ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA, DESDE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO NACIONAL EN TULUÁ - VALLE DEL CAUCA

GINARY ANDREA CUAJI PISSO

ROSA ELENA MENESES ARANA

MARIA ALEJANDRA MORAN OSORIO

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA

FACULTAD DE MEDICINA

TULUÁ-VALLE

2018

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA, DESDE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO NACIONAL EN TULUÁ - VALLE DEL CAUCA

GINARY ANDREA CUAJI PISSO

ROSA ELENA MENESES ARANA

MARIA ALEJANDRA MORAN OSORIO

DOCENTE ACADÉMICA

Dra. LINA MARIA MONTOYA

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA

FACULTAD DE MEDICINA

TULUÁ-VALLE

2018

Contenido

1. PROBLEMA 2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 3
2. JUSTIFICACIÓN 4
3. OBJETIVO 6
3.1 OBJETIVO GENERAL 6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6
4. MARCO TEÓRICO 7
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES 7
4.2 MARCO CONCEPTUAL 23
4.3 MARCO LEGAL 29
4.4 PALABRAS CLAVE 34
5. METODOLOGÍA 35
5.1 TIPO DE ESTUDIO 35
5.2 POBLACIÓN 35
5.3 MUESTRA 35
5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS 35
5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 35
5.6 PLAN DE ANÁLISIS 39
5.7 POBLACIÓN BENEFICIADA 43
5.8 MARCO BIOÉTICO 43
5.9 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL 44
5.10 CRONOGRAMA 44
5.11 PRESUPUESTO 45
REFERENCIAS 49

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sífilis es una infección transmitida por vía sexual o vertical, por parte de la madre al feto causada por el Treponema Pallidum. Esta enfermedad puede tener consecuencias fatales tanto para la madre como para el feto, pero si estas son diagnosticadas y tratadas a tiempo previenen complicaciones a corto y largo plazo.

A nivel mundial la sífilis ha sido considerada una de las enfermedades de transmisión sexual que más ha acaecido en la salud materno fetal, puesto que no solo está relacionada con factores de virulencia propias del Treponema Pallidum, sino también de factores de riesgo relacionados directamente con la madre como las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios de salud, las conductas sexuales y reproductivas, los métodos de planificación e incluso las políticas que sostiene el Estado para la propagación de medidas que contrarresten su expansión entre la población.

Según las OMS, tan solo en América latina y el Caribe en el año 2007 se reportaron 3’000.000 de casos en donde apenas se inicia el uso de pruebas rápidas. Dentro de los objetivos del Milenio se encuentra reducir la sífilis congénita a menos de 0.5% por mil nacidos vivos incluidos los mortinatos para el año 2015 y este es precisamente el objetivo por el cual se estableció nuevos métodos de tamizaje e inicio de la implementación en pruebas rápidas para la detección de Sífilis en la mujer embarazada (2014). (1)

Actualmente a pesar de contar con la implementación de nuevas guías (2014) aportadas por el ministerio de salud de Colombia para el diagnóstico y tratamiento de sífilis congénita y gestacional, aún no se llegan a las metas propuestas. Datos recientes aportados por los sistemas de notificación colombianos (SIVIGILA) muestran cifras a nivel nacional que durante los años 2011 y 2015 reportan casos muy por encima del objetivo para el cual debería estar Colombia. Una de las posibles causas puede ser una falla en la aplicación metodológica de las guías, que por medio de los hallazgos de este estudio puede confirmarse o no dicha tendencia.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Cuál es el comportamiento de la sífilis gestacional y congénita desde la implementación de la guía nacional 2014 en el Municipio de Tuluá.

2. JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia la sífilis gestacional y congénita han tomado gran importancia ante las entidades de Salud Pública. En el 2008 la Organización Panamericana de Salud (OPS) planteó como objetivo la eliminación de la sífilis congénita, por lo cual se creó el Plan de Acción para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en las Américas para el año 2015, el cual fue aprobado en el año 2010.

Dentro del plan estratégico para la eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita se tiene como meta una cifra de 0.5 casos por cada 1.000 nacidos vivos al año. (2)

Un estudio realizado por el Ministerio Nacional de la Salud en el 2017 revela que para el 2015 las cifras fueron de 1,04 por cada 1.000 nacidos vivos, a pesar de que para ese momento ya se había implementado la nueva guía de práctica clínica la cual modifica la manera en la que se diagnosticaba la sífilis gestacional denominándose TAMIZAJE REVERSO. (3)

En ese mismo estudio se observa que para el 2016 no se llegó a la meta planteada ya que se presentaron 1.06 casos por cada mil nacidos vivos, estos resultados generan grandes cuestionamientos al personal médico y al sistema de salud, ya que han transcurrido 3 años y no se ha podido cumplir la meta establecida por la OPS.
A lo largo de la investigación se encontraron múltiples factores de riesgo, los cuales acompañaban a las maternas que presentaban sífilis gestacional, tales como la edad, nivel socioeconómico, antecedentes de ITS, consumo de estupefacientes entre otros. Esto lleva a pensar que puede existir una débil intervención ante los factores de riesgo maternos. (4)

Por otra parte se puede observar dentro del mismo estudio realizado por el ministerio Nacional de Salud que para el 2014 las cifras de casos presentados de sífilis gestacional fue de 5,2 por cada 1.000 nacidos vivos y que para el 2016 fue de 6.0 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Esto muestra un claro aumento en el número de casos diagnosticados a partir del 2014 en el momento que se implementa la Nueva Guía de Práctica Clínica en la cual se introduce al sistema de salud el tamizaje reverso, dando a

entender que se aumentó la identificación de la enfermedad y siendo positivo para luego de ser diagnosticada, prevenir la sífilis congénita y así disminuir las cifras de esta y lograr la meta. (5)

Es aquí donde se encuentra el interés de investigar el comportamiento epidemiológico de la sífilis congénita en el municipio de Tuluá a partir del 2014 hasta el 2017 con respecto a la implementación de la guía, observar si en el municipio disminuyó la presentación de ésta durante el 2017 y de no ser así comenzar a identificar los factores que no permiten alcanzar la meta.

Al momento no existe base de datos que reporte las estadísticas del 2017 para el municipio de Tuluá, por lo tanto es de gran importancia obtener la información para que se lleve un reporte cronológico de las estadísticas como lo ha venido reportando el Ministerio de Salud.

Por otro lado se encuentra poca literatura que informe sobre las estadísticas detalladas del municipio de Tuluá y es imperativo que por medio de la inferencia de los números de casos presentados saber a qué se está enfrentando la población de este municipio y que tan bien se está implementando la guía en los hospitales, ya que si se está haciendo un adecuado diagnóstico de sífilis gestacional las cifras de sífilis congénita deberían disminuir. También es crucial saber si Tuluá es un municipio en alta demanda de casos de sífilis congénita en comparación con las cifras departamentales que reporta el Ministerio de Salud.

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el comportamiento de la sifilis gestacional y congénita a partir de la implementación de la guía nacional 2014 en el Municipio de Tuluá, durante el periodo 2015-2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

·Caracterizar socio demográficamente a la población de gestantes con sífilis y sus neonatos.

·Determinar cuál fue el factor de riesgo que más se relaciona con el aumento o persistencia de los casos de sífilis gestacional y congénita en la ciudad de Tuluá.

·comparar la implementación de las guías para el manejo y tratamiento de sífilis gestacional y congénita en poblaciones que a nivel mundial han logrado cumplir las metas establecidas por las entidades internacionales.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Para comenzar a hablar de sífilis y toda la problemática de salud pública que se genera por los casos presentados y para hablar de estadísticas mundiales y locales se deben tener claras ciertas definiciones sobre la sífilis, las cuales fueron tomadas de la Guía basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita del 2014 donde se define:

- SIFILIS GESTACIONAL: “Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios: CASO PROBABLE: 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 a su estadio clínico durante la presente gestación*. En todos los casos se debe solicitar prueba no treponémica (VDRL, RPR) y esta debe ser reportada en diluciones. CASO CONFIRMADO: 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 infección no tratada.”
- REINFECCIÓN: “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 4 veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.”

- SÍFILIS CONGÉNITA: “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 (Criterio por nexo epidemiológico).”(6)

Luego de tener claras las definiciones se comenzará a relatar en orden cronológico sobre la información estadística encontrada acerca de la incidencia y los factores de riesgo para la sífilis gestacional y congénita a nivel mundial, nacional y departamental a partir del 2003 hasta el 2016.

