control Prenatal	62
8.2.2	Razón Prevalencia Sífilis Gestacional Por IPS Y Año.....	63
8.2.3	Resumen Indicadores De Estructura, Diagnóstico, Tratamiento Y Seguimiento	65
9	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	67
10	CONCLUSIONES.....	71
11	RECOMENDACIONES	73
12	EVIDENCIA DE RESULTADOS EN GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO, FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD CIENTÍFICA Y APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN (VER ANEXO 1).....	74
12.1	RELACIONADOS CON LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO Y/O NUEVOS DESARROLLOS TECNOLÓGICOS.....	74
12.2	DIRIGIDOS A LA APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO.....	75
12.3	IMPACTOS LOGRADOS	75
13	REFERENCIAS	77
14	ANEXOS.....	81

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Número de casos de Sífilis Gestacional y Congénita por año epidemiológico de incidencia, 2007 – 2018.....	15
Tabla 2: Número de casos de Sífilis Gestacional y Congénita según municipio de incidencia en el departamento del Caquetá, año 2007 a 2018	16
Tabla 3: Caracterización demográfica de profesionales.....	54
Tabla 4: Antigüedad laboral y capacitación recibida	54
Tabla 5: Pruebas de laboratorio para diagnóstico de sífilis gestacional	57

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Flujograma, Atención a la Gestante para la prevención y tratamiento de la Sífilis Gestacional.....	37
Ilustración 2: División política administrativa y límites, departamento del Caquetá, 2016. 41	
Ilustración 3: Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, del departamento del Caquetá 2016... 42	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Razón de Sífilis Gestacional e Incidencia de Sífilis Congénita / Nacidos Vivos, Colombia, años 2003 - 2014.....	13
Figura 2: Comportamiento de sífilis Congénita, Colombia, Semanas epidemiológicas 01-51, 2018	17
Figura 3: Comportamiento de sífilis gestacional, Colombia, Semanas epidemiológicas 01-52, 2018	18
Figura 4: Conocimiento del personal de salud	55
Figura 5: Cumplimiento a condiciones físicas y dotación de las IPS revisa por favor esta gráfica.....	56
Figura 6: Insumos necesarios para la administración del tratamiento para curar la sífilis en las gestantes	57
Figura 7: Edad gestantes con sífilis gestacional	58
Figura 8: Identificación de factores de riesgo	59
Figura 9: Hallazgos de examen físico	60
Figura 10: Casos Sífilis Gestacional en el Departamento de Caquetá	64
Figura 11: Gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en las IPS	64

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1Instrumento de recolección de información. (Objetivos Específicos 1 y 3).....	81
Anexo 2Instrumento de recolección de información. (Objetivo Específico 2)	87
Anexo 3Rúbrica del Instrumento de recolección de información. (Objetivos Específicos 1 y 3).....	91

1 PRESENTACIÓN

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual, donde en Colombia y el Caquetá, la incidencia de la infección va en aumento, siendo este, un evento de interés en salud pública donde entre el 50 - 80% de las gestaciones con infección por sífilis terminan en aborto, muerte fetal o neonatal, parto prematuro, recién nacido con bajo peso o con infección congénita con diversos grados de afectación, generando un enorme costo humano, social y económico para el país y el departamento.

La adherencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, profesionales y gestantes a las diferentes guías y normas técnicas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento al riesgo contribuyen directamente a la presentación de los casos. Es por esto que se presentan los resultados del cumplimiento en la adherencia de las IPS del departamento del Caquetá a la guía de práctica clínica para la atención integral de la sífilis gestacional en los controles Prenatales beneficiando a la comunidad científica y esperando contribuir a los procesos de mejoramiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en cuanto a la adecuada implementación de guías de práctica clínica, por parte de su recurso humano, buscando garantizar la prestación de servicios de salud adecuados y de calidad las gestantes del departamento de Caquetá, propiciando la mejora de las condiciones de atención y la calidad de vida de la población.

2 **ÁREA PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACIÓN**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son infecciones ocasionadas por más de 30 virus, bacterias y parásitos que se transmiten por contacto sexual, por vía vaginal, anal y oral. Muchas ITS, en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la sífilis, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las restantes, hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH) son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad (1).

Actualmente en el mundo, cada día más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro ITS siguientes: clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5,6 millones) o tricomoniasis (143 millones).

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual causada por la espiroqueta *treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas, se caracteriza clínicamente por una lesión primaria en forma de úlcera indolora e indurada, una erupción secundaria que afecta la piel y las membranas mucosas, con largos períodos de latencia y lesión tardía en la piel, los huesos, las vísceras el sistema nervioso central y el cardiovascular (2).

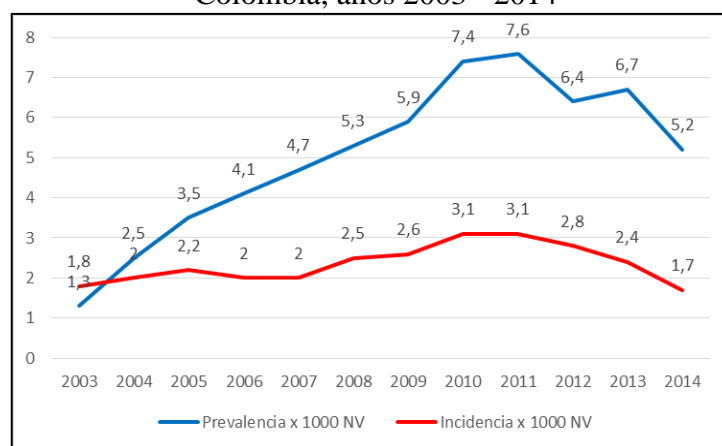
En el año 2012 se estima que más de 900.000 mujeres embarazadas contrajeron sífilis, lo que causó complicaciones en alrededor de 350.000 casos, incluidos casos de muerte prenatal (3).

Más allá del efecto inmediato de la infección, las ITS pueden tener consecuencias graves como el multiplicar el riesgo de contraer el VIH por tres veces o más, muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas (1).

En América Latina y El Caribe (ALC), los datos indican que esta región tiene la mayor tasa de sífilis a nivel mundial y la OMS estima que de los 12 millones de nuevas infecciones mundiales por año, tres millones ocurren en ALC. La media de seroprevalencia de sífilis en embarazadas de ALC es de 3,9%, con un rango de 0,7 al 7,2% (se calcula que nacen anualmente más de 164.000 niños con sífilis congénita) (4).

En Colombia se ha apoyado la iniciativa de la eliminación de la Sífilis Gestacional (SG) y Congénita (SC), con la construcción del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita desde el año 2000, la Estrategia para la Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita, el Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita 2011-2015 y la elaboración de guías de atención basadas en la evidencia y normas técnicas de atención para los programa de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo que guían el qué hacer profesional, sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos de los diferentes sectores involucrados en el seguimiento y control de dichos eventos, la sífilis gestacional y congénita no ha sido eliminada, la incidencia de la primera ha pasado de 1,3 casos por 1000 nacidos vivos en 1998 a 1,69 en 2014, y de sífilis gestacional de 1,3 casos por 1000 nacidos vivos en 2003 a 5,2 en 2014 (5).

Figura 1: Razón de Sífilis Gestacional e Incidencia de Sífilis Congénita / Nacidos Vivos, Colombia, años 2003 - 2014



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2003-2014

La implementación de las diferentes normas y guías de atención, establecidas en la Resolución 412 de 2000 para Colombia (6), donde se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, juega un papel prioritario para la prevención de estas enfermedades, donde según Caceres-Manrique (7), en su artículo “El Control Prenatal: Una Reflexión Urgente” indica que la adherencia de la embarazada al Control Prenatal (CPN) y por consiguiente a la guía de práctica clínica para la prevención de la Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita y Norma Técnica para la detección de alteraciones del embarazo, comprende tanto la asistencia al control, como el cumplimiento de las recomendaciones dadas y que estos, están mediados por factores como la edad, los bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico (8); elementos presentes en nuestro país en vía de desarrollo y que se ven intensificados en las poblaciones rurales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que sólo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de CPN (9), así mismo, otros estudios como el elaborado por Diaz LA, Caceres FM y Becerra CH, “Causas y determinantes de la mortalidad perinatal” (10), ponen en manifiesto la evidente problemática con la adherencia a los CPN y a su vez las diferentes guías y normas técnicas de atención concluyendo una prevalencia del 38,8%, situación preocupante dada las posibilidades de prevenir las diferentes enfermedades en la gestante y el recién nacido con la adherencia a los CPN, guías y normas técnicas de atención.

Sin embargo, no toda la problemática recae en las condiciones socioculturales y económicas de la gestante, sino también en el personal de salud, en la adherencia a protocolos y guías de atención que se ve afectada por el número (volumen) de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a cada paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, etc. (11).

En Colombia y el Caquetá, la incidencia de la infección va en aumento, siendo este, un evento de interés en salud pública donde entre el 50 - 80% de las gestaciones con infección por sífilis terminan en aborto, muerte fetal o neonatal, parto prematuro, recién nacido con bajo peso o con infección congénita con diversos grados de afectación. Los anteriores

eventos generan un enorme costo humano, social y económico para el país (12) y para el departamento, por consiguiente, limitan su desarrollo.

Según documento de Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del año 2017 en el departamento del Caquetá, las principales causas de morbilidad en la primera infancia para el período 2009 - 2016 son las condiciones transmisibles y nutricionales, condiciones que ha presentado una leve disminución a través de los periodos evaluados (13), sin evidencia de mejoría representativa para la carga de la enfermedad.

Por otra parte, al observar el comportamiento epidemiológico de la enfermedad, en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), desde el año 2007 a 2018, se han notificado 650 casos de la enfermedad en gestantes y de 179 casos en recién nacidos, siendo el grupo poblacional entre los 20 a 30 años, el grupo de edad más incidente de la enfermedad.

Tabla 1: Número de casos de Sífilis Gestacional y Congénita por año epidemiológico de incidencia, 2007 – 2018

AÑO	Número de casos de Sífilis Gestacional	Número de casos de Sífilis Congénita
2007	83	12
2008	52	10
2009	33	6
2010	45	8
2011	31	26
2012	53	33
2013	54	11
2014	35	13
2015	74	25
2016	51	16
2017	65	10
2018	74	11
Total	650	181

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de salud departamental, Caquetá.

A continuación, se presentan los municipios del departamento del Caquetá con la mayor frecuencia en la presentación de la enfermedad:

Tabla 2: Número de casos de Sífilis Gestacional y Congénita según municipio de incidencia en el departamento del Caquetá, año 2007 a 2018

MUNICIPIOS	NUMERO DE CASOS SIFILIS GESTACIONAL	NUMERO DE CASOS DE SIFILIS CONGENITA
Albania	3	1
Morelia	4	1
La Montañita	6	2
Milán	9	5
Belén de los Andaquies	9	2
Valparaíso	10	2
Solano	12	0
Solita	12	6
San José del Fragua	16	9
Curillo	19	9
El paujil	19	6
Puerto Rico	25	9
Cartagena del Chairá	44	11
El Doncello	46	11
San Vicente del Caguán	59	19
Florencia	357	88
TOTAL	650	181

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de salud departamental, Caquetá

Otro dato preocupante para el departamento del Caquetá, corresponde a que el 52% de los casos de sífilis gestacional fueron diagnosticados en el segundo y tercer trimestre de la gestación, situación que en la mayoría de los casos no permite la prevención de la transmisión materno-infantil de manera eficaz y oportuna permitiendo el desarrollo de la enfermedad en el recién nacido, siendo diagnosticado (hasta el año 2018), el 27,8% de los recién nacidos con la enfermedad (181 casos), situación probablemente relacionado a las falencias en la implementación a las guías y normas técnicas establecidas por la resolución 412 del 2000 en el control prenatal.

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la adherencia de las IPS en la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la atención integral de la Sífilis Gestacional en los Controles Prenatales en el departamento del Caquetá, años 2016 - 2018?

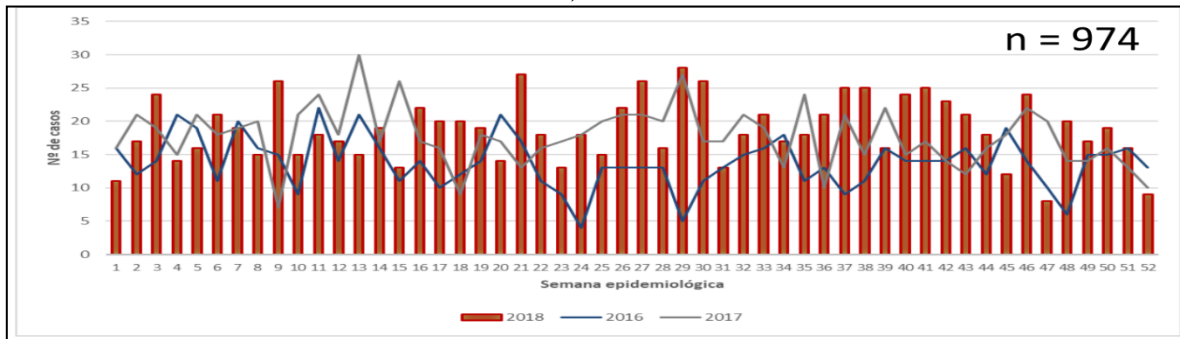
3 JUSTIFICACIÓN

El grado de desarrollo de un país está determinado principalmente por la calidad de vida de su población, en especial de las mujeres, los niños y las niñas, quienes representan los pilares fundamentales del desarrollo de la sociedad actual y futura (12).

La incidencia mundial de las ITS, se mantiene en ascenso. La mayor incidencia se presenta en países menos desarrollados, y en vías de desarrollo y dentro de ellos en la población con menos nivel socioeconómico y educativo (14).

A nivel nacional, el departamento del Caquetá ocupa el décimo tercer puesto en incidencia de sífilis congénita, con 1,59 casos por cada 1000 nacidos vivos y mortinatos y el séptimo lugar para sífilis gestacional (superior a la nacional), siendo ésta, según el Instituto nacional de Salud (INS) de 11,1 casos por 1.000 nacidos vivos y mortinatos para el año 2018 (5).

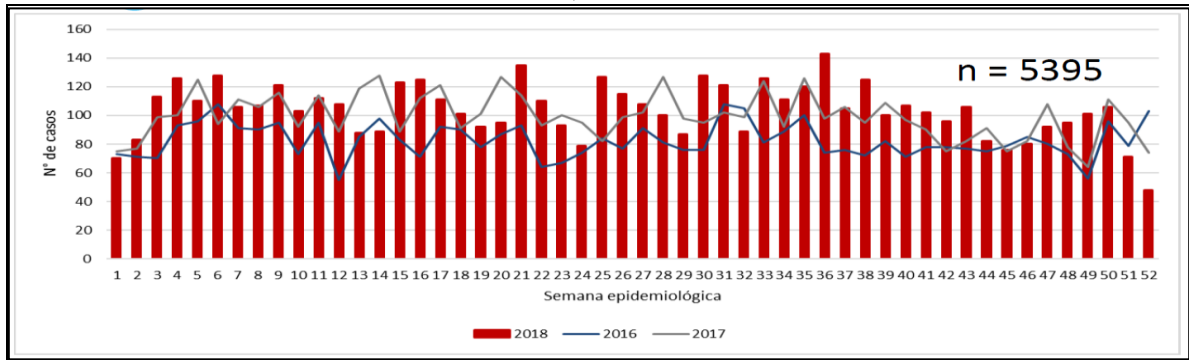
Figura 2: Comportamiento de sífilis Congénita, Colombia, Semanas epidemiológicas 01-51, 2018



Fuente: Siviigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018

Durante el año 2018, El Caquetá notificó al SIVIGILA 11 casos de Sífilis Congénita, aportando el 1,13% al total de casos del País (973 casos), de los cuales 1 falleció a causa de la enfermedad (5), siendo la transmisión materno-infantil de la sífilis para el mismo año del 14,9% del total de los casos.

Figura 3: Comportamiento de sífilis gestacional, Colombia, Semanas epidemiológicas 01-52, 2018



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018

Para el 2018, El Caquetá notificó 74 casos de Sífilis Gestacional, aportando el 1.5% al total de casos del país (5384 casos) (5). La problemática presente es preocupante, dada las características comportamentales de la enfermedad que no disminuye en sus indicadores; Así mismo, al conocer que los grupos de mayor riesgo continúan siendo los jóvenes (mujeres entre los 15 y 30 años de edad), viajeros, soldados, homosexuales y trabajadores sexuales y que los más afectados son los recién nacidos fruto de la gestación de madres infectadas, se hace imperativo determinar la adherencia a la Guía de Práctica Clínica vigente para la atención integral de la SG en los Controles prenatales en el departamento del Caquetá, dada la alta tasa de transmisión materno-infantil observada durante un periodo de once años (2007 – 2018) la cual es del 27,8% (181 casos de Sífilis Congénita x 100 / 650 casos de Sífilis Gestacional = 27,8%).

Teniendo en cuenta el panorama anterior, esta propuesta de investigación se encuentra enmarcada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), contemplada en el objetivo Número Cuatro: “Salud y Bienestar”; en los propósitos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fundación para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF siglas en inglés) y otras organizaciones, quienes impulsan la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y El Caribe, así como el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y el Plan de Desarrollo del Caquetá, “Con Usted Hacemos Más Por el Caquetá”, estipulado

actualmente en las metas de resultado de la dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos (15).

Dado el panorama anteriormente descrito, se encuentra en el presente estudio, un tema pertinente, oportuno y relevante no solo para la región del Caquetá, dadas las implicaciones y consecuencias graves que puede desarrollar la enfermedad en los recién nacidos infectados y nacidos de madres con la infección; bien sea muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas; así como los beneficios directos en la disminución de la transmisión materno infantil, de las mortalidades, de los defectos congénitos, del entorno social, económico y familiar que trae consigo la identificación de las deficiencias y problemáticas que afectan la atención integral para el abordaje e intervención oportuna de las mismas; Es novedoso dada la poca evidencia científica a nivel nacional y la nula evidencia a nivel local; Es factible, pues por sus características, la investigación no exige gastos onerosos; es viable porque no se manipularán variables que amenacen la integridad de los participantes en el estudio.