En 2003-2006 se estimaba que 12 millones de personas se infectan en el mundo cada año por sífilis, de ellas 2 millones son embarazadas y aproximadamente 25% de estos embarazos terminan en aborto espontáneo o mortinato, y otro 25% da origen a un neonato con bajo peso o infección severa, ambos asociados con riesgo aumentado de muerte perinatal. Según la OPS, en el 2003 la prevalencia estimada de sífilis en gestantes fue de 3,1 por cada 100 gestantes y en Colombia fue de 1,5 por cada mil nacidos vivos. Según el Instituto Nacional de Salud, en el año 2006 se reportaron 1428 casos de sífilis congénita al SIVIGILA en Colombia, que entre 711.450 nacimientos ocurridos en total según reporte del DANE, la tasa de sífilis congénita por cada mil nacidos vivos se situó en 2,0 para el año 2006. Pero en Antioquia para ese mismo año se reportaron al SIVIGILA 371 casos.

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia a través de NACER, Centro Asociado al CLAP/SMR-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, realiza una corrección de la cifra. Se excluyeron 66 casos mal notificados y se añadieron 22 casos de muertes perinatales asociadas a sífilis que no habían sido notificadas como caso de SC, para una cifra total de 327 casos.

El DANE reportó 94.041 nacimientos vivos en 2006 en Antioquia lo que permitió establecer una tasa de sífilis congénita de 3,47 por mil nacidos vivos en Antioquia. Según el informe del Instituto Nacional de Salud, a través del sistema de vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, fueron reportados 205 casos por Antioquia para el año 2006, pero esta cifra no es real pues no concuerda con los 371 reportados según las bases de datos suministradas por la DSSA ni con los 327 casos luego de la corrección y sigue siendo inferior al número de casos verdaderos analizados por el grupo NACER que fueron 220.

Esto implica que existen problemas de notificación y las cifras reportadas a nivel nacional no son confiables, y se supone que en realidad sean más altas, más aún teniendo en cuenta que tradicionalmente Antioquia ha sido uno de los departamentos del país con mejores procesos de salud pública y vigilancia epidemiológica. Para el año 2007 según datos preliminares de NACER, la incidencia de sífilis congénita en el Departamento de Antioquia fue de 2,5 por 1000 nacidos vivos para el periodo comprendido entre el primero de enero y el 14 de noviembre de 2007; debido a que aún no se disponían de los datos de los nacimientos del 2007, se utilizaron los nacimientos en Antioquia para el año 2006, proporcional a 10,5 meses según la publicación de indicadores básicos de la DSSA (81.451). Cabe resaltar que aun siendo esta tasa un resultado parcial del año haya disminuido significativamente, en casi una tercera parte con respecto al año anterior.

Es importante entonces basarse en otros estudios realizados en otros países en donde se cuentan con vigilancias epidemiológicas factibles y confiables o en estudios realizados dentro de nuestro país para al menos conocer más de cerca cuales son las variables que directa o indirectamente se hacen responsables en la alta morbilidad de esta enfermedad. (7)

Para iniciar a abordar el tema, los datos que se ofrecen de “Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal” demuestra que la prevalencia estimada de sífilis gestacional en América Latina y el Caribe fue 3,1 (0,4 a 6,2) por 100 mujeres evaluadas, según la OPS en el año 2003. En Perú 0,8 por cien gestantes evaluadas la incidencia de sífilis congénita fue de 0,8 por mil nacidos vivos. Los factores de riesgo asociados a sífilis en el embarazo fueron: carencias de seguros de salud, controles prenatales irregulares, pobreza, trabajadoras sexuales, usuarias de drogas ilícitas, otras infecciones de transmisión sexual, y vivir en áreas de alta morbilidad de sífilis. (8)

No muy lejos, para el 2008 en Bogotá (Colombia) se realizó un estudio denominado “SÍFILIS CONGÉNITA EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL-HOSPITAL LA VICTORIA, BOGOTÁ.” donde se presentaron 3026 nacimientos de los cuales se obtuvieron 73 casos de sífilis gestacional y/o congénita.

Con ello se logra identificar un caso de neonato de 27 semanas, muerto a los 19 días de nacido el cual presentó RCIU, hidrops, compromiso hepático y neurosífilis. Se hallaron 6 casos de mortinatos donde sus madres tenían antecedentes de sífilis en 4 de ellas, drogadicción en 21 casos siendo la patología asociada más frecuente, condilomas, 2 eran VIH positiva, trabajadoras sexuales y de diluciones mayores a 1:8. También se observó que todas tenían cifras elevadas en las diluciones al momento del parto diluciones de hasta 1:64; 2 de los 6 mortinatos presentaban RCIU. (9)

Es alarmante ver como de 73 casos de sífilis gestacional solamente 7 casos fueron considerados exitosos en el tratamiento in útero pudiendo ser las cifras más altas si se identificara a tiempo la presencia de la infección, pero se puede ver como la investigación muestra también que, de las 73 gestantes, 27 no recibieron tratamiento; 23 porque el diagnóstico se realizó al momento del parto y 4 por falla del control prenatal; 2 gestantes no recibieron tratamiento ni intraparto ni postparto. A parte, se identificaron 8 casos de muerte fetal siendo 2 por aborto y 6 por mortinatos, 58 nacidos vivos, 31 asintomáticos y 27 sintomáticos.

Se observa una alta prevalencia de RCIU y de pacientes sintomáticos y asintomáticos, generando la diferencia entre estos casos la presencia del control prenatal adecuado en las madres, puesto que entre las 58 madres se presentaron solo 10 casos de RCIU y entre 15 maternas que no tuvieron CPN se presentó RCIU en 7 fetos.

De lo anterior se puede llegar a la conclusión que la ausencia de un control prenatal así como de una control deficiente son un puentes directos al aumento en la muerte neonatal y RCIU resultado corroborado por estudios realizados en el 2008 (10).

Se observa como sólo 2 de los casos tuvieron control prenatal y aun así sus diluciones eran demasiado altas al momento del parto demostrando así la poca eficacia del tratamiento en ellas, pues se debe recordar que si el tratamiento no se realizó 30 días antes del momento del parto no hay evidencia de que éste fuera efectivo en las madres, por lo cual pudieron pensar que en estas gestantes pudo pasar esto, realizando un tratamiento inadecuado. Se encontró que de 6 casos solamente 2 habían asistido a CPN y que los 6 casos tenían títulos por encima de 1:8 al momento del parto (11).

En medio de la investigación se encontró que 3 gestantes presentaban FTA ABS IgM negativa con evidencia de infección activa, el factor de riesgo en común de ellas era la drogadicción, y esto podría explicar la ausencia de la IgM puesto que la marihuana genera un estado inmunosupresor evitándose así la producción de anticuerpos y por ende una mayor progresión del treponema.

Aquí se puede ver como la drogadicción es el antecedente que está presente en todas las madres, ubicándose en este caso en el principal factor de riesgo en esta población estudiada, coincidiendo así con el artículo anterior “Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal” donde se decía que el consumo de drogas ilícitas era un factor predisponente a la enfermedad. Y así se suma que también hubo ausencia de control prenatal en la mayoría de los casos. (12)

El artículo “Diagnóstico situacional de sífilis materna y sífilis congénita en las 28 maternidades de la red de establecimientos del Ministerio de Salud durante el año 2009“. Plan para la Eliminación de la Sífilis Congénita en América”. Dentro de dicho plan, ha sido definida como una estrategia clave la detección y el tratamiento de la embarazada que adolece de sífilis materna. Esta estrategia incluye el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción del control prenatal temprano y, la disminución del riesgo de reinfección mediante el tratamiento de las parejas sexuales y la consejería sobre el uso del condón.

El Instituto Nacional de Colombia del Sistema de Vigilancia de la Salud (Sivigila), para el 2011 la incidencia de la sífilis congénita en Colombia fue de 2,9 casos por 14000 nacidos vivos , cifra que es alarmante , por ejemplo en el estudio denominado “Epidemia de sífilis gestacional en la costa pacífica Colombiana”, específicamente Buenaventura, reporta que al mismo tiempo de los problemas relacionados con la implementación de las políticas de detección y tratamiento precoz de las usuarias se suman problemas de infraestructura que impiden una adecuada atención, y es así como varía de país a país , de departamento a departamento las tasas y las cifras por las que se representa la sífilis gestacional.

No es lo mismo que una ciudad tenga hospitales con niveles de atención en donde se pueda acceder a todos los servicios, a que los usuarios de estas ciudades tengan que esperar por resultados de exámenes o por órdenes para recibir los tratamientos a tiempo

y es aquí donde la tercerización entra en protagonismo. Buenaventura a groso modo representa el 6,6% de todos los casos en el país. Cuando la meta del 2011 era de 2.2 casos por cada 1.000 personas. (13)

Existen factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita. Entre ellos se encuentran: la percepción errónea de algunos proveedores de servicios de salud que la sífilis materna y congénita no tienen consecuencias graves, lo que impide la búsqueda exhaustiva de casos para su tratamiento oportuno y adecuado; el acceso insuficiente a los servicios de control prenatal; y el estigma y la discriminación asociados a las ITS, buena parte de la problemática de la implementación de las medidas de detección y tratamiento en esta población de Buenaventura están siendo ineficientes en el sentido que los programas están diseñados para los funcionarios, y no tienen en cuenta cual es la problemática social y económica por la que pasan las mujeres que consultan en sus centros de servicios.
El realizarse las pruebas y tener acceso a una nueva cita de control para iniciar el tratamiento según los resultados obtenidos, genera más costos a las pacientes por lo cual optan por abandonar o ni siquiera iniciar los tratamientos, situación no muy diferente se vive en Brasil: donde se tienen en cuenta factores que involucran más el entorno social, educativo y el rol de las parejas en la transmisión y control de la enfermedad desde distintos estadios de la enfermedad; dentro de los análisis registrados se encontró que la tasa fue mayor en mujeres que tiene una escolaridad menor de 9 años con lo cual genera menos posibilidad de que puedan conocer lo que implica tener la enfermedad, los cuidados y los que acarrea dentro de la vida sexual y reproductiva de la mujer así como el adecuado uso de los métodos anticonceptivos de barrera. las mujeres más vulnerables son aquellas que además de ser menores de edad, son primigestas e influenciadas por la cultura machista lo que a la larga le impide tomar decisiones sexuales y reproductivas de forma autónoma en base a su educación y a sus planes de vida.

El tener más de una pareja sexual, o el no vivir con la pareja con la que sostienen relaciones sexuales, son aspectos que en otros estudios no han sido relevantes, pero que poco a poco en nuevas publicaciones se adentran a la verdadera problemática que viven las comunidades (14).

Como ya se sabe, ha sido una tarea difícil el reducir las tasas de incidencia de sífilis congénita y gracias a la intervención educacional que se implementó, incrementó significativamente el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la sífilis y colaboró para la reducción de la tasa de transmisión vertical de la enfermedad. “En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) preconiza la prevención de la ocurrencia de ese evento centinela y ofrece diagnóstico y tratamientos gratuitos para la población, con destaque para las políticas públicas dirigidas a las embarazadas y sus compañeros sexuales”. Cabe destacar que aún existe un creciente número de casos de sífilis congénita, muertes fetales, abortos y diversas secuelas irreversibles para los recién nacidos, provenientes de esa infección que es evitable. Se trabajó evaluando la eficiencia de la propuesta educacional en el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la sífilis (15).

Para recolectar datos, el material utilizado para evaluación de la intervención educacional fue un cuestionario, el cual fue dividido en dos partes, la primera con variables sociodemográficas y relativas la formación de los profesionales y la segunda parte con preguntas específicas sobre el conocimiento de los profesionales sobre las recomendaciones del Ministerio de la Salud de Brasil (MS) para prevención de la transmisión vertical de la sífilis, esquema de tratamiento adecuado y acompañamiento de los recién nacidos con sífilis congénita. Un test piloto del cuestionario fue realizado con seis profesionales de la Atención Primaria, apenas para perfeccionar el instrumento de recolección. (16)

También se incluyó dentro del estudio la utilización de drogas ilegales como marihuana, la cocaína, el crack por parte de la madre, o el mismo uso de estas drogas ilegales por parte de la pareja quienes tenían diagnóstico de sífilis. Las poblaciones de riesgo, en general, son usuarios de drogas endovenosas, pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y hombres que tienen sexo con otros hombres.

Dentro de los resultados se dieron asociaciones importantes socioeconómicas, como las relacionadas con los ingresos familiares, en donde existen más casos donde la familias que reciben menos de dos salarios mínimos, o en donde incluso las pacientes no presentan ningún tipo de trabajo (ocupación) o estudio; hecho que también se relaciona a la calidad de la educación , la deserción escolar, la falta de recursos para poder continuar con una carrera universitaria que no solo le proporciona a la persona una mejor calidad

de vida, sino que le proporciona unos elementos básicos que le ayudan a tener una mejor visión del autocuidado. (17)

Por otra parte, dentro de los antecedentes ginecoobstétricos de la paciente, la sexarquia antes de los 19 años (<15 años de edad en un gran elevado número de casos) se vincula a mayor cantidad de casos de reportes positivos para sífilis gestacional; lo cual intensifica la importancia de crear políticas dirigidas a los adolescentes relacionadas con una adecuada educación sexual, no solo limitada a la prevención de los embarazos (que es donde más se enfatiza) sino en el adecuado uso de los métodos anticonceptivos, y en una pedagogía dirigida al conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual y el impacto social económico y de salud que este le pueda generar en el futuro .

Parejas de las pacientes reportadas como positivas para las pruebas, no tenían un diagnóstico certero o no conocían el resultado, por lo cual el papel activo de los hombres en la tasa de reducción de la trasmisión de la enfermedad está siendo subvalorada y el papel de la mujer es casi que exclusivo, poco más o menos haciendo alusión a que las mujeres son las portadoras de la enfermedad cuando no es del todo cierto. Y es ahí donde intervienen otros elementos sociológicos en donde los hombres se han puesto en el papel ser desentendidos ante este tipo de problemáticas. La vigilancia de la tendencia en la prevalencia de la sífilis gestacional y evaluación de las intervenciones como cobertura de tamizaje, tratamiento y seguimiento serológico adecuado y de la(s) pareja(s) serán los pilares para la eliminación y control de la sífilis congénita.

El libre desarrollo de la personalidad ha permitido que tanto hombres como mujeres encuentren varios compañeros o compañeras sexuales, o incluso el bien llamado sexo casual que ensancha la posibilidad de adquirir la enfermedad o de transmitirla.

Para el año 2013 se realizó en Colombia un estudio denominado “CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LA SÍFILIS CONGÉNITA Y GESTACIONAL EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 01 DE ENERO DE 2013 A 31 DE DICIEMBRE DE 2013” donde se muestra que la realidad vivida en Brasil no está muy lejana a la que se vivía en Colombia en esa época, donde los controles prenatales eran pocos como también pasaba en Brasil.

Al realizar la búsqueda de la información se encontró un total de 152 gestantes con sífilis dentro el periodo a estudio, presentándose de ellas 33 casos de sífilis congénita y de las cuales murió uno por la enfermedad.La edad promedio de las afectadas oscilaba entre 24 y comienza a disminuir la prevalencia después de los 30.También se encontró una relación entre el nivel socioeconómico y la presentación de ésta puesto que la gran mayoría eran del régimen subsidiado (18).

Respecto a los factores de riesgo se encontró: 80.9% de los casos no presentó historia previa de sífilis, 94.1% de los casos no reporta haber tenido otra infección de transmisión sexual: 3 casos reportaron alergia a la penicilina, 78.9% había tenido de 1 a 3 embarazos, y el 40.8% de los casos reportó haber tenido uno o más abortos. La mayoría de los diagnósticos (79.6%) se realizaron durante el embarazo y 118 casos (77.6%) se le realizó al menos un control prenatal (19).

Para el año 2014, a partir de datos de Historias clínicas usadas para realizar los estudios se reportaron que en un 54,5% de las gestantes no se les realiza examen ginecológico en busca de lesiones genitales y no hay o hay poco registro de búsqueda de lesiones de piel por parte de los médicos tratantes. Una mala praxis puede conducir a que un paciente o una paciente infectada pueda propagar la infección durante su etapa primaria donde solo se encuentran lesiones en genitales sin ningún otro síntoma asociado. Hecho que poco o nada se ha estudiado, pero que debería cobrar relevancia en posteriores estudios (20).

¿Qué ha pasado con la implementación de las guías de práctica clínica de Sífilis después del año 2014? ¿Cuál ha sido la experiencia? Hasta el momento los estudios más certeros se han relacionado con algunas de las problemáticas que aquejan al sector salud, especialmente al personal que ejecuta dichas pruebas, las barreras para su aplicación y algunas dificultades concernientes con contratación de servicios IPS-EPS.

Para empezar, los profesionales entrevistados en ciudades como Bogotá y Cao (21) demostraron que existen dudas tanto con la aplicación de las pruebas (su competencia), la efectividad de las mismas y los tiempos y maneras en cómo dichas pruebas se debería de ejecutar. Es decir, para que estas pruebas se lleven a cabo en los CPN debe extenderse el tiempo de consulta, debido a las asesorías antes y después de la prueba, el tiempo de generación del resultado (aproximadamente 20 min) y sumado a esto, si la

prueba rápida resulta positiva, se debe pensar en que la paciente embarazada debe recibir un tratamiento inmediato, lo cual amplía el plazo de tiempo que se tenía estimado.