En tal sentido, se espera que los resultados ayuden en la constitución de una masa crítica, reflexiva y analítica en el sector de la salud en procura del mejoramiento de la calidad de vida, la atención en salud a las gestantes con sífilis, repercusiones socioeconómicas para la familia, departamento, país y se mejoren los procesos de promoción de la salud y detección temprana de la enfermedad.

4 REFERENTE TEÓRICO

4.1 REFERENTE CONCEPTUAL

El presente Referente Teórico se encuentra desagregado en tres grandes Subtítulos: 1) Marco Normativo: En el cual se establece la legislación colombiana vigente para la atención en Salud de las gestantes con Sífilis Gestacional; 2) Marco Teórico: Donde se plasma el estado actual a nivel mundial y nacional del conocimiento con respecto a la Sífilis Gestacional, guías, protocolos y normas técnicas para atención en salud de dicha población; 3) Marco contextual: donde se describe y ubica las características poblacionales del fenómeno en estudio; y 4) Marco bioético: donde se describe las consideraciones, posibles riesgos y planteamientos éticos de la presente investigación.

Las infecciones de transmisión sexual son patologías agudas y crónicas que deterioran la salud pública de la población, deteriorando el bienestar mental, social y biológico de las personas, lo que incurre en aumento de indicadores negativos y costos de la atención en salud tanto para el departamento del Caquetá, como para el País. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, contempla dentro de sus dimensiones prioritarias, la dimensión 7.5 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; definido como proceso permanente y articulado de los diferentes sectores e instituciones del Estado y de la sociedad civil, que permita a las personas, grupos y comunidades, gozar del nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y ejercer los derechos sexuales y los derechos reproductivos a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción (16).

Para el desarrollo y unificación de criterios se tendrán como base las siguientes definiciones necesarias en la ejecución del programa:

4.1.1 Definiciones Operativas

- **Plan Decenal en Salud Pública 2012-2021**, “es una apuesta política por la *equidad en salud*, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead, 1992). Esto implica que

la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas” (16), adoptado mediante resolución 1841 de 2013.

- **Determinantes Sociales de Salud.** es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.
- **Derecho fundamental a la salud.** El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado (17).
- **Infecciones de transmisión Sexual (ITS).** Son aquellas infecciones que se transmiten principalmente mediante relaciones sexuales (vaginales, anales y orales) desprotegidas (sin condón) con una persona infectada. Las ITS son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad y discapacidad a largo plazo en el mundo y pueden causar la muerte. Tienen consecuencias médicas y psicológicas

graves para millones de hombres, mujeres y niños en el mundo. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes transmisibles por vía sexual (14).

- **Promoción de la salud.** Estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.
- **Prevención primaria en salud.** Hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo. Relacionados con la ocurrencia de trastornos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.
- **Atención integral e integrada en salud.** La atención integral en salud es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.
- **Norma Técnica.** Documento aprobado por un organismo reconocido que establece especificaciones técnicas basadas en los resultados de la experiencia y del desarrollo tecnológico, que hay que cumplir en determinados productos, procesos o servicios (17).
- **Guías de Práctica Clínica.** Conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las

diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes (18).

Resulta útil distinguir diferentes tipos de GPC, dependiendo del fundamento en que se basan sus recomendaciones (García M, 2003):

- Basadas en la opinión de expertos.
- Basadas en el consenso.
- Basadas en la evidencia.

Dentro de las características que debe tener una buena guía de práctica clínica para contribuir a su uso se encuentra (Adaptado y traducido de: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. editores. Improving patient care. The implementation of change in health care. 2nd Edition. Oxford: Wiley Blackwell; 2013.):

- Tener un objetivo claro y bien definido.
- Alcanzar un consenso previo entre todos los participantes, incluyendo a los representantes de los pacientes, y un análisis de barreras.
- Las evidencias disponibles han de incluirse de manera clara y actualizada.
- Ha de asegurarse que la GPC es compatible con las normas y valores de las personas a las que va dirigida.
- Las recomendaciones son claras y precisas.
- Todas las dimensiones de la calidad de cuidado están cubiertas (colocan al paciente en el centro, equidad, accesibilidad, efectividad, eficiencia, seguridad).
- Disponen de un método claro de actualización.
- Permiten un uso flexible y adaptable a pacientes individuales.
- Disponen de una estructura y diseño atractivos.
- Son fáciles de aplicar.

Las GPC intentan disminuir la incertidumbre del clínico a la hora de la toma de decisiones y dan un nuevo protagonismo a los pacientes, ofreciéndoles la posibilidad de participar de forma más activa e informada en las decisiones que afectan a su salud, directamente con el profesional sanitario. Como consecuencia, su uso aporta diferentes beneficios (Burgers J, 2013).

- Se dispone de un resumen actualizado del conocimiento disponible.
- Establece las prioridades en el cuidado de salud y ofrece información sobre los estándares óptimos.
- Reduce la variabilidad en el cuidado y facilita la coordinación interdisciplinar.
- Facilita un control externo adecuado.
- Establece fundamentos para la enseñanza.

Sin embargo, las GPC tienen algunos aspectos en su contra, o todavía no bien resueltos, en los siguientes sentidos (Cabana MD, 1999; Davis DA, 1997; Grupo de trabajo sobre GPC, 2016):

- Son costosas de elaborar por el gran esfuerzo de análisis de la práctica, sistematización de las decisiones que necesitan ser guiadas y síntesis de evidencias que requieren.
- A veces no dan la respuesta a las dudas principales que surgen en la práctica clínica diaria, especialmente cuando no hay suficientes evidencias como para responder a todas las situaciones en las que podría ser necesaria una GPC. Puede ser necesario realizar un proceso de adaptación local en guías producidas a nivel nacional.
- No todas las GPC están elaboradas con las mejores evidencias y a veces el clínico puede tener dificultades para elegir la mejor opción encontrada.
- Las GPC hasta ahora han estado orientadas hacia un sólo proceso y no han tenido en cuenta la pluripatología a la hora de formular sus recomendaciones.

- Tampoco son reglas fijas de actuación, sino que las recomendaciones que propone la GPC, deberán integrarse en la práctica con las preferencias tanto de los clínicos como de los pacientes y con las circunstancias de cada lugar de trabajo y esto requiere habilidades en la adaptación local y en la comunicación con los usuarios.
 - La decisión final sobre cuál es el procedimiento clínico más apropiado puede resultar incierto a pesar de la GPC, porque tendrá que tener en cuenta la situación clínica concreta en la que ha surgido el problema, considerando el contexto en el que se plantea y las preferencias del paciente.
- **Protocolo en Salud.** Es un documento que describe las etapas, fases, pautas y formatos necesarios para desarrollar actividades o tareas específicas relacionadas con un tema de salud, que responden a puntos críticos o no claros en la atención clínica de pacientes (19).
 - **Treponema Pallidum.** Bacilo gram negativo, móvil, de forma helicoidal, espiral o sacacorchos, ahusada en sus extremos, que mide de 0.1 a 3 mm de diámetro por 5 a 120 Mm de longitud. Sus hospederos naturales son el ser humano, los grandes monos y el conejo. Es un organismo que resiste muy poco la desecación y la temperatura, ya que muere a 42°C después de una hora. Es afectado por antisépticos como el jabón, sin embargo, resiste hasta un año temperaturas de 70° bajo cero (20).
 - **Sífilis.** Es una infección crónica generalizada causada por *Treponema pallidum* que se transmite por contacto sexual, que va progresando al no tratarse, caracterizada por fases de actividad separadas por periodo de latencia. Las lesiones primarias y secundarias producen infecciones que no causan síntomas severos, luego esta enfermedad pasa a un periodo de latencia que produce una infección subclínica que dura muchos años en ocasiones continua con una fase terciaria que causa daños de carácter destructivo por aortitis, por lesiones y síntomas del Sistema Nervioso Central (SNC) (20).

- **Sífilis primaria.** Se caracteriza por la aparición del “chancro” después de un periodo de incubación de aproximadamente 3 semanas (10-90 días). El chancro es la primera manifestación de la sífilis y se localiza en el punto de inoculación del treponema. Se manifiesta como una erosión indolora, circunscrita y de bordes elevados redondeados u ovals y base indurada. A veces es difícil de detectar en mujeres debido a su localización interna. Cuando el chancro se localiza en la zona genital, se acompaña de cambios en los ganglios linfáticos inguinales, encontrándose a la palpación varios ganglios aumentados de tamaño, duros y poco dolorosos. Sin tratamiento el chancro involuciona y cicatriza en 2 a 6 semanas (21).
- **Sífilis secundaria.** Se produce a las 3 a 12 semanas de la aparición del chancro. Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas que surgen en este período: la roséola sifilítica y lesiones papulosas. La roséola sifilítica consiste en una erupción de manchas redondeadas de color rojo cobrizo de 5 a 12mm de diámetro y de localización predominante en el tórax, los brazos y el abdomen, y con afectación palmo plantar en el 50 al 80% de los casos. Pueden pasar inadvertidas si la roséola es tenue. La duración de las lesiones suele ser desde pocos días hasta semanas, y desaparecen espontáneamente, aunque hasta una cuarta parte de los pacientes pueden presentar recurrencias durante el primer año. Pueden aparecer otras manifestaciones de sífilis secundaria como condilomas planos, localizados en zona perianal, inglés, regiones genitales, axilas, y en general, en los pliegues en donde hay humedad, maceración y lesiones en la mucosa oral (manchas rojas u opalinas delimitadas). Con cierta frecuencia suele presentarse malestar general, dolor muscular, pérdida del apetito o trastornos gastrointestinales, ronquera, pérdida ligera de peso y leve aumento de la temperatura corporal. Se han descrito casos de glomerulonefritis. Las lesiones desaparecen espontáneamente a las 2-6 semanas, pero las bacterias persisten, dando lugar a la fase latente que es seguida por la sífilis terciaria (21).

- **Periodo latente.** Se caracteriza por ser un periodo asintomático que puede durar entre 5- 50 años antes de que los pacientes presenten manifestaciones de sífilis terciaria. Durante esta fase el diagnóstico sólo puede realizarse por métodos serológicos. Este período se divide en sífilis latente temprana (infección de duración menor a un año), sífilis latente tardía (duración mayor a un año), o de tiempo indeterminado. Sin tratamiento, entre una tercera a cuarta parte de los pacientes desarrollarán manifestaciones de sífilis terciaria durante el seguimiento. El riesgo de transmisión sexual durante la fase latente es bajo, aunque no inexistente, y debe tenerse especialmente en cuenta en las mujeres embarazadas (21).
- **Sífilis terciaria o tardía.** La sífilis tardía ocurre varios años después de la infección afectando hasta el 40% de los casos que no reciben tratamiento. Incluye un espectro de manifestaciones clínicas, siendo las más comunes, las complicaciones cardiovasculares, las gomas y las lesiones neurológicas. Las complicaciones cardiovasculares son las más frecuentes aparecen entre los 10 a 30 años de infección y puede manifestarse como aneurisma del arco aórtico, ostitis coronaria, regurgitación aórtica, etc. Las lesiones por gomas aparecen por lo general a los 3 a 15 años de la infección y comienzan como uno o varios nódulos subcutáneos indoloros en cualquier parte del cuerpo, pero con mayor frecuencia en la cara, cuero cabelludo y tronco. La superficie de estos se enrojece y ulcera, posteriormente, puede cicatrizar, pudiendo llevar a úlceras, caída del paladar o tabique nasal, etc. (21).

La afección del sistema nervioso puede presentarse durante la sífilis temprana por compromiso vascular que se puede manifestar como meningitis, convulsiones, mielopatía, alteraciones de pares craneales o enfermedad ocular.

- **Neurosífilis.** La neurosífilis tardía representa a las manifestaciones asociadas con la sífilis crónica, e incluye a la demencia, tabes dorsal, paresias, ataxia sensorial, disfunción de esfínteres, etc. (22).

Los microorganismos infecciosos (*T. pallidum*) en la sangre de una mujer embarazada pueden pasar al feto, especialmente en la fase temprana de la infección (denominada sífilis temprana). La mayor parte de las mujeres con sífilis de menos de un año de duración transmitirán la infección al niño neonato. Si bien la infección es transmisible al feto a partir de las nueve semanas de gestación, la transmisión suele tener lugar entre la 16ª y la 28ª semana del embarazo (23). La transmisión prenatal en la sífilis materna primaria es de 70% y en la secundaria es de 90% a 100%. En la sífilis latente temprana es de 30%, en la latente tardía la transmisión disminuye a alrededor de 20%. La sífilis no se transmite por la lactancia materna, a menos que haya una lesión infecciosa presente en la mama (24).

- **Sífilis Congénita.** La sífilis congénita (SC) ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al feto durante la gestación, ya sea por vía hematogénica-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico se ha desarrollado, aunque el *Treponema* puede pasar a la circulación fetal desde la novena semana. La SC se clasifica según el momento de aparición de las manifestaciones clínicas, las cuales dependen no sólo de la edad gestacional al momento de la infección, sino también de la etapa evolutiva de la enfermedad (más frecuente en los estadios precoces de la infección) y del inicio del tratamiento (21).
- **Indicadores.** Mediciones que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño de un sistema de salud. Los indicadores de salud intentan describir y monitorear la situación de salud de una población. Los atributos se refieren a las características o cualidades de la salud; y las dimensiones de la salud comprenden el bienestar físico, emocional, espiritual, ambiental, mental y social. Dentro de los usos y aplicaciones de los indicadores en salud se encuentran los siguientes:
- **Descripción.** Los indicadores de salud pueden usarse para describir, por ejemplo, las necesidades de atención de salud de una población, así como la carga de enfermedad en grupos específicos de la población. La descripción de las

necesidades de salud de una población puede, a su vez, dirigir la toma de decisiones en cuanto al tamaño y la naturaleza de las necesidades que deben atenderse, los insumos necesarios para enfrentar el problema, o los grupos que deben recibir mayor atención, entre otras funciones.

- **Predicción o pronóstico.** Los indicadores de salud pueden usarse para prever resultados en relación al estado de salud de una población (predicción) o de un grupo de pacientes (pronóstico). Estos indicadores se usan para medir el riesgo y el pronóstico individuales, así como la predicción de la carga de enfermedades en grupos de la población. Asimismo, pueden predecir el riesgo de brotes de enfermedades, por lo que pueden asistir, por ejemplo, en la prevención de situaciones de epidemia o en frenar la expansión territorial de determinados problemas de salud.
- **Explicación.** Los indicadores de salud pueden ayudar a comprender por qué algunos individuos de una población son sanos y otros no. En este caso, es posible analizar los indicadores según los determinantes sociales de la salud, como son los roles y las normas de género, la pertenencia a una etnia, y los ingresos y el apoyo social, entre otros, además de las interrelaciones entre dichos determinantes.
- **Gestión de sistemas y mejoramiento de la calidad.** La producción y observación regular de los indicadores de salud pueden además suministrar retroalimentación con el objeto de mejorar la toma de decisiones en diferentes sistemas y sectores. Por ejemplo, los considerables avances en la calidad de los datos y los indicadores generados en los Estados Miembros de la OPS se deben en gran medida a la mejora de los sistemas nacionales de salud al momento de recopilar, analizar y monitorear un conjunto de indicadores básicos de salud.
- **Evaluación.** Los indicadores de salud pueden reflejar los resultados de las intervenciones en la salud. El monitoreo de esos indicadores puede reflejar la repercusión de políticas, programas, servicios y acciones de salud, donde las tendencias y la distribución de los indicadores de salud son útiles y, en ocasiones, suficientes como evidencia para demostrar el resultado de las políticas, programas, servicios y acciones de salud pública.

- **Promoción de la causa.** Los indicadores pueden ser herramientas a favor o en contra de ciertas ideas e ideologías en diferentes contextos históricos y culturales. Un ejemplo es la elocuencia con que los políticos evocan ciertos indicadores de salud en defensa o en contra de determinadas políticas o gobiernos. El uso de indicadores de salud para la promoción de la causa es una de las estrategias más importantes para lograr progreso, puesto que puede orientar la toma de decisiones y mejorar el nivel de salud de la población.
- **Rendición de cuentas.** El uso de indicadores de salud puede satisfacer la necesidad de información sobre riesgos, patrones de enfermedad y muerte, y tendencias temporales relacionadas con la salud para una diversidad de públicos y usuarios, como los gobiernos, los profesionales de la salud, los organismos internacionales, la sociedad civil y la comunidad en general.
- **Investigación.** La simple observación de la distribución temporal y espacial de los indicadores de salud en grupos de la población puede facilitar el análisis y la formulación de hipótesis que expliquen las tendencias y las discrepancias observadas. (25)

4.1.2 Definiciones De Caso (Protocolo De Vigilancia En Salud Pública)

Caso probable de Sífilis Gestacional. Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (como, por ejemplo: úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una prueba treponémica rápida positiva, que no haya recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo con su estadio clínico durante la presente gestación*. En todos los casos se debe solicitar prueba no treponema (VDRL, RPR) y esta debe ser reportada en diluciones.

Caso confirmado de Sífilis gestacional. Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (como por ejemplo úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier

dilución, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación* o que tiene una reinfección no tratada**.

Reinfección. Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

- Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto) que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo al estadio de la enfermedad, presenta durante el seguimiento clínico y serológico, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de cuatro veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.
- Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió tratamiento adecuado y 6 meses después los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no descienden 4 veces o dos diluciones, o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida) y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienda cuatro veces o dos diluciones.

Caso de Sífilis Congénita. Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

- Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato. Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de Penicilina benzatínica de 2´400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.
- Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno.
- Todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico

con exámenes paraclínicos sugestivos de sífilis congénita. (*Ver protocolo de vigilancia en salud pública para conocer las manifestaciones sugestivas*)

- Todo fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de autopsia.