Otra barrera encontrada para la aplicación correcta de las guías de práctica clínica de sífilis, está relacionada con la administración de la Penicilina, puesto que las aseguradoras de salud son las que finalmente van a proveer dentro de sus paquetes de servicios la autorización de estos medicamentos, que son esenciales no solo para la embarazada sino también para la pareja de la misma. Por lo tanto, el tratamiento se halla dependiente de que los pagos de las PR y los tratamientos por parte de las EPS (22).
Los problemas de fondo deben ser resueltos de manera intersectorial, no son solo atribuidos a como está configurada la población o a como los profesionales de la salud se desenvuelven en el medio; sino también a cómo el Estado responde a la oferta- demanda en salud

Para alcanzar las metas es necesario que el personal de salud esté actualizado con las guías de práctica clínica, porque no es congruente tener las pruebas de tamizaje y los tratamientos si no se implementan los algoritmos. En la Ciudad de Cali Colombia un estudio determinó cuál era la percepción y el conocimiento del personal involucrado en el CPN de las pacientes infectadas con Treponema Pallidum. Los resultados son preocupantes (23).

Las diferencias de los resultados de las clínicas y hospitales públicos y privados no se evidenciaron, por el contrario, fueron resultados similares. Los bacteriólogos en su mayoría no habían considerado adoptar el esquema de tamización propuesto por las GPC del año 2014. Existen confusiones a nivel de conocimiento dentro del personal médico sobre si la Sífilis congénita era atribuible a un mal control prenatal, los tratamientos que debería recibir una mujer embarazada con tamización positiva para sífilis gestacional y la desensibilización en una paciente alérgica a la penicilina.

La mayoría de los encuestados refirió no haber participado en actividades de investigación y actualización en los dos últimos años que como se expuso anteriormente, que en Cuba por el contrario determinó tasas de éxito representado en incidencias tan bajas. Solo el 5% había participado en eventos investigativos relacionados con Sífilis (24).

En general en América Latina las problemáticas no dejan de ser similares. Se comparó por medio de un Metaanálisis el impacto de la sífilis gestacional con relación a las muertes fetales. De todos los embarazos afectados el 50% al 80% se asocian a desenlaces fatales cuando no se recibe tratamiento oportuno. Es importante tener en cuentas estas cifras, ya que en esta región se aportan 25% de los casos representados dentro de los rangos estimados por la OMS (1.36-2.0 millones de casos por Año). Los investigadores atribuyen estas cifras a que las madres fueron tratadas inadecuadamente o no fueron tratadas a pesar de tener pruebas serológicas y treponémicas estándar para su detección. Es decir otro problema que se le atribuye a la atención en salud.

El metaanálisis mostró que las mujeres con sífilis positiva tienen 6,87 veces mayor probabilidad de muerte fetal en comparación con las mujeres que no poseían ninguna de las pruebas positivas (25).

Otro estudio de este mismo (2015) año mostró la población de embarazadas que tuvieron riesgo de infectarse o estuvieron infectadas en instituciones prestadoras de servicio de primer nivel del departamento de Córdoba.

Al realizar el seguimiento de los 4 años, se observa que nunca se dejó de presentar al menos un caso de sífilis gestacional dentro de las semanas epidemiológicas manteniendo un rango de 1 a 5, esto refleja que esta patología infecciosa tiene una alta tasa de presentación en el departamento y más alarmante aún ver cómo las cifras superan lo estimado a nivel nacional presentando un rango entre 0,62 y 0,87 casos de sífilis gestacional por cada 1000 nacidos vivos en cada año en estudio (26).

La edad fue un factor importante a destacar dentro de la investigación, se observó que las madres seropositivas oscilaban entre los 15 y 39 años siendo la edad promedio 22; solo el 17% de las seropositivas son adolescentes. Es bien sabido que si el inicio de la actividad sexual está alrededor de los 12 años de edad y solo 23,9% utiliza el preservativo como medio de protección contra ITS y embarazos, hace esencial que la educación sexual sea más exigente en estos grupos poblacionales y se trabaje de mano con la disminución de la deserción escolar y la elaboración de actividades extracurriculares que promuevan el crecimiento académico, familiar y personal de la población en riesgo, no solo como prevención de Sífilis , sino también de otras enfermedades de trasmisión sexual

incluyendo el VIH. Por lo cual, una mujer que tiene mayor edad presenta menos prevalencia de estos episodios infecciosos gracias a que tienen parejas estables con las cuales sostienen una vida sexual. Aunque lamentablemente no de forma exclusiva.

En cuanto a la presentación de la enfermedad, 14% tenían antecedente de la infección, 86% fueron casos nuevos. El 97% de las gestantes fue tratada con penicilina benzatínica pero el 46% de sus parejas no fueron tratadas correctamente, por tanto otro motivo para evaluar frente a posibles causas de una no erradicación efectiva; puesto que un tratamiento solo a las maternas y no a su pareja aumenta las cifras de reinfección o la posibilidad de infectar a otras personas (27).

Otro dato de importancia fue la ubicación geográfica: la zona urbana; pues ahí es donde más se facilita el ambiente para los encuentros sexuales, 86% de los casos corresponden a esta área y 14% a la zona rural. Con estos resultados se pueden direccionar las medidas de intervención a las zonas que más impactan a las cifras y es Salud pública quien tiene un gran compromiso con esta población pues se debe minimizar en lo posible la exposición al riesgo de adquirir infecciones relacionadas con el Treponema Pallidum. Las cifras que se presentan en el departamento son alarmantes pues el resultado que se encontró fue el esperado a nivel nacional (28).

El seguimiento de la erradicación de la sífilis se ha declarado como un gran desafío para los profesionales de la salud, para las autoridades sanitarias y para la sociedad en general a lo largo de los años, y justamente por eso, este concepto precisa ser mejor elaborado en los servicios de salud. Los fracasos en el tratamiento correcto de la sífilis de acuerdo con la estadificación de la enfermedad, así como, en la realización de la titulación con VDRL para el control de cura y captación de los compañeros sexuales para comprobar, aconsejar y tratar adecuadamente destacan que la desestructuración del proceso de trabajo favorece la ocurrencia de muchas oportunidades perdidas de diagnóstico e intervención, las que posibilitaron la prevención de la transmisión vertical (29).

En el Hospital Materno Infantil de Malvinas Argentinas realizó una investigación donde se buscaba determinar cuáles eran los factores asociados con la falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna por cual se estudiaron factores maternos como (Edad, grado de escolaridad, lugar de residencia, vía del parto, antecedentes de gestas y abortos

previos, número de controles prenatales, asociación con otras infecciones de transmisión sexual, momento en el que se hizo diagnóstico de sífilis y tratamiento materno). Y factores neonatales como (Edad gestacional, peso menor a 2.500 gramos, APGAR y presencia de signos o síntomas al nacer compatibles con sífilis tales como retraso del crecimiento intrauterino, hydrops fetal, síndrome de dificultad respiratoria, meningitis, hepatomegalia, esplenomegalia, ictericia o pénfigo).

El tipo de estudio que se utilizó fue el de casos y controles para lograr obtener los datos referentes a los factores de riesgo, siendo los casos, las madres con diagnóstico de sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, y controles madres e hijos sin sífilis. Para los años 2014-2015 se presentaron 54 y 55 casos de sífilis congénita respectivamente quedando un total de 106 casos presentados esos dos años, puesto que se excluyeron 3 casos por información insuficiente. Estos 106 casos fueron divididos en dos grupos así: fallas en el diagnóstico con 66 casos detectados en el puerperio y fallas en el tratamiento con 40 casos en donde la madre fue diagnosticada de manera oportuna, pero no recibieron el tratamiento o lo realizaron inadecuadamente.

De estos casos presentados se comenzaron a estudiar las diferentes variables y comparándose con los 100 controles se encontró que la edad materna oscila entre los 14-45 años siendo en estos casos la moda los 22 años y en los controles 25 años, las madres menores de 18 años presentaron un OR de 2,31 en el grupo de falla de diagnóstico de sífilis y de 3,29 en el grupo de falla de tratamiento de sífilis materna, demostrando que a menor edad materna hay menor adherencia al tratamiento.

Otro factor al que se le encontró relación estadística fue el grado de escolaridad, ya que las madres que no tenían culminados sus estudios presentaban más sífilis gestacional que las que si tenían un grado de educación, ya que en el grupo de controles que son las madres sanas solo el 2% no había terminado sus estudios mientras que en los casos era del 6%.

Con los controles prenatales se encontró que el 57% de los casos tuvieron menos de 5 controles prenatales con comparación a los controles donde fue del 29%. “Las mujeres que realizaron menos de 5 controles prenatales tuvieron un riesgo 4 veces mayor de

presentar alguna falla en el diagnóstico de sífilis respecto al grupo control (OR: 4,83; IC 95%: 1,79-12,98).”

Para los abortos previos se vio que el porcentaje más alto estuvo en los controles con un 24% y en los casos con un 15%.

La afectación neonatal se vio altamente reflejada con el APGAR puesto que el 20% de los neonatos con sífilis congénita presentaron un APGAR bajo con respecto de los controles que solo fue del 7% y asociado a las comorbilidades neonatales también obtuvieron un porcentaje alto en casos la prematurez siendo del 11% en comparación con los controles que fue del 6% y bajo peso al nacer se presentó en casos en un 17% y en controles de un 8%.

Otro hallazgo de importancia encontrado fue el factor protector que se obtenía cuando se realizaba el control prenatal en el mismo hospital donde se atendía el parto ya que se ha visto mayor adherencia al tratamiento y al diagnóstico oportuno ya que las madres tienen mayor facilidad de acceder al laboratorio y no se genera ningún tipo de retraso en el reclamo o entrega de resultados para así continuar el proceso.

Siempre se tendrá presente que la educación sexual a menores y adolescentes es un pilar fundamental para la prevención de embarazos no deseados y prevención de infecciones de transmisión sexual y en el caso de adquirirlas crear conciencia de que se debe realizar adecuado tratamiento. Importante también educar a la pareja ya que la reinfección a las maternas es de gran problemática porque muchas veces ellas cumplen el tratamiento pero son sus parejas las que no lo cumplen aumentando la tasa de sífilis congénita por reinfección

Por otro lado recientemente La revista Cuidarte publicó un reporte respondiendo al porqué en Colombia aún se estiman tasas altas de infección por treponema Pallidum, solo en 2010 de los 240 casos que se reportaron de sífilis 65,4% correspondían a Sífilis Gestacional (30).

Relevante , es que es que existe una débil función de vigilancia y control por parte de los entes territoriales de salud en Colombia, en donde las políticas de control de

enfermedades infecciosas de transmisión sexual son políticas pasivas en donde después de que el usuario recibe el tratamiento para cualquier ITS se le es abandonado, sin ningún tipo de seguimiento o control pos tratamiento, esto se relaciona en que siete de cada diez (7:10) compañeros sexuales de las mujeres identificadas como seropositivas no acudieron para control y tratamiento (31).

Ya en 2017 se dio a conocer casi uno de los últimos reportes de un estudio realizado en la India, un país del sudeste asiático en el año 2011, inició un estudio retrospectivo para determinar la incidencia de sífilis en el embarazo y poder evaluar así cuáles eran las repercusiones que esto conlleva a la salud materna y perinatal.

Se estudiaron 51164 maternas que asistieron al hospital Cristiano Medical College de Vellore entre el año 2011-2015 y de acuerdo con los criterios de inclusión y de exclusión se sometieron a pruebas estándar para la detección de sífilis de donde se extrajo la muestra para el estudio. Después de la realización de las pruebas estándar durante el periodo de estudio, se encontraron que 343 mujeres eran VDRL positivas y sólo 18 mujeres eran VDRL y TPHA positiva; los rangos de edad oscilan entre los 20 -39 años; se habían presentado pérdidas fetales de los anteriores embarazos en solo 5 reportes, abortos espontáneos en 3 casos, y la detección se realizó durante etapas latentes tardías. En cuanto a las condiciones médicas asociadas se halló que la diabetes gestacional y la anemia eran las enfermedades más prevalentes, las edades gestacionales en donde se hicieron los diagnósticos fueron a las 10-13-36-40 semanas y el cumplimiento de los esquemas de tratamiento 7 completaron el esquema de tratamiento, 5 casos con tratamiento incompleto, y 6 pacientes fueron no tratadas (32).

En este sentido y observando los datos obtenidos en diferentes países y las diferentes problemáticas que cada uno planteó dentro de sus estudios e investigaciones, hay que tener en cuenta también a regiones y países que han logrado alcanzar la meta propuesta por la OMS para la eliminación de la sífilis congénita sífilis CUBA es un referente importante, no solo por ser un País socioculturalmente parecido a Colombia, sino por la similitud de las problemáticas que inciden directamente en la persistencia de la incidencia de Sífilis Congénita y gestacional en la población colombiana.

A lo largo de la historia de Cuba se realizaron congresos y capacitaciones tanto nacionales e internacionales que permitieron que no solo los profesionales de la salud se enriquecieron en cuanto a nuevos tratamientos y regímenes a seguir, sino también en la creación de estrategias eficientes para la disminución de la incidencia y la eliminación materno infantil de la sífilis. Y las cifras hablan por sí solas; tasas de mortalidad de 0.3% por 100.000 habitantes a 0.0% por 100.000 habitantes para el año 2014 y la incidencia de sífilis congénita de 0.0 a 0.04 por 1000 nacidos vivos. Todos los resultados obtenidos han sido efecto de una esfuerzo constante, así, como de la voluntad del Gobierno de Cuba para la ejecución de los proyectos que condujeron a ese fin (33).

Claro, bien se tuvieron que enfrentar a las variables sociodemográficas que influyen directamente en los números de casos que se registraban en los centros hospitalarios y que eran reportados a los sistemas de Vigilancia Epidemiológica. Un estudio de casos y controles relaciona que la incidencia de sífilis gestacional se corresponde con variables como: la no protección durante las relaciones sexuales (OR 2.1) (95.3%), antecedentes de infección de transmisión sexual (OR 2.3) (53.5%), e inestabilidad de la pareja en los últimos 12 meses (OR 2.4) (72.1%) (30).

Relación importante porque puede guiar a cuáles pueden ser las variables más representativas que consiguen influir en los resultados del estudio a realizar en la ciudad de Tuluá.

En conclusión, a pesar de las diferentes estrategias que se manejan para el diagnóstico y tratamiento en cada país, e incluso dentro de la misma Colombia la problemática es similar: una mala adherencia al tratamiento, no porque no exista, y mucho menos porque no sea efectivo, sino porque las entidades sanitarias no ejercen un control sólido, estricto y eficaz sobre los pacientes reportados positivos para la infección.

Además de esto, el Estado debe promover políticas que no solo permitan que cada persona pueda acceder a todos los servicios en salud sino que se le garanticen los derechos fundamentales que están consagrados en la constitución para su libre y adecuado desarrollo; porque el problema no solo provienen del sistema sino también de las mismas conductas riesgosas que sostienen las personas en el ámbito sexual o dentro de las mismas condiciones individuales que tienen las personas para poder acceder a los

servicios de salud. No es solo una política centralizada a la salud, sino múltiples problemas y barreras intersectoriales como de infraestructura, de educación, de políticas de seguimiento a cada uno de los grupos de edades en riesgo, de promover promoción y prevención dentro de cada una de las comunidades expuestas a factores de riesgo que incrementan la posibilidades de terminar en un desenlace fatal: la mortalidad neonatal e incluso materna.

Sin duda, las cifras de presentación son muy altas y que a pesar de que la sífilis gestacional y congénita son de notificación obligatoria y que el sistema de salud está trabajando en pro a disminuir la presentación de los casos es ineficiente y estos resultados lo corroboran. Se considera que actualmente la sífilis gestacional es infrecuente en nuestro medio sin embargo se considera que debido al fenómeno migratorio actualmente ha incrementado la prevalencia y el número de casos.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

4.2.1 EDAD

Con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Tiempo que ha vivido una persona, animales o vegetales. Es de tipo cuantitativa y la escala de medición es intervalo. (34)

4.2.2 NIVEL SOCIOECONÓMICO

Jerarquía que tienen una persona o grupo con respecto al otro, usualmente se mide con los ingresos que tenga el individuo o grupo y otros factores como educación y ocupación. Nuestro proyecto será dirigido a la clase media baja y baja.
A/B: Clase Alta: Es el segmento con el más alto nivel de vida. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado básicamente por individuos con un nivel educativo de Licenciatura o mayor. Viven en casas o departamentos de lujo con todas las comodidades.

C+: Clase Media Alta Este segmento incluye a aquellos que sus ingresos y/o estilo de vida es ligeramente superior a los de clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de Licenciatura.

Generalmente viven en casas o departamentos propios algunos de lujo y cuentan con todas las comodidades.

C: Clase Media: Este segmento contiene a lo que típicamente se denomina clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de preparatoria principalmente. Los hogares pertenecientes a este segmento son casas o departamentos propios o rentados con algunas comodidades.

D+: Clase Media Baja: Este segmento incluye a aquellos hogares que sus ingresos y/o estilos de vida son ligeramente menores a los de la clase media. Esto quiere decir, que son los que llevan un mejor estilo de vida dentro de la clase baja. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de secundaria o primaria completa. Los hogares pertenecientes a este segmento son, en su mayoría, de su propiedad; aunque algunas personas rentan el inmueble y algunas viviendas son de interés social.

D: Clase Baja: Este es el segmento medio de las clases bajas. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria en promedio (completa en la mayoría de los casos). Los hogares pertenecientes a este segmento son propios o rentados (es fácil encontrar tipo vecindades), los cuales son en su mayoría de interés social o de rentas congeladas.