Tratamiento adecuado para la Sífilis. Esquema completo de acuerdo a su estadio clínico:

- Sífilis temprana (menor o igual a (\leq) 1 año de infección, incluye la sífilis primaria, secundaria y latente temprana): administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis única.
- Sífilis tardía (sífilis latente mayor a ($>$) 1 año de duración desde la infección): administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas.
- Sífilis de duración desconocida: administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas (21).

Pruebas de Laboratorio

- **Microscopia de Campo Oscuro.** Es la prueba de elección para la sífilis primaria sintomática. Los treponemas, morfológicamente, son espiroquetas muy delgadas y helicoidales, que miden 0,1 por 5 a 15 mm; estos gérmenes son tan delgados, que no pueden ser observadas en un microscopio de luz a campo normal, y es necesario un microscopio que tenga campo oscuro. El *T. pallidum* se diferencia de otros microorganismos espiralados porque son más delgados, sus espirales son muy regulares y presentan un movimiento característico en tirabuzón. Cuando se obtiene hallazgos positivos al campo oscuro, se debe reportar como organismos con morfología y características de *T pallidum*, debiéndose realizar obligatoriamente pruebas serológicas confirmatorias. Se debe tener en cuenta que el campo oscuro puede ser positivo antes que las pruebas serológicas.

- **Inmunofluorescencia Directa.** Mediante este examen, se puede detectar la presencia de subespecies de *T pallidum* en tejidos, fluidos corporales, secreciones y exudados de lesiones. Se necesita un microscopio de fluorescencia, equipado con condensador de campo oscuro y con lámpara para iluminación de fluorescencia. La prueba permite diferenciar treponemas patógenos de no patógenos, por una reacción de antígeno-anticuerpo.

La muestra debe ser secada al aire y fijada con acetona, metano o calor, luego es marcada con anticuerpos humanos o de conejo o monoclonales conjugados con el colorante fluorescente isotiocianato de fluoresceína (FITC). Las muestras de tejidos se trabajan de manera similar, pero deben ser fijadas por dos horas con formol neutro, luego deben ser parafinadas. Un hallazgo positivo se reporta como treponemas inmunológicamente específicos para *T pallidum*, observados por inmunofluorescencia directa. Esta prueba es comparable en sensibilidad con la microscopía de campo oscuro, pero de mayor especificidad.

- **Cultivo.** El cultivo de *T pallidum* sólo se ha logrado en células epiteliales de conejo, La multiplicación de los gérmenes es muy lenta, siendo el tiempo promedio de duplicación de 30 a 33 horas, aunque algunos autores comunican que, a temperatura de 33° C, el crecimiento es más rápido. El *T pallidum* se ha tratado de cultivar en medios acelulares microaerofílicos con poco éxito. Este método no es adecuado para el trabajo de rutina del laboratorio, pero sí se realiza en los laboratorios de referencia.

- **VDRL.** Prueba no treponémica en la que el suero del paciente es inactivado a 56° C por 30 minutos, si se usa líquido cefalorraquídeo (LCR) sólo se debe centrifugar. Luego la muestra se mezcla con un antígeno, que es una solución buffer salina de cardiolipina y lecitina adosadas a partículas de colesterol. Esta prueba se puede realizar en lámina y ser observada al microscopio como un precipitado de partículas finas (floculación), o se puede realizar en un tubo de ensayo y ser leída macroscópicamente.

Se obtiene falsos negativos en ciertas condiciones, tales como fenómeno de prozona, bajo título de anticuerpos, presencia de sustancias inhibidoras en el suero del paciente, VIH, la temperatura ambiental fuera del rango de 23-29° C o error técnico. Los falsos positivos pueden llegar a 10 a 30%, y han sido reportados en casos de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico (LES), fiebre reumática, neumonía viral, neumonía neumocócica, mononucleosis infecciosa, hepatitis infecciosa, lepra, malaria, artritis reumatoide, infecciones por otros treponemas, embarazo, ancianos, y muestras hemolisadas o contaminadas.

- **Reagina Plasmática Rápida (RPR).** Prueba no treponémica diseñada para detectar reagina en el suero de manera rápida, no requiere inactivación por calor. La muestra se mezcla con una suspensión que posee cardiolipina, lecitina y colesterol en partículas de carbón. Si la muestra es positiva se observa pequeños grumos negros (floculación). El resultado se reporta como reactivo o no reactivo; todos aquellos reactivos deben ser diluidos seriadamente para realizar la titulación, y se reporta la dilución más alta que exhibe reacción.

Los falsos negativos se pueden producir por errores técnicos y los falsos positivos son los mismos que para la prueba de VDRL.

- **FTA-ABS.** Prueba treponémica de observación directa, que se utiliza como confirmación cuando una de las pruebas no-treponémicas es positiva. Es el método de elección para el diagnóstico de la sífilis primaria a partir de las dos semanas después del contagio. Se utiliza suero inactivado por calor, el que se coloca sobre una lámina donde se encuentra el *Treponema pallidum* es suspensión (por lo menos 30 microorganismos por campo). El conjugado consiste en antiglobulina humana (IgG o IgM) con isotiocianato de fluoresceína, el que se diluye seriadamente hasta 1/800 ó más. Luego de un tiempo de incubación, se observa al microscopio de fluorescencia en una habitación oscura. La reacción se reporta en cruces de 1+ a 4+.

- **Hemaglutinación.** Prueba treponemica que utiliza glóbulos rojos de pollo o carnero como fase sólida los cuales están sensibilizados con *Treponema pallidum*, que se encuentran adheridos a la membrana del hematíe. Tiene la ventaja de alta especificidad, la cual es comparable con FTA-ABS, da pocas reacciones falso-positivas, es una prueba semicuantitativa al usar diluciones seriadas, se puede utilizar suero y LCR, y además el requerimiento de equipos es mínimo, La desventaja de esta prueba es que tiene menor sensibilidad en sífilis temprana, sífilis latente y sífilis tratada.

- **ELISA (Enzyme-Linked Immunoabsorbent Assay).** Durante la infección por *Treponema pallidum* se producen anticuerpos inespecíficos, contra antígenos comunes a todas las espiroquetas y anticuerpos específicos contra *Treponema pallidum*. En la enfermedad temprana los anticuerpos son IgM, luego rápidamente aparecen anticuerpos IgG que son los predominantes durante el tiempo. La técnica de ELISA es un método de cuantificación inmunológica que evalúa la reacción antígeno-anticuerpo mediante una reacción enzimática, de acuerdo al diseño de la prueba se puede detectar una o más inmunoglobulinas o se puede detectar antígenos específicos para lo cual se utiliza un conjugado, formado por un anticuerpo o un antígeno, el cual se ha marcado con una enzima (peroxidasa de rábano, fosfatasa alcalina, glucosa oxidasa, etc.). El antígeno o anticuerpo que se utiliza es inmovilizado sobre un soporte sólido, que es generalmente una placa de poliestireno, por lo que la reacción antígeno-anticuerpo que se produce también queda inmovilizada en el soporte sólido. A esto se le adiciona un sustrato (enzima) marcado con un cromógeno que produce una reacción de color, que es directamente proporcional al analito (antígeno o anticuerpo a ser detectado) y que es cuantificado con un lector de ELISA que es un espectrofotómetro modificado.

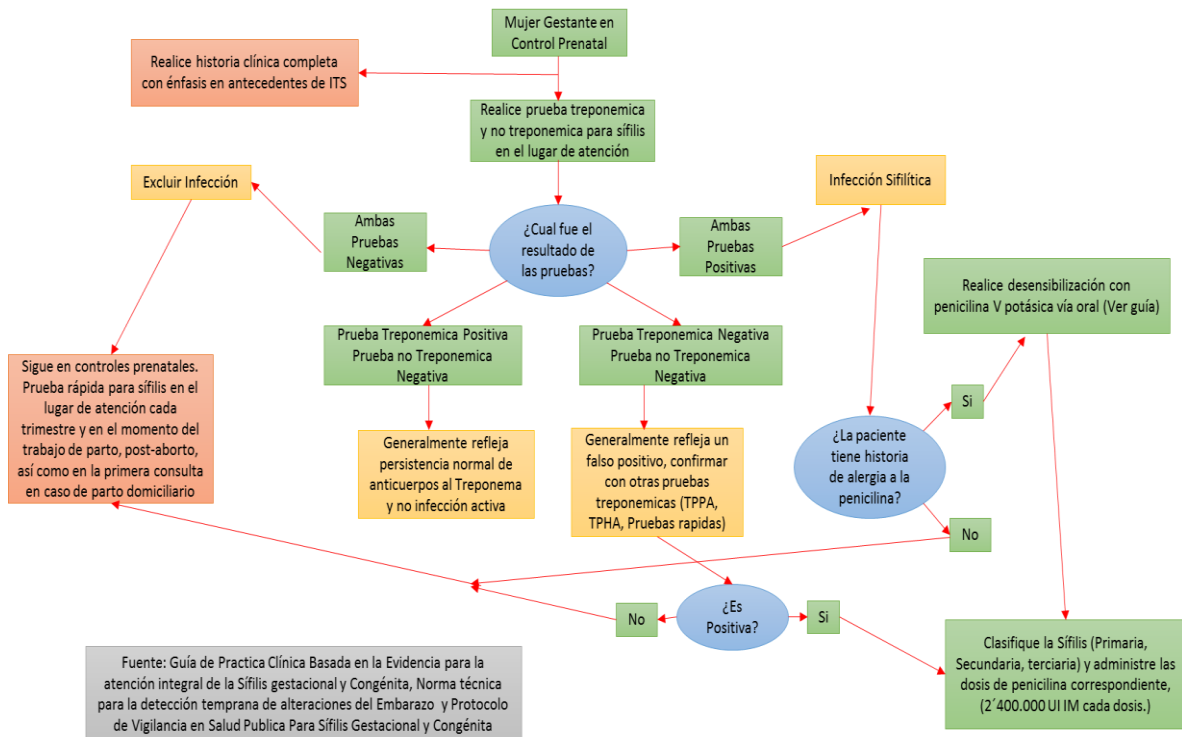
- **Western blot.** También denominado inmunoblot, es una técnica que detecta anticuerpos para epítopes específicos en antígenos, previamente separados por

electroforesis de alta resolución. La electroforesis separa los componentes antigénicos por sus diferentes pesos moleculares. En el Western Blot para *Treponema pallidum*, los antígenos pueden reaccionar con IgG, IgM o IgA presentes en el suero de pacientes con sífilis, la IgG reacciona fuertemente con una proteína de membrana de 47 Kd., pero es menos sensible y específica que la prueba de FTA-ABS. En cambio, cuando la prueba detecta IgM, es de gran utilidad en el diagnóstico de la sífilis secundaria y congénita, con una sensibilidad del 83%. Esto se reduce cuando el Western blot detecta IgA, donde la sensibilidad disminuye al 67%.

- **Reacción en Cadena a la Polimerasa (PCR).** La técnica de reacción en cadena a la polimerasa (PCR), amplifica o replica varias veces secuencias específicas de ADN de una muestra, se utiliza dos porciones cortas de ADN denominados cebadores o iniciadores o "primers", estos son oligonucleótidos sintéticos de ADN o ARN cuya secuencia es conocida, que luego de fusionarse (hibridizarse) a un ADN complementario, actúan como una plantilla para sintetizar nuevo ADN, esto es un proceso enzimático repetido en varios ciclos térmicos. La prueba de PCR que detecta ADN de *Treponema pallidum* tiene 785 de sensibilidad y 100% de especificidad, es de gran utilidad en el diagnóstico de aquellas sífilis cuyo diagnóstico representa dificultad como son sífilis congénita, la sífilis tardía y en detectar infección persistente en individuos que han recibido tratamiento ineficaz.
- **Prueba Rápida en el punto de atención (PDA).** El diagnóstico en el Punto de Atención (PDA), sea prueba rápida treponémica sola o prueba rápida combinada (VIH/Sífilis), puede ser realizado en el lugar de la visita (centro de salud), facilitando el diagnóstico y tratamiento en la misma visita y minimizando la pérdida en el seguimiento. Una muestra de sangre puede ser enviada para realizar una prueba basada en el laboratorio (RPR o VDRL) para confirmar la presencia de infección activa y posteriormente tomar las decisiones en el manejo y el reporte. Una prueba VDRL o RPR positiva clarificaría la necesidad de tratamiento para la

madre, pareja, y si los títulos están disponibles se puede monitorear la respuesta al tratamiento (25).

Ilustración 1: Flujoograma, Atención a la Gestante para la prevención y tratamiento de la Sífilis Gestacional



Fuente: Elaboración Propia.

4.2 REFERENTE NORMATIVO

En Colombia el marco normativo existente presenta una amplia y variada legislación que propende por brindar todas las garantías para que la Sífilis y la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita puedan ser consideradas como eventos prioritarios de intervención en salud pública y en fase de eliminación. Dentro de estas garantías están:

- **La Constitución Política de 1991, artículo 49**, considera la salud como un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al

Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud y de saneamiento ambiental a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

- **Ley 100/1993**, mediante la cual se establece el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), para garantizar los servicios de salud a la totalidad de la población, optando por una forma más racional de financiación de los servicios. A través de esta ley se definieron las condiciones para el acceso al Plan Obligatorio de Salud (POS) que busca la protección integral de las familias durante la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las patologías.
- **La Ley 1438 de enero 19 de 2011**, “por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, estableciendo en su Título II, artículo 6° el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), cuyo fin principal es promover las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

El PDSP 2012-2021, es indicativo y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución. Es integral, porque se plantea partiendo de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona; y es dinámico, porque deberá ser reorientado permanentemente a partir de la evaluación de sus propios resultados y de los cambios ocurridos en el entorno social enmarcado en el proceso de planeación territorial definido en la Ley 152 de 1994 (Congreso de la República de Colombia, 1994).

- **Decreto 1543 de 1997**, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

- **La Resolución 412 de 2000**, por medio de la cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública incluidas la sífilis gestacional y congénita.
- **La Resolución 3384 de 2000**, que modificó los artículos 11, 16 y 17 de la Resolución 412 asignando responsabilidades en el cumplimiento de las normas y guías de atención y estableciendo las metas de cumplimiento para las aseguradoras y entidades territoriales.
- **La Ley 715 de 2001** que define los recursos y competencias para cada uno de los niveles, nacional, departamental y municipal para la prestación de servicios de salud y el desarrollo de acciones de salud pública.
- **La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003**, incluyó, para VIH y sífilis, acciones dirigidas a la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, el acceso de la población a la detección y el tratamiento adecuado de las infecciones de transmisión sexual (ITS), y el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública.
- **El Decreto 2323 de 2006**, organiza la Red Nacional de Laboratorios y establece cuatro líneas estratégicas sobre las cuales se centran sus acciones: 1) Vigilancia en salud pública, 2) Investigación, 3) Gestión de la calidad 4) Prestación de servicios. Establece las funciones de los laboratorios nacionales de referencia (INS e INVIMA), laboratorios de salud pública departamental y distrital y de los laboratorios en el nivel municipal.
- **La Resolución 1446 de 2006**, define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo; la resolución se estableció como uno de los indicadores de calidad, la presencia o no de eventos adversos, dentro de los cuales se identifica la sífilis congénita.
- **Resolución 518 de 2015**, por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de intervenciones colectivas.

- **Decreto 3518 de 2006**, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecte o pueda afectar la salud de la población.
- **Decreto 780 de 2016**, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Salud.
- **Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo**, documento por medio del cual se establecen las actividades, intervenciones y procedimientos para la atención integral de las patologías del embarazo, dentro de la cual se encuentra la Sífilis Gestacional; la cual fue actualizada con la Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para la atención Integral de la Sífilis Gestacional y Congénita.

4.3 REFERENTE CONTEXTUAL

4.3.1 Contexto Territorial

El departamento de Caquetá esta, ubicado en el sur oriente del país, que inicia en el pie del monte andino, creado el 15 de diciembre de 1981, a través de la ley 78, después de ser creado como comisaria en 1909, se caracteriza por ser una extensión de territorio la mayor parte selvático y deshabitado, con grandes afluentes hídricos donde se desarrollan la mayoría de los asentamientos. Tiene dentro de su economía explotación maderera, minera de estaño y carbón, ganadería y agricultura. Ha sido epicentro de la política del país donde con más fuerza se ha llevado a cabo el conflicto armado y durante el gobierno de presidente Andrés Pastrana se realizaron los diálogos de paz.

4.3.2 Localización

Extensión territorial

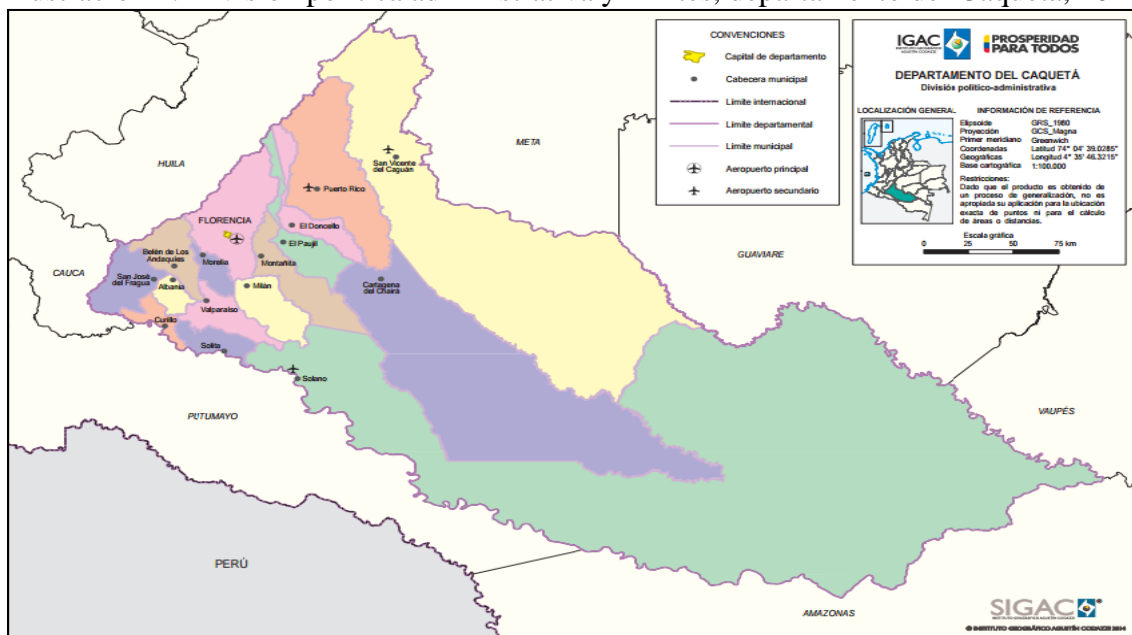
El Departamento del Caquetá se encuentra localizado al Sur del país, entre las coordenadas: 02°58'13" de Latitud Norte y 00°42'17" de Latitud Sur y entre los 71°18'39" de Longitud Oeste y los 76°19'35" de Longitud Oeste con relación al meridiano de Greenwich. Tiene una extensión de 88.965 Kilómetros cuadrados y ocupa el 7.8% del territorio nacional.

Límites geográficos

Límites del departamento son: al Norte con los departamentos del Meta y Guaviare. Al Sur con los departamentos del Putumayo y Amazonas. Al Este con los departamentos de Vaupés y Amazonas. Al Oeste con los departamentos de Huila y Cauca.

Adicionalmente, el departamento del Caquetá se encuentra desde el año de 1977 en una zona de litigio con los departamentos del Meta y Guaviare por un área de 14035 Km², conflicto que a la fecha no se ha resuelto.

Ilustración 2: División política administrativa y límites, departamento del Caquetá, 2016



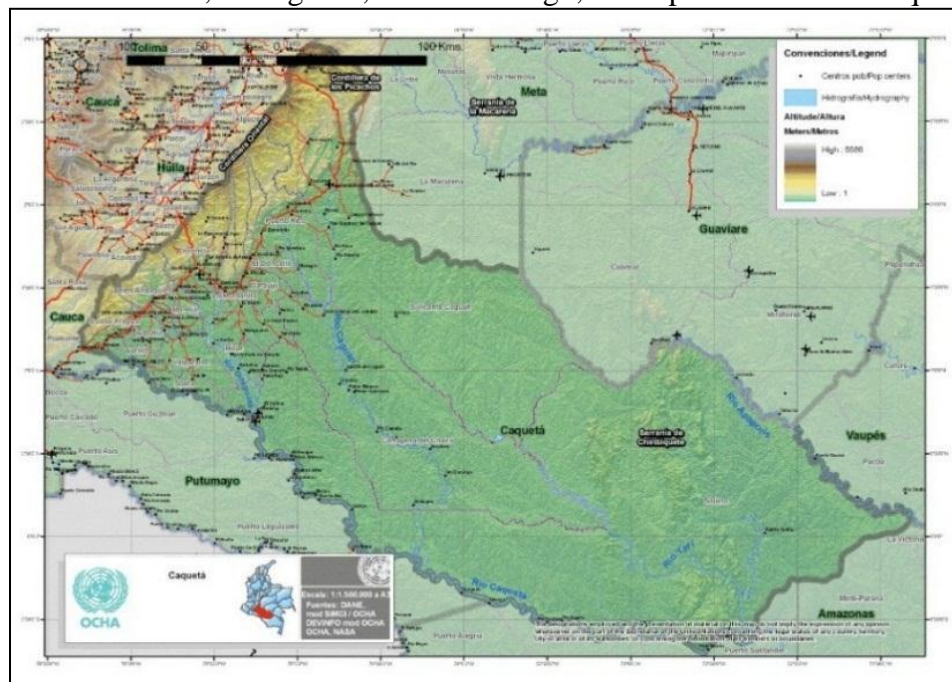
Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC)

4.3.3 Características Físicas Del Territorio

Altitud y Relieve

El Departamento tiene una zona de transición de la cordillera oriental como sistema montañoso de los Andes y la Amazonía. Aunque la mayor parte del territorio Caqueteño pertenece al sistema Amazónico, esta eco región denominada piedemonte amazónico, es donde se encuentran la mayoría de los asentamientos humanos y por lo tanto la dinámica sociopolítica y económica se concentran en este sector, teniendo como eje de comunicación la vía denominada “Marginal de la Selva”, que comunica a los departamentos del Meta, Caquetá y Putumayo con la república del Ecuador.

Ilustración 3: Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, del departamento del Caquetá 2016



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC)

Adicionalmente se distinguen tres unidades fisiográficas, el flanco oriental de la cordillera oriental, el piedemonte y la llanura amazónica. El piedemonte andino se ubica al noroccidente del departamento, es definido como una zona de transición Andino – Amazónica, de relieves quebrados a ondulados, con pendientes pronunciadas y elevaciones desde los 250 hasta los 3000 msnm, por lo cual la vegetación y el ecosistema corresponde a la de bosques andinos y sub-andinos en su parte alta, con una inmensa biodiversidad por unidad de superficie.

Temperatura y Humedad

El departamento de Caquetá se encuentra en mayor proporción en el piso térmico cálido húmedo (91,3%), el resto del territorio se localiza en los pisos templado (5,6%), frío (2,8%) y muy frío a extremadamente frío (0,3%). El comportamiento de las lluvias determina tres áreas pluviométricas de noreste a sureste. El régimen de lluvias está condicionado por la zona de convergencia intertropical y los vientos alisios del sureste.

La temperatura anual promedio es de 28° centígrados y la humedad relativa es alta con cifras cercanas al 80%.

Hidrografía

El sistema hidrográfico del Caquetá es extenso y las corrientes corren en dirección noroeste – sureste al Amazonas por intermedio de los ríos Apaporis y Caquetá, además, se destacan los ríos Caguán, Orteguzza, Yarí, Camuya, Cuemaní, Mesay, Peneya, Pescado y Sinsuya. Las principales fuentes hídricas del departamento, son los ríos con sus afluentes el Orteguzza (110 kilómetros), el Fragua Chorroso, Fragua Grande, Caguán (250 kilómetros), Guayas, Yarí, Pescado y el Apaporis. El río Caquetá tiene cerca de 2.200 kilómetros de longitud de los cuales 1.200 kilómetros transcurren por territorio colombiano, participa de esta zona la extensión que abarca desde la desembocadura del río Fragua Grande, en límite con el departamento del Cauca, hasta la desembocadura del río Caguán, en el extremo oriental en una longitud aproximada de 400 kilómetros de su curso (13).

5 REFERENTE BIOÉTICO

En el desarrollo del presente estudio se tendrán en cuenta los principios establecidos en el Reporte Belmont; la Resolución 8430 de 1993, la Ley 911 de 2004. Teniendo en cuenta que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes, esta investigación no implica riesgos ni consecuencias, no realiza intervenciones biológicas, psicológicas, fisiológicas o sociales de la conducta de las personas, por lo tanto, es considerada como sin riesgo.

El proyecto de investigación fue presentado y avalado según los conductos regulares establecidos por la Unidad de Posgrado de la UAM, contando con aprobación evaluadores interno y externo, así como por el Comité de Bioética UAM, lo cual consta en el acta 095 de 2020.

El estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

- Se realizará en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que notificaron casos de sífilis gestacional durante los años 2016, 2017, 2018 en el departamento del Caquetá y que acepten el desarrollo de la investigación.
- Se aplicará un formato de solicitud de Consentimiento Informado a los profesionales que se encuestarán e instituciones para el acceso de las historias.
- Se solicitará autorización escrita para la accesibilidad de la información con el fin de observar la implementación de la guía de práctica clínica para la atención integral de las usuarias con sífilis gestacional en historias clínicas, (En este documento se expone el objetivo, el propósito, los riesgos, los beneficios, el procedimiento, la importancia y la confidencialidad del participante de la investigación, guardando respeto por su decisión de participar o no en el estudio sin ningún tipo de presión, y garantizando el derecho a la dignidad humana).
- Sera realizada por un profesional de la salud (Enfermero, Maestrante en Salud Pública)

Principios éticos a tener en cuenta:

- Respeto a la dignidad, protección de los derechos y bienestar de la persona.

- Respeto a las Personas y Entidades.
- Beneficencia - no maleficencia.
- Justicia e Igualdad
- Sin utilizar personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas.

Riesgos Éticos y Su Control

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RIESGO	CONTROL
Caracterizar la estructura institucional responsable de la atención a las mujeres gestantes notificadas al SIVIGILA en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.	1. Exponer características institucionales que comprometan la funcionalidad del servicio.	1. No se especificarán los resultados con nombre de las IPS, conservando el principio de privacidad de la información e historia clínica.
Describir los procesos de atención y seguimiento a la gestante con diagnóstico de sífilis, notificadas al SIVIGILA en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.	1. Exponer información personal de las usuarias con diagnósticos de Sífilis. 2. Juzgar el nivel de conocimientos de los profesionales encuestados. 3. Participación en la investigación sin firma del consentimiento informado por parte de los profesionales e Instituciones de Salud.	1. La información personal de las usuarias no será divulgada, conservando el principio de privacidad de la información e historia clínica. 2. El nivel de conocimiento por profesional de la Salud no será divulgado, se conservará el principio de privacidad de la información. 3. Para el desarrollo de la investigación será obligatorio la firma del consentimiento informado.
Determinar los resultados del cumplimiento de la guía de atención integral de la sífilis	1. Develar valores estadísticos (prevalencia por	1. No se especificarán los resultados con nombre de las IPS, conservando el principio

gestacional en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.	IPS) que afecte su imagen corporativa.	de privacidad de la información.
--	--	----------------------------------

6 LOS OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el cumplimiento en la adherencia de las IPS del departamento del Caquetá a la guía de práctica clínica para la atención integral de la sífilis gestacional en los controles Prenatales, 2016 - 2018.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la estructura institucional responsable de la atención a las mujeres gestantes notificadas al SIVIGILA en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.
- Describir los procesos de atención y seguimiento a la gestante con diagnóstico de sífilis, notificadas al SIVIGILA en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.
- Determinar los resultados del cumplimiento de la guía de atención integral de la sífilis gestacional en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.

7 METODOLOGÍA

7.1 ENFOQUE Y DISEÑO

Cuantitativo, descriptivo, transversal, que pretende conocer la adherencia de las IPS del departamento del Caquetá a la guía de práctica clínica para la atención integral de la sífilis gestacional en los controles prenatales, año 2016 – 2018.

7.2 POBLACIÓN

Gestantes diagnosticadas con sífilis y notificadas al SIVIGILA en el departamento del Caquetá durante en el periodo de tiempo comprendido entre el año 2016 al 2018.

7.3 MUESTREO

No se tomará muestra. La información y recolección de datos se hará con todas las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional, notificadas al SIVIGILA en el departamento del Caquetá durante el periodo de tiempo comprendido entre el 2016 al 2018.

7.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se adoptó y adaptó el cuestionario semiestructurado de fácil diligenciamiento utilizado por Espinosa M y Varón C. en su estudio “Medición de la adherencia de los trabajadores de la salud de la ESE Salud Pereira en el conocimiento y la práctica de la guía de Hipertensión arterial en municipio de Pereira 2015 (26)”, el cual se ajustó a los objetivos de la presente investigación, incluyendo nuevas variables de medición para las variables de atención, seguimiento y control para la sífilis gestacional).

Técnica	Instrumentos	Objetivo
Cuestionario Semiestructurado	Primera Sección del Instrumento “Adherencia de la estructura institucional”	Caracterizar la estructura institucional responsable de la atención a las mujeres gestantes notificadas al SIVIGILA en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.
	Segunda Sección del Instrumento “Procesos de Atención, seguimiento y control a la gestante con Sífilis Gestacional”	Describir los procesos de atención y seguimiento a la gestante con diagnóstico de sífilis notificada al SIVIGILA en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.
	Tercera Sección del Instrumento “prevalencia de la Sífilis Gestacional”	Determinar los resultados del cumplimiento de la guía de atención integral de la sífilis gestacional en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

De los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que notificaron casos de sífilis gestacional y que cumplen criterios como caso en los años 2016, 2017 y 2018.
- IPS que manifiesten participar libremente en el ejercicio.

Del Recurso Humano

- Auxiliares de enfermería, profesionales en Enfermería y Médicos
- Que laboren en el programa de control prenatal.
- Que manifiesten participar libremente en el ejercicio.

De las Historias Clínicas

- Historias Clínicas de usuarias con Sífilis Gestacional.
- Gestantes diagnosticadas con Sífilis Gestacional notificadas al Sivigila.
- Gestantes con Sífilis Gestacional procedentes del departamento del Caquetá.

7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

- IPS que nieguen participar en la investigación

Del Recurso Humano

- Trabajadores de la salud que habiendo sido incluidos se retiren voluntariamente o por fuerza mayor.

De las Historias Clínicas

- Usuarias notificadas al Sivigila que no cumplen criterios de notificación para Sífilis Gestacional.
- Historias Clínicas ilegibles.

7.7 PROCEDIMIENTO

El desarrollo del presente proyecto se hará teniendo en cuenta los siguientes pasos:

Paso 1: Obtener aprobación del proyecto de investigación para iniciar con las actividades programadas en el cronograma.

Paso 2: Identificar las IPS en el departamento del Caquetá que notificaron casos de Sífilis Gestacional al Sivigila y que cumplen criterios para la configuración del caso en los años 2016, 2017 y 2018.

Paso 3: Realizar mediante oficio el contacto con los diferentes gerentes de las IPS que han notificado casos de Sífilis Gestacional al Sivigila, en el departamento del Caquetá para los años 2016, 2017 y 2018.

Paso 4: Aclarar dudas e inquietudes de las IPS con dudas o respuesta negativa para la obtención del 100% de las IPS notificadoras.

Paso 5: Obtenido el aval para el desarrollo del proyecto en las diferentes IPS, se procederá a identificar los profesionales encargados en cada IPS que aportaran la información.

Paso 6: Se explicará a cada profesional objetivos, contenidos e importancia de la investigación, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los resultados, se concertará fecha y hora para la aplicación del instrumento tanto al personal como a las historias clínicas.

Paso 7: Con la información recolectada se realizará el análisis de los datos y se presentaran los resultados.

7.8 PLAN DE ANÁLISIS

El procesamiento de la información se realizará mediante una sincronización entre el software Excel y SPSS versión 26.0.

Para el análisis de la información se pretende utilizar estadística descriptiva para cada variable aplicando la distribución de frecuencias relativa y absoluta, Medidas de tendencia central, Medidas de variabilidad y Razones para establecer relación entre dos categorías.

La información se presentará en tablas, grafico de barras, histogramas, polígonos de frecuencia.

8 RESULTADOS

Tomando como referencia los objetivos propuestos, se presenta a continuación los hallazgos derivados del presente proyecto de investigación, relacionados con la estructura institucional responsable de la atención a las mujeres gestantes, Procesos de Atención, seguimiento y control a la gestante con Sífilis Gestacional y la determinación de la prevalencia de la Sífilis Gestacional en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018, así:

- A. Caracterización de la estructura institucional responsable de la atención a las mujeres gestantes notificadas al SIVIGILA en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.
- B. Descripción de los procesos de atención y seguimiento a la gestante con diagnóstico de sífilis, notificadas al SIVIGILA en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.
- C. Determinación de los resultados del cumplimiento de la guía de atención integral de la sífilis gestacional en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.

El departamento del Caquetá, cuenta con un total de 35 IPS entre privadas y públicas, de las cuales, teniendo en cuenta las IPS que prestan el servicio de controles prenatales, diagnóstico y tratamiento de patologías en la gestación, se solicitó a 20 IPS de manera escrita, consentimiento informado para la participación en la presente investigación. Cabe anotar que previamente al inicio de la pandemia, ya se había contactado a la totalidad de las IPS, pero con el inicio de ésta, varias de ellas manifestaron dificultades para aceptar su participación, dentro de las cuales se resaltan las siguientes:

- Contingencia, restricción y probabilidad de contagio del virus COVID-19 a los funcionarios de la IPS o viceversa.
- Negación de las IPS teniendo en cuenta Ley 23 de 1981 por medio de la cual se dictan normas en materia de ética médica, artículo 34 y Resolución No. 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de Historia Clínica.

Con esto, se logra la participación y recolección de información en nueve (9) IPS, con la obtención de un total de 121 historias clínicas de controles prenatales de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional el departamento de Caquetá durante el período de estudio del estudio, lo que corresponde a un 67% del universo; las historias clínicas en su totalidad cumplieron los criterios de inclusión propuestos, por tanto, no se descartó ningún registro por criterios de exclusión.

A. Caracterización de la estructura institucional responsable de la atención a las mujeres gestantes notificadas al SIVIGILA en el departamento en Caquetá en los años 2016 – 2018.

Para evaluar dichos componentes se aplicó cuestionario semiestructurado de fácil diligenciamiento, dividido estructuralmente en tres secciones (1. Adherencia de la estructura institucional; 2. Incidencia de la sífilis gestacional; y 3. Proceso de atención, seguimiento y control a la gestante con sífilis gestacional), que incluyó un proceso de revisión y evaluación de historias clínicas de los controles Prenatales, verificación de instalaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y entrevista al personal de salud responsable de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la gestante con sífilis en las IPS participantes.

8.1 ESTRUCTURA INSTITUCIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN A LAS MUJERES GESTANTES

8.1.1 Personal De Salud

De acuerdo con la entrevista realizada a funcionarios de las IPS participante se encuentra que en su totalidad son profesionales, de los cuales el 89% son del área de medicina y el restante a personal de enfermería; con edad media de 29 años, edad mínima de 25 años y edad máxima 51 años; y según representación por sexo, se encuentra que el 56% corresponde a hombres y el 44% mujeres. (Tabla 3)

Tabla 3: Caracterización demográfica de profesionales

Profesión		Sexo		Edad	
<i>Auxiliar de Enfermería</i>	0	<i>Hombre</i>	5	<i>20 - 30 años</i>	8
<i>Enfermera(o)</i>	1			<i>31 - 40 años</i>	0
<i>Medico (a)</i>	8	<i>Mujer</i>	4	<i>41 - 50 años</i>	0
<i>Otro</i>	0			<i>51 - 60 años</i>	1

Fuente: Datos recolectados de la investigación.