E: Clase más Baja: Es el segmento más bajo de la población. Se le incluye poco en la segmentación de mercados. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria sin completarla. Estas personas no poseen un lugar propio teniendo que rentar o utilizar otros recursos para conseguirlo. En un solo hogar suele vivir más de una generación y son totalmente austeros. (35)

4.2.3 ESTADO CIVIL

Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio que se hace constar en el registro civil y que delimita el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a personas naturales. (36)

4.2.4 ETNIA

Tendremos en cuenta en nuestra recopilación de datos a las razas: Mestiza, afrodescendiente e indígena. El concepto de grupos étnicos es utilizado en las ciencias sociales para hacer referencia a los diferentes conjuntos de personas que conforman a la Humanidad y que son los responsables de que los seres humanos presentan notables diferencias entre sí no sólo a nivel de los rasgos físicos (por ejemplo, el color de piel, de ojos, el tipo de cabello, la contextura física) sino también a nivel cultural (por ejemplo, las prácticas religiosas, la forma de organización social, las actividades económicas, etc.). (37)

4.2.5 EDUCACIÓN

Se llama educación al proceso mediante el cual se afecta a una persona, estimulándose para que desarrolle sus capacidades cognitivas y físicas para poder integrarse plenamente en la sociedad que la rodea. Por consiguiente, debe distinguirse entre los conceptos de educación (estímulo de una persona hacia otra) y aprendizaje, que en realidad es la posibilidad subjetiva de incorporación de nuevos conocimientos para su aplicación posterior. El sistema educativo colombiano lo conforman: la educación inicial, la educación preescolar, la educación básica (primaria cinco grados y secundaria cuatro grados), la educación media (dos grados y culmina con el título de bachiller), y la educación superior. (38)

4.2.6 ÁREA

Debido a que todas las regiones son “creadas” o “reconocidas” por el hombre, hay especialistas que definen las regiones geográficas como las áreas donde se desarrollan ciertas actividades humanas de acuerdo con las características del territorio. En este sentido, una región geográfica se asocia a un modo de vida posibilitado por la fisonomía de la geografía del terreno.

Área urbana: Se caracteriza por estar conformada por conjuntos de edificaciones y estructuras contiguas agrupadas en manzanas, las cuales están delimitadas por calles, carreras o avenidas, principalmente. Cuenta por lo general, con una dotación de servicios esenciales tales como acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, hospitales y colegios, entre otros. En esta categoría están incluidas las ciudades capitales y las cabeceras municipales restantes.

Área rural o resto municipal: Se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás. Tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas. (39)

4.2.7 OCUPACIÓN

Trabajo, empleo u oficio. (40)

4.2.8 DEMORAS EN SALUD

·DEMORA 1. Reconocimiento del problema: Reconocimiento de los factores de riesgo por la mujer embarazada durante la gestación (signos y síntomas de peligro)

·DEMORA 2. Oportunidad de la decisión y de la acción: Presencia de inconvenientes familiares, culturales, económicos para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica.

·DEMORA 3. Acceso a la atención / Logística de referencia: Inaccesibilidad geográfica o por orden público, falta de estructura vial y de comunicaciones, factores económicos que dificultan el traslado, remisión oportuna

·DEMORA 4. Calidad de la atención: Tratamiento médico adecuado y oportuno, calidad de la atención prenatal en cuanto a identificación del riesgo, evaluación y cumplimiento de protocolos, deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados etc. Programas de promoción y prevención ineficientes, inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante, atención en niveles no acordes a su gravedad, calidad de los apoyos diagnósticos (ecografías, exámenes de laboratorio etc) (41)

4.2.9 SÍFILIS GESTACIONAL

Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis, con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución. La reinfección se presenta en 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 de 4 veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial (42).

4.2.10 SÍFILIS CONGÉNITA

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.

Los esquemas antibióticos específicos son los dos siguientes: Penicilina Cristalina G acuosa 100,000 a 150,000 unidades/kg/día intravenosa, administrados en dosis fraccionadas de 50,000 unidades/kg cada 12 horas durante los 7 primeros días de edad, y cada 8 horas después, por un total de 10 días (43).

4.2.11 CONTACTO SEXUAL

Contacto entre personas para las que el principal motivo es el sexo (44).

4.2.12 SEXARQUIA

Edad a la que una persona inicia las relaciones sexuales (45).

4.2.13 ANTECEDENTE DE ETS O EPI

Infección de transmisión sexual provocada por virus, parásitos o bacterias (46).

4.2.14 INMUNOSUPRESIÓN

Supresión o disminución de las reacciones inmunitarias. Puede ser debida a la administración deliberada de fármacos inmunosupresores, empleados en el tratamiento de enfermedades autoinmunes, o en receptores de órganos trasplantados para evitar el rechazo. (47)

4.2.15. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Se considera todo psicoactivo a toda sustancia química que, al introducirse por cualquier vía (bucal o nasal) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central(compuesto por el encéfalo y la médula espinal) y que ocasiona cambios específicos en sus funciones.

Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones (48).

4.2.16 COMPAÑEROS SEXUALES

Conjunto formado por dos personas que mantienen una relación sentimental o sexual (49).

4.2.17 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA

Son objetos que bloquean el esperma y ayudan a prevenir un embarazo e infecciones de transmisión sexual (50).

4.2.18 CONTROL PRENATAL

Conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional. (51)

4.2.19 VISITA DE CAMPO

Trabajo de campo es parte de un proyecto de investigación donde se lleva la teoría al entorno donde se aplica o identifica.

El trabajo de campo, también se refiere al tipo de trabajo que se debe hacer en terreno, o sea, donde el trabajador debe transportarse hacia un lugar que no es su lugar habitual o fuera de su oficina. (52)

4.2.20 TULUÁ

Desde el punto de vista de las coordenadas geográficas, se encuentra a 4° 05’ de latitud norte y 76° 12’ de longitud occidental. Tuluá está ubicado en la zona Centro del Departamento Del Valle del Cauca a 102 km. De Cali, a 172 km de Buenaventura y a 24 km de Buga. Geográficamente el núcleo urbano se encuentra enclavado en el valle que conforman los ríos Tuluá y Morales. Su territorio jurisdiccional abarca numerosos pisos térmicos por lo cual se distinguen cuatro zonas fisiográficas: La zona Plana, el Pie de Monte de la cordillera Central, la Media y la Alta Montaña. La cabecera municipal está a 960 msnm, en la zona plana y 4.400 metros de altitud en los páramos de Barragán y Santa Lucía. El Municipio de Tuluá ocupa un territorio de 910.55 km² (91.055 ha) de los cuales

el 98,78% equivale al área rural y el 1,22% equivale al área urbana; a una altura promedio de 973 metros sobre el nivel del mar y temperatura media de 24 °C en la zona Urbana.

Límites:

Oeste: Río Cauca y Municipio de Riofrio; Este: Municipios de Sevilla y Chaparral, en el Departamento del Tolima; Norte: Municipios de Andalucía y Bugalagrande; Sur: Municipios de Buga y San Pedro. Extensión total: 910.55 km2 Extensión de Área Urbana: 11.11 km2 Extensión Área Rural: 899.44 km2 Altitud del Área: 960 msnm hasta la máxima rural de 4.400 msnm en los páramos de Barragán y Santa Lucía. (53).

4.2.21 UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA

Conocida como la UCEVA es una Institución Universitaria Pública de Educación Superior, creada por el Acuerdo No. 24 de junio de 1971, del Concejo Municipal de Tuluá- Valle del Cauca, Colombia. La Unidad Central del Valle del Cauca se encuentra ubicada en el sur de Tuluá en la Carrera 27 A No. 48 - 144 Kilómetro 1 salida sur, Ruta Nacional 25. La aprobación por parte de Ministerio de Educación de los programas de Administración de Empresas y Contaduría se dio en 1984. En 1993 iniciaron actividades académicas el programa de Enfermería, Ingeniería Industrial e Ingeniería Ambiental. En 1998 se creó el programa de Medicina (54).

4.3 MARCO LEGAL

Constitución política de Colombia de 1991: Que los derechos sexuales y reproductivos como Derechos Humanos están desarrollados en la Constitución Política, así: Artículo 13. Derecho a la igualdad y no discriminación de todas las personas; Artículo 15. Derecho a la intimidad personal y familiar de mujeres, hombres, jóvenes, niños y niñas; Artículo 16. Derecho al libre desarrollo de la personalidad; Artículo 18. Derecho a la libertad de conciencia; Artículo 42. Derecho de la pareja a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos

Ley Nº 823 de 2003, mediante la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres, señala en su artículo 6º que “El Gobierno ejecutará acciones orientadas

a mejorar e incrementar el acceso de las mujeres a los servicios de salud integral, inclusive de salud sexual y reproductiva y salud mental, durante todo el ciclo vital, en especial de las niñas y adolescentes"; además de establecer que el Gobierno ejecutará programas para "preventivamente reducir las tasas de morbilidad y mortalidad femenina relacionadas con la salud sexual y reproductiva, salud mental y discapacidad"

Que la Resolución 03353 de 1993 expedida por el Ministerio de Educación Nacional establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de Educación Sexual en la educación básica del país, a través de ese Ministerio;

Ley General de Educación, respalda la organización y establecimiento de la educación sexual como proyecto pedagógico, incorporado en los Proyectos Educativos Institucionales (PEI).