Por otra parte, referente al tiempo de laborar en la institución el 56% cuenta con menos de 1 año de antigüedad y sólo el 11% labora desde hace más de 3 años en la institución. En consecuencia, sólo un 22% de los profesionales reconocen que ha recibido capacitación frente a la atención, seguimiento y control a la gestante con Sífilis Gestacional por parte de la institución mediante capacitaciones y asistencias técnicas, y el 78% restante indica capacitarse mediante autoestudio. (Tabla 4).

Tabla 4: Antigüedad laboral y capacitación recibida

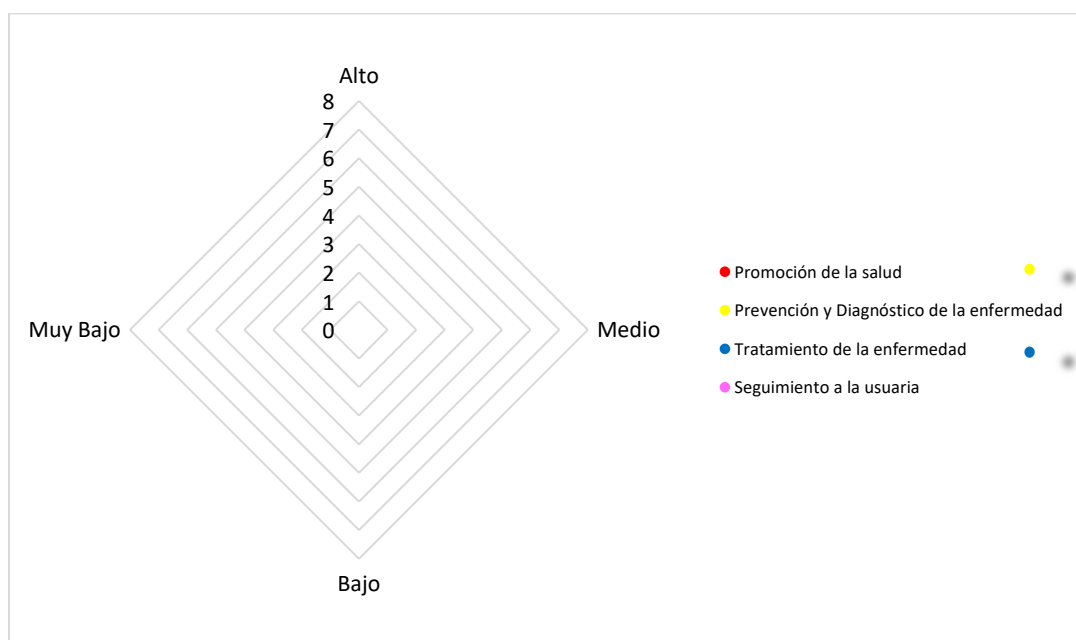
Tiempo de Laborar en la Institución		Capacitaciones recibidas	
<i>Menos de 1 año</i>	5	<i>Autoestudio</i>	100%
<i>De 1 a 3 años</i>	3	<i>Autoestudio</i>	67%
		<i>Capacitación</i>	33%
<i>3 o más años</i>	1	<i>Asistencia técnica</i>	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación.

En relación con el conocimiento de los profesionales sobre las variables relacionadas con acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a la usuaria gestante con sífilis establecidas en el Anexo 1, se realizó y analizó la respuesta recibida por parte del funcionario en cada una de las variables teniendo en cuenta el siguiente caso clínico: “*Al servicio de Urgencias del Hospital Santa Rita, llega joven femenina de 24 años de edad refiriendo dolores bajitos punzantes, vomito y dolores de cabeza, a lo que el médico ordena paraclínicos y prueba de embarazo, siendo esta*

positiva, completando según FUR 10 semanas de gestación razón por lo cual es remitida al programa de Promoción y Prevención (PYP) para el inicio de sus controles prenatales. La usuaria en mención asiste al primer control donde le ordenan y se realiza los exámenes correspondientes siendo diagnosticada para Sífilis Gestacional de duración desconocida a lo cual le indican el tratamiento adecuado para curar la enfermedad”. Con esto, se encontró que el 22% no conocen la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral y control de la Sífilis Gestacional; el 44% de los profesionales tienen conocimientos bajos en promoción de la salud; y el 89% tienen conocimientos medios o bajo ante el seguimiento que se debe realizar a la usuaria diagnosticada con sífilis gestacional; a pesar de identificar conocimientos fuertes en cuanto a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. (Figura 4).

Figura 4: Conocimiento del personal de salud



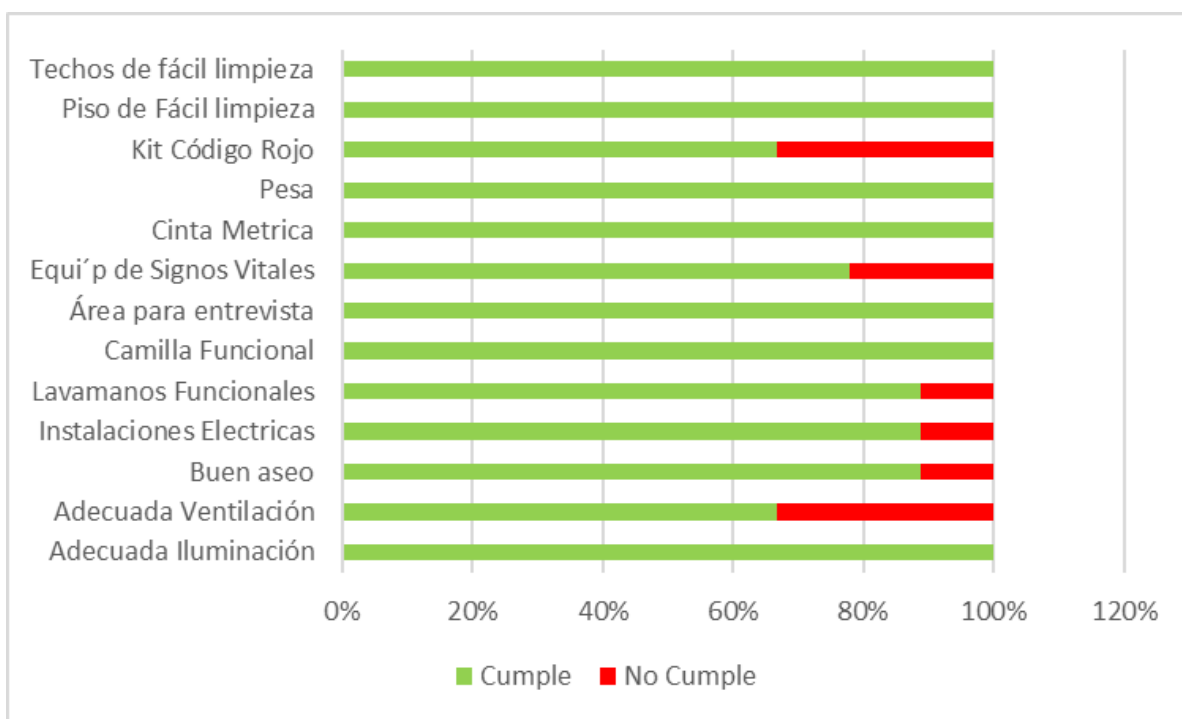
Fuente: Datos recolectados de la investigación.

8.1.2 Planta Física Y Materiales De La Institución Prestadora De Servicios De Salud

La totalidad de las IPS participantes están ubicadas dentro del área urbana de los municipios. Dentro de los principales hallazgos encontrados en relación con las condiciones de infraestructura de las 9 IPS participantes, se encuentra la inadecuada ventilación (3 IPS),

falta de dotación en cuanto a kit de código rojo en (3 IPS) y equipo de signos vitales en (2 IPS), mala condición de aseo en instalaciones en (1 IPS) y deficiente estado de la red eléctrica en (1 IPS), así como la falta de lavamanos funcional (Figura 5). De acuerdo con las consideraciones anteriores, sólo el 44,4% de las IPS cumple con la totalidad de los requisitos definidos por la guía para garantizar la atención de mujeres gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional. Criterios definidos y evaluados según la Resolución 2003 de 2014.

Figura 5: Cumplimiento a condiciones físicas y dotación de las IPS revisa por favor esta gráfica

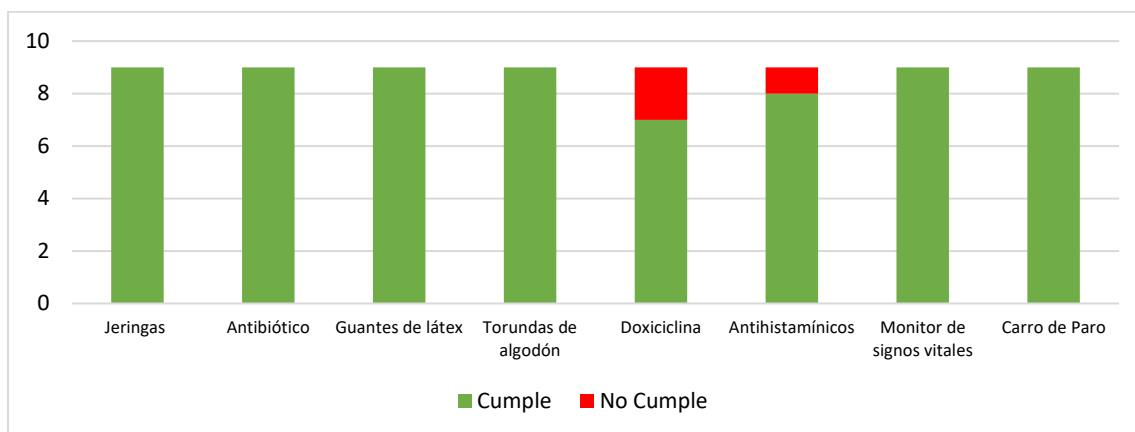


Fuente: Datos recolectados de la investigación.

Así mismo se verificó la existencia de los insumos necesarios para la administración del tratamiento para curar la sífilis en las gestantes, observando que el 79% de las IPS contaban con todos los *insumos* requeridos (jeringas, guantes de látex, torundas de algodón, monitor de signos vitales, carro de paro y medicamentos), en relación con las IPS que no contaban

con la existencia de la totalidad de los insumos se identificó que la mayor falencia es en la *disponibilidad de medicamentos antibióticos y antihistamínicos*.

Figura 6: Insumos necesarios para la administración del tratamiento para curar la sífilis en las gestantes



Fuente: Datos recolectados de la investigación.

Tabla 5: Pruebas de laboratorio para diagnóstico de sífilis gestacional

PRUEBAS LABORATORIO	IPS	%
<i>VDRL</i>	9	100
<i>RPR</i>	9	100
<i>TPPA</i>	2	22
<i>TPHA</i>	5	56
<i>Prueba Rápida</i>	8	89

Fuente: Datos recolectados de la investigación.

Adicionalmente se comprobó en cada institución, la realización de pruebas de laboratorio que utilizan para el diagnóstico de la sífilis gestacional, donde se evidencia que cada IPS cuenta con al menos una prueba treponémica y una no treponémica.

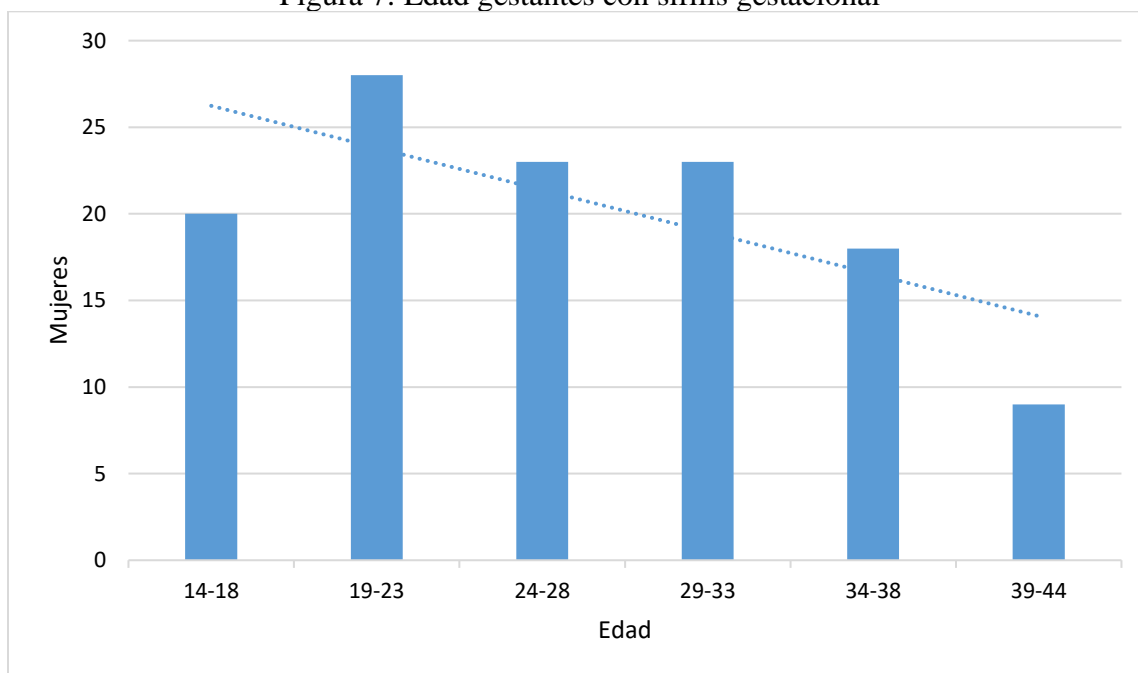
PROCESOS DE ATENCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTANTE CON SÍFILIS GESTACIONAL

La variabilidad en el desarrollo de la práctica clínica por parte de los profesionales en el manejo de gestantes con sífilis gestacional, se expresan en las acciones de prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento; estas acciones están contenidas en las guías de práctica clínica que constituye la norma a seguir.

8.1.3 Revisión De Historias Clínicas:

En la revisión de las historias clínicas de las 121 mujeres con diagnóstico de sífilis gestacional, se evidenció una edad media de 27 años (con un mínimo de 14 años y un máximo de 44 años, con presencia de cuatro menores de edad), se identifica una relación inversa en la aparición de la enfermedad a medida que aumenta la edad de la mujer (Figura 7). Con relación al nivel académico el 30% era bachiller, el 17% tenían primaria, el 8% era analfabeta y en un 45% no se registró dato en la historia clínica.

Figura 7: Edad gestantes con sífilis gestacional

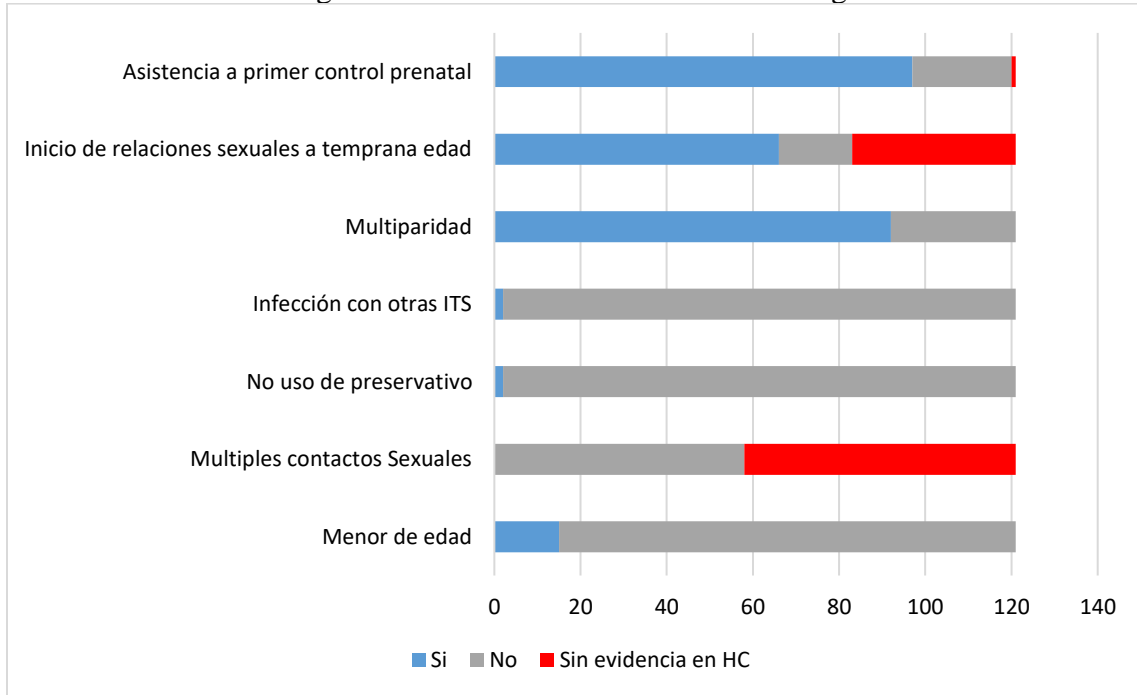


Fuente: Datos recolectados de la investigación.

6.1.1. **Factores de riesgo:** Frente los factores de riesgo, se identificó que sólo el 36% de las historias clínicas registran la totalidad de los factores de riesgo, identificándose como

mayor falencia en el registro, la existencia de múltiples contactos sexuales (52%), inicio de relaciones sexuales a temprana edad (31%) y asistencia a primer control prenatal (1%). Adicionalmente se identificó el no uso de preservativos, la multiparidad y el inicio de relaciones sexuales como los factores de riesgos comunes entre las gestantes diagnosticadas con sífilis (Figura 8)

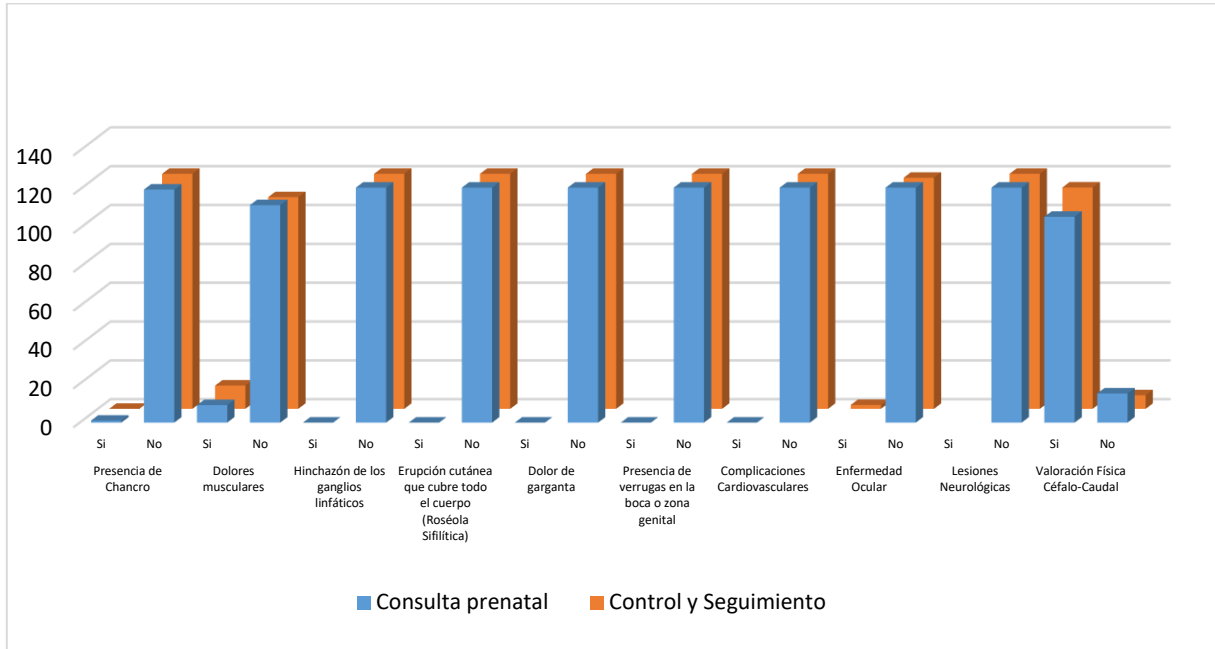
Figura 8: Identificación de factores de riesgo



Fuente: Datos recolectados de la investigación

Dentro de la identificación de alteraciones en el examen físico en la consulta prenatal se encuentra presencia del chancro (0,8%), dolores musculares (7,4%), a diferencia de las consultas de seguimientos y controles dolores musculares (9,9%), enfermedad ocular (1,7%), así mismo se identificó la ausencia de valoración física céfalo-caudal 12,4% presentando una mejora para la consulta de control y seguimiento alcanzando un 94% de cumplimiento.

Figura 9: Hallazgos de examen físico



Fuente: Datos recolectados de la investigación.

- 6.1.2. **Pruebas de laboratorio:** Ante el ordenamiento de las pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la sífilis gestacional, a sólo el 68% de las gestantes que desarrollaron sífilis, se les ordenó durante el primer control prenatal la realización del estudio de laboratorio, y al 33% de las mujeres se les realiza una sola prueba de laboratorio (a 7 mujeres prueba treponémica y a 33 prueba no treponémica), por lo tanto, solo se cumple con los lineamientos de la guía de práctica clínica en relación con prueba diagnóstica en el 67% las mujeres gestantes con sífilis gestacional.
- 6.1.3. **Tratamiento:** En relación con el ordenamiento de tratamiento y administración de medicamentos, en cuatro (4) registros clínicos no se encontró información, al 84% se ordena tratamiento para sífilis de duración desconocida y al 1% para sífilis primaria, aludiendo esto a la identificación de manifestaciones clínicas durante el examen físico en la consulta prenatal. No obstante, dentro de los registros no se menciona la formulación de *tratamiento al contacto de la mujer en gestación*.

6.1.4. **Seguimiento y control:** Por su parte y con respecto al seguimiento y control a la gestante con sífilis gestacional se observó lo siguiente:

Tabla 6: Seguimiento y Control a la gestante con Sífilis

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTANTE CON SÍFILIS			
TRATAMIENTO DE LA GESTANTE CON SIFILIS Y SU CONTACTO			
CATEGORIA	Valor	No. Casos	%
<i>Orden médica y administración de tratamiento para Sífilis Primaria</i>	Si	1	0,8
	No	116	95,9
<i>Orden medica de tratamiento para Sífilis Secundaria</i>	Si	0	0,0
	No	117	96,7
<i>Orden medica de tratamiento para Sífilis de duración desconocida</i>	Si	101	83,5
	No	16	13,2
<i>Orden medica de tratamiento para contacto (3 dosis de Penicilina)</i>	Si	0	0
	No	121	100
SEGUIMIENTO POR LABORATORIO			
CATEGORIA	Valor	No. Casos	%
<i>Durante la gestación se realizó 1 prueba No treponémica de seguimiento</i>	Si	95	78,5
	No	26	21,5
<i>Durante la gestación se realizó 2 pruebas No treponémicas de seguimiento</i>	Si	47	38,8
	No	74	61,2
<i>Durante la gestación se realizó 3 pruebas No treponémicas de seguimiento</i>	Si	37	30,6
	No	84	69,4
<i>Durante el parto se realizó 1 prueba No treponémica de seguimiento</i>	Si	3	2,5
	No	118	97,5
<i>Durante la primera consulta posparto en caso de parto domiciliario se realizó 1 prueba No treponémica de seguimiento</i>	Si	0	0,0
	No	121	100,0

Fuente: Datos recolectados de la investigación.

Estos datos concluyen que el 96,7% de las gestantes con sífilis, son diagnosticadas con duración desconocida, 1 usuaria fue reportada como Sífilis Primaria al SIVIGILA y que 16 de las usuarias no cuentan con orden medica del correspondiente tratamiento. Por su parte y con respecto a la orden medica de tratamiento para el contacto, se pone en manifiesto que el 100% de las historias clínicas no relacionan orden de tratamiento para el contacto de la gestante con sífilis, tan solo se evidenciaron 18 reportes por parte de las gestantes que informaron al personal de salud el correspondiente tratamiento a su pareja sexual.

Así mismo y ahondando en el seguimiento indicado por la GPC, se evidencian notorias dificultades tanto en la gestación como durante el parto con respecto a la realización de la prueba no treponémica de seguimiento, evidenciando que al 69,4% de las usuarias no se les realizó 3 pruebas no treponémicas durante su embarazo, situación asociada probablemente al inicio tardío de controles prenatales, a quienes no se les garantizó lo indicado en la GPC con respecto a la realización de las pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la enfermedad.

B. DETERMINACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SÍFILIS GESTACIONAL EN EL DEPARTAMENTO EN CAQUETÁ EN LOS AÑOS 2016 – 2018.

8.2 RAZÓN DE PREVALENCIA DE LA SÍFILIS GESTACIONAL

8.2.1 Gestantes Atendidas En El Control Prenatal

De acuerdo a la búsqueda y observación de la información obtenida, se identificó que durante el periodo comprendido entre los años 2016 y 2018 en las 9 IPS participantes del proyecto, se atendieron un total de 15.086 gestantes, de las cuales, el 0,8% fueron diagnosticadas con sífilis.

Tabla 7. Número de gestantes atendidas por IPS en los años 2016, 2017 y 2018

Nombre de la IPS	Número de gestantes atendidas por año		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
<i>IPS No. 1</i>	687	681	640
<i>IPS No. 2</i>	2721	2766	2997
<i>IPS No. 3</i>	158	174	156
<i>IPS No. 4</i>	173	143	150
<i>IPS No. 5</i>	57	55	27
<i>IPS No. 6</i>	135	130	150
<i>IPS No. 7</i>	358	365	327

<i>IPS No. 8</i>	264	244	242
<i>IPS No. 9</i>	435	398	453
TOTAL	4988	4956	5142

Fuente: Datos recolectados de la investigación.

8.2.2 Razón Prevalencia Sífilis Gestacional Por IPS Y Año

Con respecto a la prevalencia para sífilis gestacional, en las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud participantes en el proyecto, en las IPS 1, 5, 6, 7, 8 y 9 se evidenció aumento en la prevalencia con respecto al número de casos de los años 2016 y 2017, situación que pone en manifiesto el aumento en el comportamiento de la enfermedad y afectación en la salud de la población Caquetena.

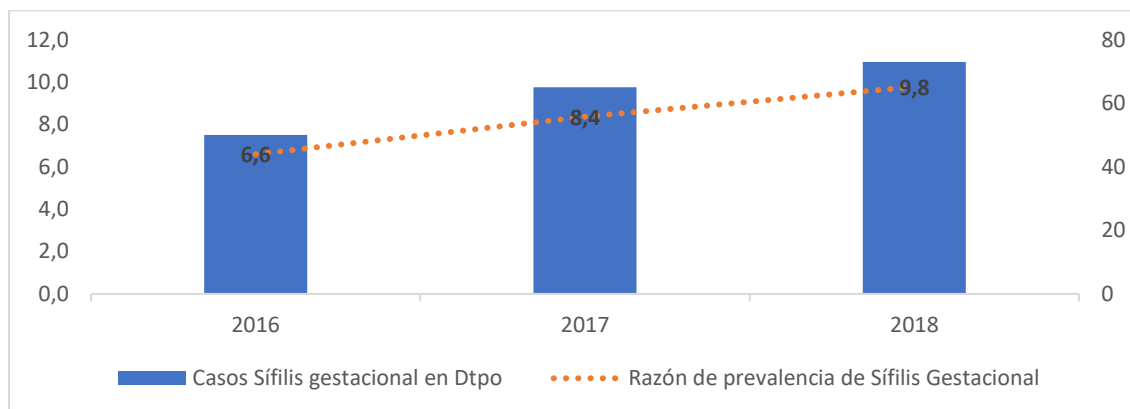
Tabla 8. Prevalencia Sífilis Gestacional por IPS y año

Nombre de la IPS	Prevalencia Sífilis Gestacional		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
<i>IPS No. 1</i>	27,3	9,2	45,0
<i>IPS No. 2</i>	294,1	592,6	260,9
<i>IPS No. 3</i>	20,8	33,7	23,3
<i>IPS No. 4</i>	0,0	9,5	0,0
<i>IPS No. 5</i>	0,0	0,0	38,5
<i>IPS No. 6</i>	0,0	0,0	48,4
<i>IPS No. 7</i>	15,7	12,7	46,5
<i>IPS No. 8</i>	0,0	0,0	7,2
<i>IPS No. 9</i>	6,7	6,7	42,3

Fuente: Datos recolectados de la investigación.

Durante los años 2016 – 2018 en el departamento del Caquetá se registró un total 188 casos de sífilis gestacional, observando una razón de prevalencia para el 2018 de 9,8 casos de sífilis gestacional por 1.000 nacidos vivos más mortinatos (Figura 10)

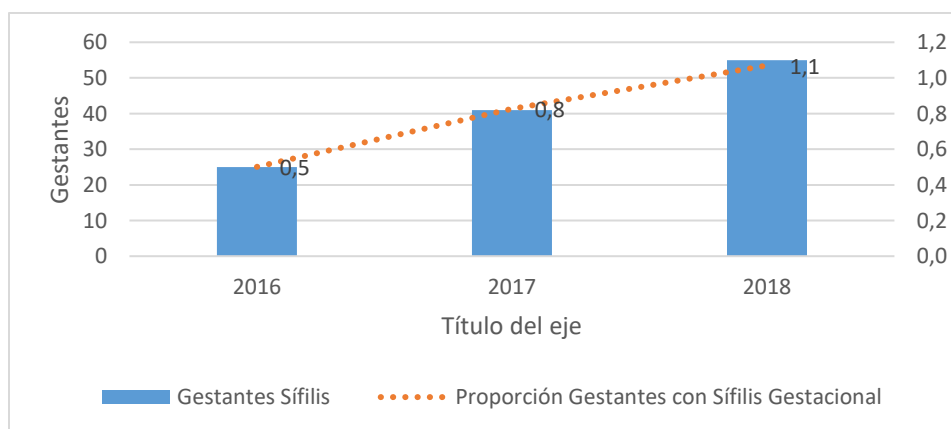
Figura 10: Casos Sífilis Gestacional en el Departamento de Caquetá



Fuente: Datos recolectados de la investigación.

En relación con el comportamiento de los casos de sífilis gestacional reportados en las 9 IPS, durante el año 2016 se atendieron 4988 gestantes, en el año 2017, 4956 gestantes y en el año 2018, 5.142 gestantes, con un aumento en el número de gestantes atendidas del 3,75% entre los años 2017 y 2018; Así mismo, se identificó que de las 15.086 gestantes atendidas durante el periodo de tiempo comprendido entre los años 2017 y 2018 por año, el periodo del 2018 fue el año en el cual se evidenció una mayor proporción, en donde el 1,1 de gestantes fueron diagnosticadas sífilis gestacional, asumiendo un aumento de la proporción anual de 0,3 según comportamiento en los años objeto del proyecto. (Figura 11)

Figura 11: Gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en las IPS



Fuente: Datos recolectados de la investigación.

8.2.3 Resumen Indicadores De Estructura, Diagnóstico, Tratamiento Y Seguimiento

De acuerdo a la revisión de fuentes secundarias de información a partir del Sistema de vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y del instrumento aplicado para la recolección de la información del departamento del Caquetá, se logró medir, indicadores (de estructura, diagnóstico, tratamiento, seguimiento e impacto) que directamente se indica en la guía deben ser identificados y medidos en las IPS, algunos de ellos ya fueron presentados en el presente apartado., sin embargo, por ser requeridos y propuestos por la guía, se presentan a continuación, logrando observar el panorama global y evidencian la adherencia a la misma:

Tabla 9. Indicadores de estructura

INDICADOR	SUBINDICADOR	RESULTADO
INDICADORES DE ESTRUCTURA	Disponibilidad de pruebas rápidas	100% (9 IPS participantes)
	Número de IPS que ofertan el servicio de control prenatal y que ofrecen tamizaje de rutina	100% (9 IPS participantes)
	Disponibilidad de penicilina benzatínica en las IPS	100% (9 IPS participantes)
INDICADORES DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Proporción de embarazadas a las que se les realizó prueba rápida antes de las 20 semanas de gestación	57,4% (69 gestantes)
	Proporción de embarazadas a las que se les realizó prueba rápida después de las 20 semanas de gestación	42,6% (52 gestantes)

	Proporción de embarazos a los que se les realizó estudio de sífilis en el primer control prenatal	67,8% (82 gestantes)
	Porcentaje de embarazadas con serología positiva tratada adecuadamente	84,3% (102 gestantes)
	Porcentaje de embarazadas con serología positiva con tratamiento a contactos sexuales	48,9% (59 contactos)

Fuente: Datos recolectados de la investigación.

Con respecto a los indicadores de impacto (relacionados con la sífilis congénita) que define la guía y dado que los objetivos del presente estudio está centrado en la Sífilis en gestantes, no se contemplaron en los instrumentos variables para la recolección de la información en mención, razón por la cual no se cuenta con datos para la presentación de los mismos (Incidencia de Sífilis Congénita, por estar fuera de los objetivos del estudio).

9 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A nivel mundial hay un aumento de las enfermedades de transmisión sexual, pese a que existe pruebas diagnósticas y tratamientos, para el año 2018 el departamento del Caquetá ocupa el décimo tercer puesto en Colombia en incidencia de sífilis congénita, con 1,59 casos por cada 1000 nacidos vivos y mortinatos y el séptimo lugar para sífilis gestacional (superior a la nacional), siendo ésta, según el Instituto nacional de Salud (INS) de 11,1 casos por 1.000 nacidos vivos y mortinatos, así mismo durante el mismo año notificó al SIVIGILA 11 casos de Sífilis Congénita, aportando el 1,13% al total de casos del País (973 casos), de los cuales 1 falleció a causa de la enfermedad, siendo la transmisión materno-infantil de la sífilis para el mismo año del 14,9% del total de los casos, y 74 casos de Sífilis Gestacional, aportando el 1.5% al total de casos del país (5384 casos) (5).

La problemática por la enfermedad en gestantes y la alta proporción de casos con desenlace en casos de sífilis congénita es evidente y preocupante, razón por la cual indiscutiblemente se deben promover medidas para la prevención de la sífilis gestacional fortaleciendo las capacidades de los profesionales en salud, de infraestructura hospitalaria y adherencia a la guía de práctica clínica para la atención integral de la Sífilis gestacional. Mediante la aplicación del cuestionario se identificó variables que inciden en la adherencia de las IPS, profesionales de la salud y gestantes a la guía de práctica clínica para la atención integral de la Sífilis gestacional.

Teniendo en cuenta los resultados observados, se define el rango de edad más incidente para gestantes diagnosticadas con sífilis en el departamento de Caquetá es de 20 a 30 años, con tendencia negativa de aparición de la enfermedad a mayor edad de la gestante, evidenciado aumento de los casos y carga de la patología en mujeres en edad fértil quienes normalmente inician su vida en pareja en este rango de edad, lo que probablemente está relacionado con la confianza mutua en la pareja sexual razón por la cual el uso del preservativo solo se refirió en 1,6% de las gestantes, por otra parte, no se logra establecer coincidencia en relación con el nivel educativo, toda vez que el 45% no registra dato en la historia clínica; Con relación a la estructura institucional responsable de la atención a las mujeres gestantes se registra que el 67% de las IPS no demuestran cumplimiento de la

totalidad de los requisitos en relación con las condiciones de infraestructura definidos según la Resolución 2003 de 2014 y la guía de atención integral de la sífilis gestacional para garantizar la atención de mujeres gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional, factor de riesgo institucional que aunado a la probable promiscuidad así como las dificultades en el seguimiento y desconocimiento de la patología en la población hacen que la Sífilis avance y evolucione en un gran número de personas residentes en el departamento de Caquetá a voluntad.