Ley 1257 de 2008 dictó normas sobre sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra. Las mujeres, estableciendo en su artículo 10, que el Ministerio de Comunicaciones, hoy de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, debe elaborar programas de difusión que contribuyan a erradicar la violencia contra las mujeres en todas sus formas, a garantizar el respeto a la dignidad de la mujer y a fomentar la igualdad entre hombres y mujeres, evitando toda discriminación contra ellas.

Resolución número 0769 de 2008 Actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.

Que la Corte Constitucional a través de las Sentencias T594I93, SU337I99, SU256I96, SU-480I97, T-810I04, T-618I00, T-436I04, T-220-04, T-143I05, T-349-06, T-628I07, T-295I08, entre otros fallos, clarifica y define en múltiples ocasiones los temas concernientes a la obligatoriedad del Estado en la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el SGSSS. TÍTULO I – Salud Pública, Promoción y Prevención y Atención Primaria en Salud. TITULO II – Acciones de salud pública, Atención Primaria en Salud y Promoción y Prevención.

Resolución 5521 de 2013 Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)

Ministerio de salud y protección social resolución número 00002003 de 2014 (28 may 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Resolución 518 de 2015 Por el cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).

Resolución nº 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
Acuerdo 117, artículo 172 de la ley 100 de 1993. Por el cual se determina el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones a enfermedades de interés en salud pública.

Resolución 412 de 2000 del ministerio de salud Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Resolución 0425 del 2008 Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Decreto 4875 de 2011 Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia - AIPI - y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia

Resolución 1841 de 2013 Se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2007 La política propone las líneas de acción Maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva en la adolescencia, cáncer de cuello uterino, ITS- VIH-SIDA, Violencia sexual y doméstica.

Derechos sexuales y reproductivos (1997) Pretenden garantizar libertades en materia de sexualidad humana, así como asistencia e intervenciones efectivas por parte de las instituciones de salud, en el bienestar sexual y reproductivo de las poblaciones.

Decreto 2968 DE 2010 Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Estrategias plan decenal de salud:

·Políticas públicas sectoriales e intersectoriales que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde los enfoques de género y diferencial, teniendo en cuenta los determinantes sociales para erradicar las violencias de género y violencias sexuales, prevenir las ITS-VIH-Sida y la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, promover la salud sexual y reproductiva de adolescentes y garantizar la salud materna.

·Desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, de aborto seguro, del parto y del puerperio de todas las mujeres gestantes del país, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.

·Promover la articulación intersectorial y comunitaria para la afectación de los determinantes sociales, programáticos e individuales que inciden en la epidemia de ITS - VIH / Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando

el acceso a prevención y a la atención integral en salud y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación

·Cero barreras de acceso a la atención obstétrica en el marco del proyecto de Redes integradas e integrales que incluya: aseguramiento prioritario del binomio madre hijo, seguimiento, telemedicina, asistencia comunitaria, atención prehospitalaria, hogares de paso, mejoramiento de capacidad resolutiva de las IPS y transporte efectivo. f) Vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extrema y del modelo de seguridad clínica para la atención segura de la mujer durante un evento obstétrico.

·Prevención de la transmisión madre hijo de la sífilis congénita y del VIH/SIDA.

·Actualización, difusión e implementación de Guías de atención integral en ITS -VIH/SIDA, para la detección oportuna, el tratamiento adecuado, la prevención secundaria de la infección por VIH / SIDA y la Prevención y control del riesgo biológico y bioseguridad.

Maternidad Segura Ministerio de salud y protección social:

Resoluciones 769 y 1973 de 2008. Plan Obligatorio de Salud Garantiza a través del Plan Obligatorio de Salud, una amplia gama de métodos modernos de anticoncepción.

Garantiza el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, derecho amparado a partir de la Sentencia C-355 de 2006.

Impulsa procesos de entrenamiento del recurso humano en salud, bajo escenarios de simulación, con sociedades académicas y científicas, mediante el entrenamiento en prácticas clave que salvan vidas, que consiste en entrenar a los profesionales de la salud en el manejo oportuno de las principales complicaciones obstétricas.

Desarrolla el modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema, como una herramienta de mejoramiento continuo de la calidad de la atención obstétrica, con el fin de alcanzar una maternidad segura en las mujeres que así lo deciden.

Dispone en el marco del aseguramiento y la prestación de servicios de salud, el soporte normativo suficiente, para garantizar la atención integral de las mujeres durante la gestación.

Propende por la identificación y eliminación de barreras de acceso a la salud reproductiva y a la salud sexual de las mujeres en Colombia.

Construye el Modelo de Vigilancia de Morbilidad Neonatal Extrema (VMNE), en el marco del modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema, concebida como herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad

Plan decenal dimensión salud reproductiva:

·Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género

·Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos.

4.4 PALABRAS CLAVE

Sífilis gestacional, sífilis congénita, reinfección, factores de riesgo, demoras, no adherencia.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo observacional de tipo retrospectivo.

5.2 POBLACIÓN

Mujeres gestantes y neonatos con diagnóstico sífilis gestacional y congénita notificados al SIVIGILA durante el periodo 2015- 2017 en el municipio.

5.3 MUESTRA

Se tomó muestra de una población de 11.101 partos atendidos en promedio durante el periodo 2015-2017 presentándose así: para el 2015: 3.765, 2016: 3.637 y para 2017: 3.699, presentándose 11, 18 y 22 casos de sífilis gestacional, por año respectivamente. Los casos de sífilis congénita que se presentaron fueron: 5, 5, 10 respectivamente. Con una prevalencia estimada para Colombia y el Valle del Cauca para Sífilis gestacional de 8.0 por cada 1000 NV (2016) y sífilis congénita 7.5 por cada 1000 NV (2016). Se analizaron todos los casos reportados durante los tres años asegurando una confiabilidad del 95%, un margen de error del 0.05% y una potencia del 80%

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Fichas epidemiológicas de notificación al SIVIGILA del evento 740-750 durante el periodo 2015-2017 que reposan en el archivo de la secretaría de salud municipal de Tuluá y las unidades de análisis de cada uno de los eventos a través del instrumento unificado de análisis por demoras y determinantes sociales del Instituto Nacional de Salud y Secretaria Departamental Del Valle Del Cauca.

5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Edad (cuantitativa ordinal), Área (cualitativa nominal), Afiliación a la salud (cuantitativa nominal), VDRL durante el embarazo(cuantitativa ordinal), VDRL en el parto(cuantitativa ordinal), prueba treponémica (cualitativa ordinal) , tratamiento con Penicilina (cualitativa nominal), tratamiento adecuado (cualitativa nominal), tratamiento a la pareja o contactos sexuales (cualitativa nominal), Sexarquia (cuantitativa ordinal), Antecedente de ETS o EPI (cualitativa nominal), Inmunosupresión (cualitativa nominal), No control prenatal o

preconcepcional (cualitativa nominal), Consumo de SPA (cualitativa nominal), Número de compañeros sexuales (cuantitativa ordinal), Uso de métodos de barrera (cualitativa nominal), Nivel socioeconómico (cuantitativa ordinal), Estado civil (cualitativa nominal), Estado cultura (cualitativa nominal), Educación (cualitativa ordinal), Dificultad en los accesos a salud (cualitativa nominal), Ubicación geográfica (cualitativa nominal), Etnia (cualitativa nominal).