Por otra parte, se establece relación entre las capacitaciones por parte de las IPS sobre la guía de práctica clínica y la antigüedad laboral de los profesionales comportándose directamente proporcional observando conocimientos deficientes del personal en salud relacionados con la promoción de la salud y el seguimiento que se debe realizar a la usuaria diagnosticada con sífilis gestacional; por lo que no toda la problemática recae en las condiciones socioculturales y económicas de la gestante, sino también en el personal de salud, en la adherencia a protocolos y guías de atención que se ve afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, etc. (11).

Es fundamental identificar y tratar a las gestantes con sífilis mediante tamizaje serológico para prevenir la sífilis congénita en los tiempos de oportunidad que indica la guía, idealmente en el primer trimestre de gestación, situación que en el presente estudio no se observó en la totalidad de los participantes ya que el 42,6% de las gestantes fueron diagnosticadas después de las 20 semanas de gestación; el seguimiento serológico debe ser estricto para verificar la eficacia del tratamiento, es por esto que el Control Prenatal es la estrategia respaldada por los organismos internacionales para brindar atención adecuada a la gestante y disminuir la morbilidad y la mortalidad de madres y niños (7), así como la realización de la historia clínica contribuye a determinar el momento de la infección para dar el tratamiento oportuno y correspondiente a la etapa que presente el paciente (28); En este sentido, la obligación debe ir más allá del seguimiento a las gestantes con el diagnóstico positivo y escalar a sus contactos quienes probablemente son los mayores replicadores de la infección y las reinfecciones, siendo un riesgo latente para el aumento de la sífilis en la gestación y la sífilis congénita como se logró evidenciar en la presente

investigación, en donde el 48,9% de los contactos sexuales no recibieron el correspondiente tratamiento para la Sífilis.

Así mismo, se recalca el adecuado diligenciamiento de las historias clínicas en relación con factores de riesgo, examen físico detallado, pruebas diagnósticas y tratamiento instaurado a la gestante desde la consulta inicial como en los controles realizados a las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional, toda vez que se evidencia un 64% de las historias clínicas con fallas al no registrar la totalidad de las variables descritas en la guía de atención integral de la sífilis gestacional; situación preocupante que debe explorarse para conocer cuáles son las causas del no registro completo de las historias clínicas por parte de los profesionales en salud para de este modo buscar e implementar la mejora.

Llama la atención que el ordenamiento de pruebas de laboratorio clínico para la confirmación diagnóstica de la sífilis gestacional no se cumple en su totalidad según guía de atención integral de la sífilis gestacional (una prueba Treponémica y una no Treponémica); debido a que el principio fundamental de la prevención y eliminación de la sífilis congénita es la detección y tratamiento de la infección gestacional para prevenir su transmisión vertical, es vital concebir un enfoque integrado de atención dirigiendo los conocimientos e intervenciones al tamizaje y manejo adecuado de la mujer embarazada (29).

Por otro lado, los factores de riesgos predominantes en las gestantes objeto del estudio se encuentra el no uso de preservativos, la multiparidad y el inicio temprano de relaciones sexuales; datos concordantes con Agudelo Loaiza RD, Medina Arredondo MC, Cardona Rivas D. en su estudio denominado, *Caracterización de la Sífilis congénita y gestacional en Caldas, Colombia* (28), en donde al igual que la presente investigación se resalta los obstáculos para el acceso a los servicios de control prenatal; la escasa demanda de las pruebas de detección de sífilis entre los usuarios de los servicios de salud. La falta de seguimiento del personal de salud a los casos de sífilis gestacional; el bajo nivel educativo, el frecuente cambio de pareja sexual y falta de educación en prevención de infecciones de transmisión sexual. Por lo anterior se hace indispensable el fomento de conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual en general y de la sífilis en particular en general a toda la comunidad y red prestadora de servicios de salud e impulsar el uso del preservativo

como una de las medidas para prevenir las infecciones de transmisión sexual en el departamento del Caquetá.

Adicionalmente se hace necesario discutir algunos aspectos de gran importancia sobre el impacto de las políticas e iniciáticas de los entes de control para la eliminación de la Sífilis Gestacional (SG) y Congénita (SC), mediante los planes estratégicos y territoriales de cada municipio del departamento del Caquetá; toda vez que se estima que cada año aumenta aproximadamente 0,3 casos de sífilis gestacional por cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos.

Por último, es importante manifestar se observó dificultades para el desarrollo del proyecto, situaciones asociadas a instituciones prestadoras de servicios de salud, el bajo nivel y proyección investigativa en el departamento de Caquetá y algunos de sus directivos quienes manifestaron no acceder a la oportunidad de generar conocimiento e identificar las dificultades que inciden en la presentación de gestantes con sífilis y a su vez, algunos casos de Sífilis congénita. Así mismo, se resalta la afectación por la pandemia por COVID-19, patología que afectó el desarrollo normal de la prestación de servicios de salud y alargó los procesos de recolección de la información de la presente investigación, logrando revisar y aplicar el instrumento de recolección de información en el 64% de los casos identificados en los reportes del SIVIGILA del departamento de Caquetá.

La sífilis gestacional es una enfermedad prevenible, es por esto que se resalta la importancia de aumentar la adherencia de la Guía de Práctica Clínica para la atención integral de la Sífilis Gestacional en todos los organismos de salud encargados de la atención de la gestante en el departamento de Caquetá, permitiendo disminuir la frecuencia de la infección en la región cumplir con uno de los objetivos del milenio.

10 CONCLUSIONES

Los profesionales responsables de la atención de las gestantes en su mayoría (89%) son del área de medicina. El 78% de los profesionales no reconocen que la IPS realice proceso de capacitación frente a la guía de atención integral de la sífilis gestacional, sumado a esto más del 50% cuenta con una antigüedad laboral menor a 1 año.

Pese a que el 22% de los profesionales no conocen la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral y control de la Sífilis Gestacional, se identificaron fortalezas en el recurso humano frente al conocimiento de prevención, diagnóstico y tratamiento de la sífilis gestacional; sin embargo, se identifican falta de conocimientos en relación con la promoción de la salud y el seguimiento que se debe realizar a la usuaria diagnosticada con sífilis gestacional.

El 67% de las IPS no cumple con la totalidad de los requisitos en relación con las condiciones de infraestructura definidos según la Resolución 2003 de 2014 y la guía de atención integral de la sífilis gestacional para garantizar la atención de mujeres gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional; dentro de las falencias encontradas está la inadecuada ventilación, falta de dotación en cuanto a kit de código rojo y equipo de signos vitales, malas condiciones de aseo, deficiente estado de la red eléctrica y falta de lavamanos funcional.

Las historias clínicas en su conjunto no contaban con registro completo en relación con factores de riesgo, examen físico detallado y tratamiento instaurado a la gestante, en consulta inicial como en los controles prenatales realizados a las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional. Igualmente, dentro de los registros se logra establecer como factores de riesgo común y predominante entre las gestantes el no uso de preservativos, la multiparidad y el inicio temprano de relaciones sexuales.

Según los registros clínicos, sólo en el 67% de las gestantes se cumple con el criterio del ordenamiento y realización de las dos pruebas de laboratorio (una prueba Treponémica y una no Treponémica) para la confirmación diagnóstica según guía de atención integral de la sífilis gestacional; y en ninguno se establece la formulación de tratamiento al contacto de la gestante diagnosticada con sífilis.

La razón de prevalencia de sífilis gestacional en el departamento del Caquetá para el año 2018 es de 9,8 casos por 1.000 nacidos vivos más mortinatos, según el comportamiento de los tres años evaluados se estima que cada año se aumenta aproximadamente en 0,3 casos de sífilis gestacional por cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos.

11 RECOMENDACIONES

Establecer un plan de capacitación en las instituciones prestadoras de servicios de salud con una frecuencia trimestral que facilite el desarrollo y fortalecimiento de capacidades del personal de salud en relación con la atención integral de la Sífilis Gestacional, que contribuya a mejorar la adherencia de la guía de práctica clínica.

Desarrollar mecanismos en las instituciones prestadoras de servicios de salud que garanticen la infraestructura y los elementos necesarios para el desarrollo adecuado de la Guía de Práctica Clínica para la atención integral de la Sífilis Gestacional, a través de un plan de mejora, que identifique las falencias a superar para de este modo priorizar en un plan de compras o dotación.

Sensibilizar a los profesionales en salud y las instituciones Prestadoras de Servicios de la importancia del enfoque de atención en promoción de la salud y seguimiento durante el periodo de gestación y post parto, que garantice un diagnóstico e intervención oportuna de la sífilis gestacional.

Propender por el fortalecimiento en el seguimiento de las gestantes con resultados negativos para la infección por Sífilis, procurando de esta manera prevenir y detectar oportunamente posibles infecciones durante la gestación para garantizar la atención integral al binomio madre-hijo en la gestación.

Desde la autoridad sanitaria, desarrollar procesos de seguimiento institucional a la implementación de la guía de práctica clínica para la atención integral de la sífilis gestacional eficaces y eficientes, mediante el reporte periódico (bimensual) y seguimiento a indicadores de proceso y resultado que garanticen las condiciones de calidad de la prestación de servicios de salud.

Promover investigaciones frente a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a los controles prenatales, con el fin de fortalecer desde la academia y con soluciones prácticas las dificultades en los diferentes procesos de atención a la gestante, para de este modo incidir en la disminución de la prevalencia de la Sífilis gestacional en el departamento del Caquetá y demás morbilidades de la gestación.

12 EVIDENCIA DE RESULTADOS EN GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO, FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD CIENTÍFICA Y APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN (VER ANEXO 1)

12.1 RELACIONADOS CON LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO Y/O NUEVOS DESARROLLOS TECNOLÓGICOS

Resultado esperado	Indicador	Beneficiario
Conocer las variables que inciden en la adherencia de las IPS, profesionales de la Salud y gestantes con sífilis a la guía de práctica clínica para la atención integral de la Sífilis gestacional en el departamento del Caquetá.	Proporción de la implementación a las Variables según población (IPS, Profesionales de la Salud, Gestante con sífilis).	1. Instituciones Prestadoras de Salud del departamento del Caquetá. 2. Profesionales de la Salud del departamento del Caquetá. 3. Gestantes del departamento del Caquetá. 4. Población del Departamento del Caquetá.
Describir la prevalencia de la sífilis gestacional en el departamento, municipio e IPS.	Prevalencia de la enfermedad	1. Instituciones Prestadoras de Salud del departamento del Caquetá. 2. Profesionales de la Salud del departamento del Caquetá. 3. Secretaría de Salud departamental de Caquetá. 4. Secretarías de salud municipal del departamento del Caquetá. 5. Población del Departamento del Caquetá.
Incentivo para el apoyo y formación de nuevos investigadores, redes de investigación y consolidación de grupos de investigación.	No aplica	Comunidad científica

12.2 DIRIGIDOS A LA APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO

Resultado/Producto esperado	Indicador	Beneficiario
Generación de recomendaciones y rutas de atención rigurosamente establecidas que fortalezcan los procesos de adherencia de la IPS, profesional de la Salud y gestante con sífilis a la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la Sífilis Gestacional.	Proporción de recomendaciones y rutas establecidas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instituciones Prestadoras de Salud del departamento del Caquetá. 2. Población del Departamento del Caquetá. 3. Profesionales de la Salud del departamento del Caquetá. 4. Secretaría de Salud departamental de Caquetá. 5. Secretarías de salud municipal del departamento del Caquetá.

12.3 IMPACTOS LOGRADOS

Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4), mediano (5-9), largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos ¹
Fortalecimiento de la red sanitaria del departamento para la prevención y tratamiento de la sífilis gestacional en el departamento de Caquetá	Mediano plazo	Adherencia y seguimiento a la guía de atención para sífilis gestacional	Generación de protocolos de seguimiento y control a la guía de atención para sífilis gestacional y protocolos institucionales propios
Fortalecimiento de la capacidad institucional para	Mediano plazo	Mejoras en la operativización y ejecución	Implementación, adherencia y seguimiento de protocolos

¹ Los supuestos indican los acontecimientos, las condiciones o las decisiones, necesarios para que se logre el impacto esperado.

la detección, diagnóstico y tratamiento de la gestante y de la gestante con sífilis gestacional		de los protocolos y programas dirigidos a la mujer gestante y gestante con sífilis gestacional	para la atención de la mujer gestante y de la gestante con sífilis gestacional
---	--	--	--

13 REFERENCIAS

1. OMS. Infecciones de Transmisión Sexual [Internet]. OMS; 2019 [acceso 14 de enero de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
2. Samalvides Cuba F, Banda Flores CL. Sífilis en la gestación. *Per Ginecol Obstet*. 2010; 56: 202-206.
3. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Med*. 2013; 10(2): e1001396. doi: 10.1371/journal.pmed.1001396.
4. Ministerio de Salud de la Argentina. VIH y Sífilis, Seroprevalencia en Puérperas de Argentina. [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud de la Argentina; 2012. [acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/es/registro/ff8081813f8a8b78013f8a98e56c0018>.
5. Sabogal Apolinar A.M. Informe de los eventos Sífilis gestacional y Sífilis congénita, hasta el periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2018. Informe del grupo de vigilancia de ITS del INS. Colombia: INS; 2018.
6. Resolución 412/2000 del 25 de febrero, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública.
7. Cáceres Manrique, FdM. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Col Obstet Ginecol* [Internet]. 2009 [acceso 11 de enero de 2019];60(2):165-170. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214328007>.
8. Rowe RE, García J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *Health Medicine*. 2003;25(2):113-119. doi:10.1093/pubmed/fdg025.

9. World Health Organization. Division of Family and Reproductive Health. Coverage of maternity care: A listing of available information. [Internet]. Ginebra: WHO; 1997. [acceso 14 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/63878>.
10. Díaz Martínez LA, Cáceres Manrique FdM, Becerra Mojica CH, Pérez Vera LA, Uscátegui Dacarett AM. Causas y determinantes de la mortalidad perinatal, Bucaramanga, 1999. MEDUNAB. 2000;3(7):5-16.
11. Murillo Acuña L, Abaunza WM. Calidad del control prenatal en el centro de salud ciudad Sandino, Managua. Agosto-octubre 2004. [Tesis de maestría en Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2004 [acceso 18 de enero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/5578/1/t289.pdf>
12. Ministerio de la Protección Social. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la Sífilis Congénita. [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011. [acceso 14 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/>.
13. Secretaría de Salud departamental de Caquetá. Análisis de la situación de salud departamento del Caquetá, 2015. Caquetá: SSD; 2016.
14. Carranza Parada ZC, Quintanilla Sánchez MM, Vásquez de la O AY. Anticuerpos reagina para el diagnóstico de Sífilis, en la población de las trabajadoras del sexo, de la ciudad de el tránsito del departamento de San Miguel en el periodo comprendido de julio a septiembre del año 2013. [Trabajo de grado en Internet]. San Miguel. Universidad de El Salvador. 2013. [acceso 20 de enero de 2019]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/7428/>.
15. Gobernación del Caquetá. Plan departamental de desarrollo. Caquetá. Gobernación del Caquetá; 2016.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. [acceso 22 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/>.
17. Biblioteca Universidad de Alcalá. Normas técnicas. [Internet]. Alcalá. Biblioteca Universidad de Alcalá. [acceso 15 de enero de 2019]. Disponible en:

http://www3.uah.es/bibliotecaformacion/BPOL/FUENTESDEINFORMACION/normas_tecnicas.html

18. Biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud. Nuevos criterios de inclusión en el catálogo de GPC en el SNS: entrada en vigor el 1 de julio de 2014. [Internet]. España. Biblioteca guiasalud. [acceso 18 de enero de 2019]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/>.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017. [acceso 15 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>.
20. Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. [Internet]. 17^a ed. Washington DC. OPS; 2001 [acceso 10 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/9275315817.pdf>.
21. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: sífilis gestacional y congénita. [Internet]. Bogotá: INS; 2017 [acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/p2018/pro_sifilis_gestacional__congenita_2018.pdf.
22. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. [Internet]. Washington D.C: OPS; 2010 [acceso 14 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=179-clap-1570&category_slug=ediciones-del-clap&Itemid=219&lang=es.
23. Organización Mundial de la Salud. Eliminación mundial de la Sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. [Internet]. OMS; 2008 [acceso 20 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/es/>.

24. Casas RL, Rodríguez M, Rivas J. Sífilis y embarazo: ¿Cómo diagnosticar y tratar oportunamente?. *Rev Col Obstet Ginecol*. 2009; 60(1):49-56.
25. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49058>
26. Organización Panamericana de la Salud. Orientación para el diagnóstico de la Sífilis en América Latina y el Caribe: cómo mejorar la adopción, interpretación y calidad del diagnóstico en diferentes entornos clínicos. [Internet]. Washington: OPS; 2015 [acceso 20 de enero de 2019]. Disponible en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7707/9789275318607_esp.pdf?sequence=1.
27. Espinosa MA, Varón Ramírez CP. Medición de la adherencia de los trabajadores de la salud de la ESE Salud Pereira en el conocimiento y la práctica de la guía de hipertensión arterial en el municipio de Pereira, 2015. [Tesis de maestría]. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales; 2015.
28. Agudelo Loaiza RD, Medina Arredondo MC, Cardona Rivas D. Caracterización de la Sífilis congénita y gestacional en Caldas, Colombia. *Arch Med* [Internet]. 2016 [acceso 22 de enero de 2019]; 16(2):326-334. Disponible en:
<http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1736>.
29. Cifuentes Y, Ángel-Müller E, Díaz RC. Sífilis congénita resultado de una Neurosífilis materna no diagnosticada. Reporte de caso. *MÉD.UIS*.2020; 33(1):73-80. doi: 10.18273/ revmed.v33n1-2020009
30. Vanegas Castillo, N., Cáceres Buitrago, Y. N., & Jaimes González, C. A. Tratamiento de la sífilis gestacional y prevención de la sífilis congénita en Institución Distrital de Salud de tercer nivel. Bogotá, Colombia. Enero a octubre de 2010. Departamento de Obstetricia y Ginecología.

14 ANEXOS

Anexo 1 Instrumento de recolección de información. (Objetivos Específicos 1 y 3)
Adherencia de las IPS del departamento del Caquetá a la Guía de Práctica Clínica
para la Atención Integral y control de la Sífilis Gestacional en los Controles
Prenatales, año 2016 – 2018

Objetivo: Recolectar información relacionada a la adherencia de la estructura institucional e prevalencia de la Sífilis Gestacional en las diferentes IPS en estudio del departamento del Caquetá, año 2016 – 2018.

Marcar con una X o diligenciar.

1. ADHERENCIA DE LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL						
1.1. Caracterización del Personal						
Fecha:				Edad:		
Sexo	Hombre			Mujer		
Residencia:	Urbano			Rural		
Nivel Académico:	Bachiller	Técnico	Profesional	Especialista	Magister	
Profesión:	Auxiliar de Enfermería	Enfermera(o)		Medico (a)		Otro
Tiempo de laborar en la institución:	Menos de 1 año		De 1 a 3 años		3 o más años	
Capacitaciones recibidas:	Asistencia Técnica	Capacitación		Talleres		Autoestudio
	Otro	¿Cual?				
<p>Caso Clínico. Al servicio de Urgencias del Hospital Santa Rita, llega joven femenina de 24 años de edad refiriendo dolores bajitos punzantes, vomito y dolores de cabeza, a lo que el medico ordena paraclínicos y</p>						

prueba de embarazo, siendo esta positiva, completando según FUR 10 semanas de gestación razón por lo cual es remitida al programa de Promoción y Prevención (PYP) para el inicio de sus controles prenatales. La usuaria en mención asiste al primer control donde le ordenan y se realiza los exámenes correspondientes siendo diagnosticada para Sífilis Gestacional de duración desconocida a lo cual le indican el tratamiento adecuado para curar la enfermedad.

Teniendo en cuenta el anterior enunciado conteste desde sus conocimientos y manejo de la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral y control de la Sífilis Gestacional las siguientes preguntas:

<p>Conocimientos sobre promoción de la salud:</p>	<p>Como personal responsable de la atención de la gestante anteriormente mencionada, ¿Qué actividades de promoción de la salud realizaría para el cumplimiento de la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral y control de la Sífilis Gestacional?</p> <p>Respuesta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>Resultado</p>	<p>Muy bajo</p>	<p>Bajo</p>	<p>Medio</p>	<p>Alto</p>
<p>Conocimientos sobre prevención de la enfermedad:</p>	<p>Como personal responsable de la atención de la gestante anteriormente mencionada, ¿Qué actividades de prevención de la enfermedad realizaría para el cumplimiento de la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral y control de la Sífilis Gestacional?</p> <p>Respuesta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

Resultados	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto
Conocimientos sobre diagnóstico de la enfermedad:	<p>Pregunta 1.</p> <p>¿Qué pruebas de laboratorio se requirieron para el adecuado diagnóstico de la enfermedad por Sífilis en la joven gestante de 24 años de edad?</p> <p>Respuesta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>Pregunta 2.</p> <p>Durante el embarazo del anterior caso de Sífilis de 10 semanas de gestación, ¿Cuántas veces se debe realizar la toma de las pruebas de laboratorio para el diagnóstico, control y seguimiento de la enfermedad? ¿con que periodicidad?</p> <p>Respuesta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
	<p>Pregunta 3.</p> <p>Para el diagnóstico de la enfermedad por Sífilis en la gestante de 24 años de edad se utilizó la prueba de laboratorio denominada “VDRL”, dicha prueba en mención corresponde a una prueba:</p> <p>Respuesta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>Pregunta 4.</p> <p>Si en el anterior caso clínico, la gestante a quien se le realiza los correspondientes paraclínicos hubiera obtenido un VDRL negativo y una TPHA reactiva podríamos afirmar que:</p> <p>Respuesta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
Resultados	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto
	<p>Pregunta 1.</p> <p>Para el tratamiento de la enfermedad, ¿Cuándo se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita?:</p> <p>Respuesta: _____</p>		<p>Pregunta 2.</p> <p>¿Cuál es el antibiótico de elección para tratar la sífilis gestacional?</p> <p>Respuesta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Conocimientos sobre tratamiento de la enfermedad:	_____		_____	
	<p>Pregunta 3.</p> <p>Para el caso de Sífilis Gestacional de duración desconocida, mencionada anteriormente, ¿Cuántas dosis de antibiótico se deben administrar?</p> <p>Respuesta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>Pregunta 4.</p> <p>Si en el caso planteado anteriormente la gestante fuera alérgica al antibiótico de elección, ¿Qué acciones se deben realizar?</p> <p>Respuesta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
Resultados	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto
Conocimientos sobre seguimiento a la usuaria:	<p>Pregunta 1.</p> <p>Durante la gestación y parto, si la gestante anteriormente mencionada tuviera la prueba treponémica negativa, ¿Según la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral y control de la Sífilis Gestacional, qué seguimiento se debe realizar?</p> <p>Respuesta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>Pregunta 2.</p> <p>Una vez tratada la gestante del caso clínico mencionado con el antibiótico de elección, ¿según la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral y control de la Sífilis Gestacional, que seguimiento se debe realizar?</p> <p>Respuesta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
	<p>Pregunta 3.</p> <p>¿Según la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral y control de la Sífilis Gestacional, cuando se considera reinfección por Sífilis?</p>		<p>Pregunta 4.</p> <p>El tratamiento adecuado para la Sífilis Gestacional son 3 dosis del antibiótico de elección. ¿El tratamiento requiere</p>	

	Respuesta: _____ _____ _____ _____		seguimiento y administración del medicamento con que periodicidad?: Respuesta: _____ _____ _____ _____	
Resultados	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto
1.2. Caracterización de la Planta Física y Materiales de la Institución				
Ubicación de la IPS:	Urbano		Rural	Observaciones
Espacio Físico acondicionado para la atención de la gestante con Sífilis “Res. 2003 de 2014”:	Adecuada Iluminación	Cumple	No Cumple	
	Adecuada Ventilación	Cumple	No Cumple	
	Buen aseo	Cumple	No Cumple	
	Instalaciones Eléctricas en buenas condiciones	Cumple	No Cumple	
	Lavamanos Funcional	Cumple	No Cumple	
	Camilla Funcional	Cumple	No Cumple	
	Área para entrevista	Cumple	No Cumple	
	Equipo de Signos Vitales completo	Cumple	No Cumple	
	Cinta Métrica	Cumple	No Cumple	
	Pesa	Cumple	No Cumple	
	Kit Código Rojo	Cumple	No Cumple	
	Piso de fácil limpieza	Cumple	No Cumple	
	Techos de fácil limpieza	Cumple	No Cumple	
Cuenta con los insumos necesarios para la aplicación del	Jeringas	Cumple	No Cumple	
	Antibiótico	Cumple	No Cumple	
	Guantes de látex	Cumple	No Cumple	
	Torundas de algodón	Cumple	No Cumple	
	Doxiciclina	Cumple	No Cumple	
	Antihistamínicos	Cumple	No Cumple	
	Monitor de signos vitales	Cumple	No Cumple	

tratamiento para curar la sífilis en las gestantes	Carro de Paro	Cumple	No Cumple	
Cuenta con las pruebas de laboratorio que se utilizan para el diagnóstico de la sífilis gestacional (Pruebas treponémicas y Pruebas no treponémicas):	VDRL	Cumple	No Cumple	
	RPR	Cumple	No Cumple	
	TPPA	Cumple	No Cumple	
	TPHA	Cumple	No Cumple	
	Prueba Rápida	Cumple	No Cumple	
	Otra	Cual: _____ _____		
2. INCIDENCIA DE LA SÍFILIS GESTACIONAL				
Número de gestantes atendidas en el control prenatal por año.	Año 2016	Año 2017	Año 2018	
Número de casos nuevos de Sífilis en la población gestante en cada por año.	Año 2016	Año 2017	Año 2018	
Número de nacidos vivos y mortinatos en el departamento del Caquetá por año	Nacidos Vivos			
	Año 2016	Año 2017	Año 2018	
	Mortinatos			
	Año 2016	Año 2017	Año 2018	
Número de casos nuevos de Sífilis gestacional en el Departamento del Caquetá por año.	Año 2016	Año 2017	Año 2018	

Anexo 2 Instrumento de recolección de información. (Objetivo Específico 2)

**Adherencia de las IPS del departamento del Caquetá a la Guía de Práctica Clínica
para la Atención Integral y control de la Sífilis Gestacional en los Controles
Prenatales, año 2016 – 2018**

Objetivo: Recolectar información relacionada a los procesos de atención, seguimiento y control a la gestante con Sífilis Gestacional en las diferentes IPS en estudio del departamento del Caquetá, año 2016 – 2018.

Marcar con una X

3. PROCESOS DE ATENCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTANTE CON SIFILIS GESTACIONAL					
Número de HC				Edad:	
Residencia Gestante:		Urbano		Rural	
Nivel Académico Gestante:	Bachiller	Técnico	Profesional	Especialista	Magister
1.1. Descripción de los Procesos de Atención a la gestante					Observaciones
Historia Clínica (Evidencia en historia clínica del registro de la consulta de la gestante con Sífilis):			Cumple	No Cumple	
Identificación de Factores de riesgo (Evidencia en Historia Clínica de las circunstancias o situaciones que aumentan la probabilidad de que la gestante tenga Sífilis):	Menor de edad		Cumple	No Cumple	
	Múltiples Contactos Sexuales		Cumple	No Cumple	
	No uso de preservativo		Cumple	No Cumple	
	Infección con otra ITS		Cumple	No Cumple	
	Multiparidad		Cumple	No Cumple	
	Inicio de relaciones sexuales a temprana edad		Cumple	No Cumple	
	Presencia de Chancro		Cumple	No Cumple	
	Dolores musculares		Cumple	No Cumple	
	Hinchazón de los ganglios linfáticos		Cumple	No Cumple	

Examen Físico (Evidencia en historia clínica de la exploración física que se realiza a la gestante, específicamente en busca de signos clínicos de la enfermedad por sífilis):	Erupción cutánea que cubre todo el cuerpo (Roséola Sifilítica)	Cumple	No Cumple	
	Dolor de garganta	Cumple	No Cumple	
	Presencia de verrugas en la boca o zona genital	Cumple	No Cumple	
	Complicaciones Cardiovasculares	Cumple	No Cumple	
	Valoración Física Céfalocaudal	Cumple	No Cumple	
	Enfermedad Ocular	Cumple	No Cumple	
	Lesiones Neurológicas	Cumple	No Cumple	
Solicitud de exámenes de laboratorio para Sífilis (Evidencia en Historia Clínica de las pruebas de laboratorio, Treponémicas y No Treponémicas ordenadas y tomadas por la IPS para determinar la infección activa de la Sífilis en la gestante):	Ordenó solo 1 Prueba Treponémica	Cumple	No Cumple	
	Ordenó solo 1 Prueba No Treponémica	Cumple	No Cumple	
	Ordenó 2 Pruebas treponémicas	Cumple	No Cumple	
	Ordenó 1 Prueba Treponémica y 1 No Treponémica	Cumple	No Cumple	
1.2. Descripción de los Procesos de Seguimiento y Control a la Gestante con Sífilis				Observaciones
Historia Clínica (Evidencia en la historia clínica del registro del control o seguimiento de la gestante con sífilis):		Cumple	No Cumple	
Examen Físico (Evidencia en historia clínica de la exploración física que se realiza a la	Presencia de Chancro	Cumple	No Cumple	
	Hinchazón de los ganglios linfáticos	Cumple	No Cumple	
	Dolores musculares	Cumple	No Cumple	

gestante, específicamente en busca de signos clínicos de la enfermedad por sífilis):	Erupción cutánea que cubre todo el cuerpo (Roséola Sifilítica)	Cumple	No Cumple	
	Dolor de garganta	Cumple	No Cumple	
	Presencia de verrugas en la boca o zona genital	Cumple	No Cumple	
	Complicaciones Cardiovasculares	Cumple	No Cumple	
	Valoración Física Céfalocaudal	Cumple	No Cumple	
	Enfermedad Ocular	Cumple	No Cumple	
	Lesiones Neurológicas	Cumple	No Cumple	
Tratamiento de la Gestante con Sífilis (Evidencia en historia clínica de la orden y administración de las dosis de Penicilina según la clasificación de la Sífilis por el profesional médico): -Sífilis Primaria = 1 dosis de Penicilina -Sífilis Secundaria = 3 dosis de Penicilina -Sífilis de duración desconocida = 3 dosis de Penicilina	Orden médica y administración de tratamiento para Sífilis Primaria	Cumple	No Cumple	
	Orden medica de tratamiento para Sífilis Secundaria	Cumple	No Cumple	
	Orden medica de tratamiento para Sífilis de duración desconocida	Cumple	No Cumple	
Tratamiento del Contacto Sexual (Evidencia en historia clínica de la orden y administración de las dosis de Penicilina según la clasificación de la	Orden medica de tratamiento para contacto (3 dosis de Penicilina)	Cumple	No Cumple	

Sífilis por el profesional médico):				
Seguimiento por laboratorio (Evidencia en la historia clínica del registro del seguimiento al tratamiento con pruebas no treponémicas, realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto, así como en la primera consulta posparto en caso de parto domiciliario)	Durante la gestación se realizó 1 prueba No treponémica de seguimiento			
	Durante la gestación se realizó 2 pruebas No treponémicas de seguimiento			
	Durante la gestación se realizó 3 pruebas No treponémicas de seguimiento			
	Durante el parto se realizó 1 prueba No treponémica de seguimiento			
	Durante la primera consulta posparto en caso de parto domiciliario se realizó 1 prueba No treponémica de seguimiento			

Anexo 3 Rúbrica del Instrumento de recolección de información. (Objetivos Específicos 1 y 3)

Adherencia de las IPS del departamento del Caquetá a la Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral y control de la Sífilis Gestacional en los Controles Prenatales, año 2016 – 2018

CRITERIO	ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO
Conocimientos sobre promoción de la salud	Plasma con exactitud y puntualidad actividades de promoción de la salud según la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.	Plasma algunas actividades de promoción de la salud según la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.	Plasma algunas actividades de promoción de la salud según la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita justificándolas con enunciados que confunden la respuesta.	No plasma actividades de promoción de la salud según la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.
Conocimientos sobre prevención de la enfermedad	Plasma con exactitud y puntualidad actividades de prevención de la enfermedad según la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.	Plasma algunas actividades de prevención de la enfermedad según la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.	Plasma algunas actividades de prevención de la enfermedad según la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita justificándolas con enunciados que confunden la respuesta.	No plasma actividades de prevención de la enfermedad según la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita.
Conocimientos sobre diagnóstico de la enfermedad Respuestas correctas: 1. 1 prueba treponémica positiva y 1 prueba no	Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional	Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y	Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, responde	Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, responde

<p>treponémica reactiva.</p> <p>2. 3 veces, 1 vez por trimestre.</p> <p>3. No Treponémica.</p> <p>4. Se trata de una reacción treponémica específica que generalmente refleja a persistencia de anticuerpos y no una infección activa</p>	<p>y congénita, responde correctamente las 4 preguntas plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre diagnóstico de la enfermedad” del instrumento No. 1</p>	<p>congénita, responde correctamente 3 preguntas de las plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre diagnóstico de la enfermedad” del instrumento No. 1</p>	<p>correctamente 2 preguntas de las plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre diagnóstico de la enfermedad” del instrumento No. 1</p>	<p>correctamente 1 pregunta de las plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre diagnóstico de la enfermedad” del instrumento No. 1.</p>
<p>Conocimientos sobre tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Respuestas correctas:</p> <p>1. Cuando se administra al menos 1 dosis de penicilina a la gestante 30 o más días antes del momento del parto.</p> <p>2. Penicilina Benzatinica.</p> <p>3. Se deben administrar 3 dosis de penicilina.</p> <p>4. Se debe desensibilizar a la gestante.</p>	<p>Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, responde correctamente las 4 preguntas plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre tratamiento de la enfermedad” del instrumento No. 1</p>	<p>Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, responde correctamente 3 preguntas de las plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre tratamiento de la enfermedad” del instrumento No. 1</p>	<p>Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, responde correctamente 2 preguntas de las plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre tratamiento de la enfermedad” del instrumento No. 1</p>	<p>Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, responde correctamente 1 pregunta de las plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre tratamiento de la enfermedad” del instrumento No. 1.</p>
<p>Conocimientos sobre seguimiento a la usuaria.</p> <p>Respuestas correctas:</p> <p>1. Se debe confirmar con</p>	<p>Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención</p>	<p>Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral</p>	<p>Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional</p>	<p>Teniendo en cuenta el caso clínico y la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional</p>

<p>otras pruebas treponémicas (TPPA, TPHA).</p> <p>2. Prueba treponémica en cada trimestre y al momento del parto.</p> <p>3. Se considera reinfección cuando:</p> <p>a. Gestante o mujer en puerperio que después de haber recibido Tto adecuado para la Sífilis aumento en títulos de la prueba no treponémica 4 veces o de 2 diluciones con respecto a la prueba inicial.</p> <p>b. Gestante o mujer en puerperio que recibió Tto adecuado para la Sífilis y 6 meses después los títulos de la prueba no</p> <p>c. Gestante o mujer en puerperio que recibió Tto adecuado para la Sífilis y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no</p>	<p>integral de la sífilis gestacional y congénita, responde correctamente las 4 preguntas plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre seguimiento a la usuaria” del instrumento No. 1</p>	<p>de la sífilis gestacional y congénita, responde correctamente 3 preguntas de las plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre seguimiento a la usuaria” del instrumento No. 1</p>	<p>y congénita, responde correctamente 2 preguntas de las plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre seguimiento a la usuaria” del instrumento No. 1</p>	<p>y congénita, responde correctamente 1 pregunta de las plasmadas en el componente de “Conocimientos sobre seguimiento a la usuaria” del instrumento No. 1.</p>
---	--	--	--	--

descienden cuatro o dos diluciones. 4. Se debe administrar el tratamiento de manera semanal.				
---	--	--	--	--