Variable	Categoría	Escala	Detalle	Medida
Edad	cuantitativa	discreta	Número de años cumplidos	Media/Mediana/Moda/DS
Nivel socioeconómico	cualitativo	discreta	Bajo	Proporciones/porcentaje
			Medio	
			Alto	
Estado Civil	cualitativa	nominal	Soltera:1	Proporciones/porcentaje
			Casada: 2	
			Separada:3	
			Unión libre:4	
Etnia	cualitativa	nominal	Mestiza: 1	Proporciones/porcentaje
			Afrodescendiante:2	
			Indígena: 3	
Educación	cualitativa	ordinal	Analfabeta: 1	Proporciones/porcentaje
			Primaria:2	
			Bachillerato :3	
			Universitario:4	
			Tecnológico /tecnólogo: 5	
Área	cualitativa	nominal	Área rural: 1	Proporciones/porcentaje
			Área Urbana:2	
Ocupación	cualitativa	nominal	Actividades del hogar:1	Proporciones/porcentaje
			Actividades fuera del hogar:2	
	cualitativa	nominal	No:1	Proporciones/porcentaje

Dificultad al acceso a la salud			Si:2	
Afiliación a la salud	cualitativa	nominal	Contributivo:1 Subsidiado:2 PPNA:3 Excepción:4	Proporciones/porcentaje
Prueba no treponémica durante el embarazo	cuantitativa	continua	Valor en diluciones	Media/Mediana/Moda/DS
Prueba no treponémica en el parto	cuantitativa	continua	Valor en diluciones	Media/Mediana/Moda/DS
Prueba treponémica	cualitativa	Discreta	Negativa:1 Positiva:2	Proporciones/porcentaje
Tipo de prueba treponémica	cualitativa	nominal	Negativa: 1 Positiva: 2	Proporciones/porcentaje
Tipo de prueba no treponémica	cuantitativa	discreta	Negativa: 0 Positiva: 1/8	Media/Mediana/Moda/DS
Numero de dosis penicilina Benzatínica recibida	cuantitativa	discreta	Número entero de dosis recibida de penicilina Benzatínica	Media/Mediana/Moda/DS
Tratamiento a la pareja o contactos sexuales	cualitativa	nominal	Numero entero de dosis recibidas de penicilina Benzatínica	Proporciones/porcentaje
Sexarquia	cuantitativa	discreta	No: antes de los 15 Si: Después de los 15	Media/Mediana/Moda/DS
Antecedente de ETS o EPI	cualitativa	nominal	No:1 Si:2	Proporciones/porcentaje

Inmunosupresión	cualitativa	nominal	No:1 Si:2	Proporciones/porcentaje
Consumo de SPA	cualitativa	nominal	No:1 Si:2	Proporciones/porcentaje
Numero de compañeros sexuales	cuantitativa	discreta	Numero compañeros sexuales	Promedio Moda
Uso de métodos de barrera	cualitativa	nominal	No:1 Si:2	Proporciones/porcentaje
Número de controles Prenatales	cuantitativo	discreto	Si: 7-10 CPN No: < 7 CPN	Media/Mediana/Moda/DS
Primoinfección	Cuantitativo	discreto	I Trimestre II Trimestre III Trimestre	Media/Mediana/Moda/DS
Reinfección	Cualitativa	nominal	Si: 1 No: 2	Proporciones/porcentaje
Tiempo de diagnóstico (Trimestre)	Cuantitativo	discreto	I Trimestre II Trimestre III Trimestre	Media/Mediana/Moda/DS
Diagnostico Neonatal	Cualitativo	nominal	Si: 1 No: 2	Proporciones/porcentaje
Tratamiento del recién nacido	Cualitativo	nominal	Si: 1 No: 2	Proporciones/porcentaje
Forma de Diagnóstico:	Cualitativo	nominal	clínico laboratorio nexo epidemiológico (inyección antes de los 30 días del parto)	Proporciones/porcentaje
Demora	cuantitativo	discreto	Tipo 1:1	Media/Mediana/Moda/DS

			Tipo 2 :2	
			Tipo 3:3	
			Tipo 4:4	
Seguimiento	Cualitativo	nominal	No: 1	Proporciones/porcentaje
			Si: 2	
Visita de campo	cualitativo	nominal	No: 1	Proporciones/porcentaje
			Si: 2	

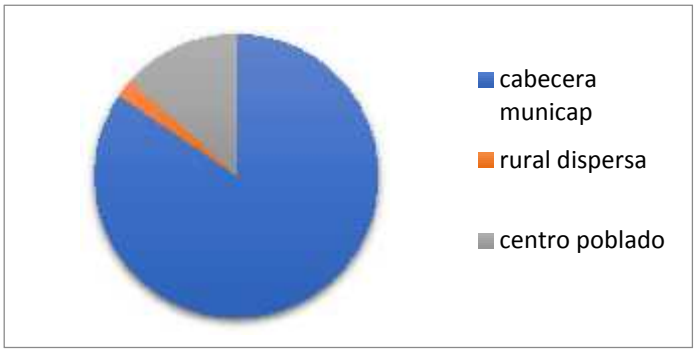
5.6 PLAN DE ANÁLISIS

Los investigadores se desplazaron una vez obtenido el consentimiento a la secretaría de salud municipal de Tuluá y se habló con el secretario de salud municipal de Tuluá para que permitiera acceder a la fuente de datos en este caso las fichas epidemiológicas y así poder realizar un análisis de los casos presentados y poder concluir la investigación. Dichas variables fueron registradas en una base de datos diseñada por los investigadores en el formato de Excel y de allí exportados al programa estadístico SPSS licenciado por la UCEVA. Esperando que los datos sigan una distribución normal se determinó de la siguiente manera: A las variables cualitativas se les realizó porcentajes y proporciones en forma detallada de cada una de ellas. A las cuantitativas se les aplicó medidas de tendencia central como media, mediana, desviación estándar y por último se realizó un análisis bivariado de los factores que más se relacionan con la no adherencia a la guía y análisis de los hallazgos de presentarse o no la no adherencia a la guía y el cumplimiento o no de la meta: dichas variables están contenidas en la ficha epidemiólogica 740 y 750 donde a través de la diferencia determinada entre la semana de gestación de realización de la prueba treponémicaa y la prueba no treponémica, fecha de aplicación de la penicilina, tratamiento a contactos, entrega de condones, inicio del control prenatal, diagnóstico del recién nacido, paraclínicos realizados se pudo determinar dicha adherencia y tiempos de oportunidad y cumplimiento de indicadores según el protocolo. Los datos que no pudieron ser recolectados por fichas incompletas o no ajustadas se tomarán de las unidades de análisis obligatorias que tiene la misma secretaria en sus archivos, de las visitas domiciliarias y fichas de seguimiento.

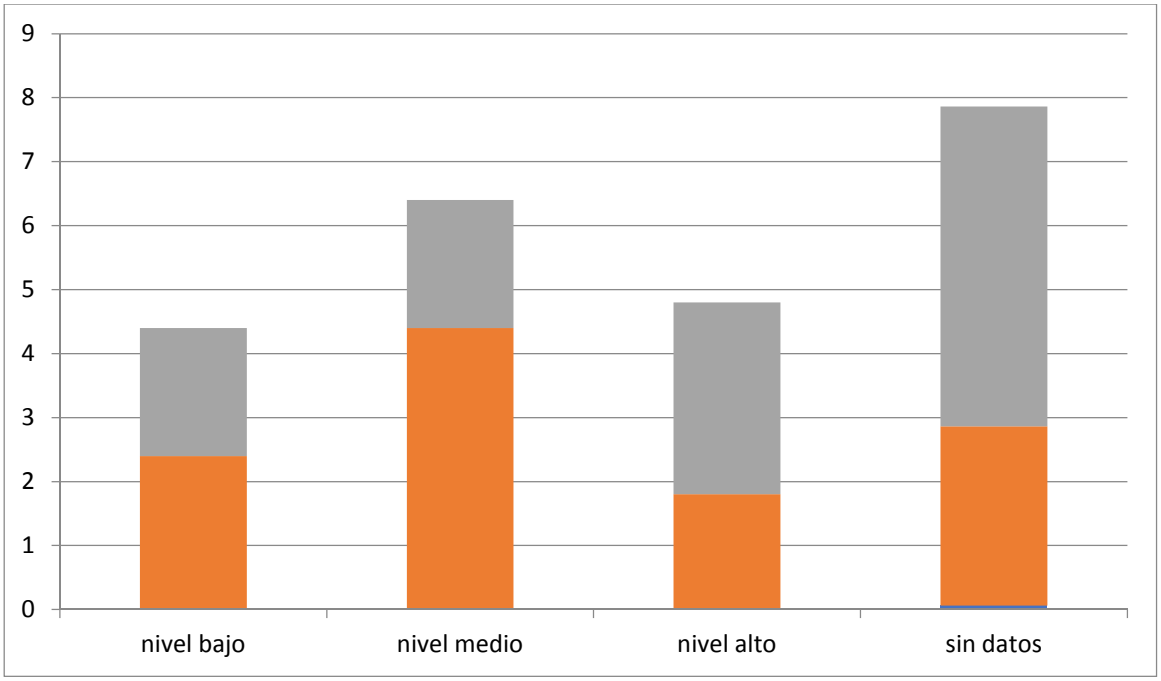
RESULTADOS

En la investigación se encontraron 67 fichas epidemiológicas de sífilis gestacional de las cuales 18 presentaron sífilis congénita. Dentro del rango de edades se encontró una mínima de 16 años (4,1%), máxima de 47años siendo solo un caso (2%) con una moda de 24 años (12%) y una media de 27años (4,1%) observándose así que la mayoría de casos se presentan después de los 18 años de edad.

Otra variable importante era el nivel sociodemográfico de las gestantes en donde se encontró que 38 (77,6%) de las gestantes se ubican en la cabecera municipal, el centro poblado contaba con 6 (12,2%) gestantes y rural disperso con 1(2%).

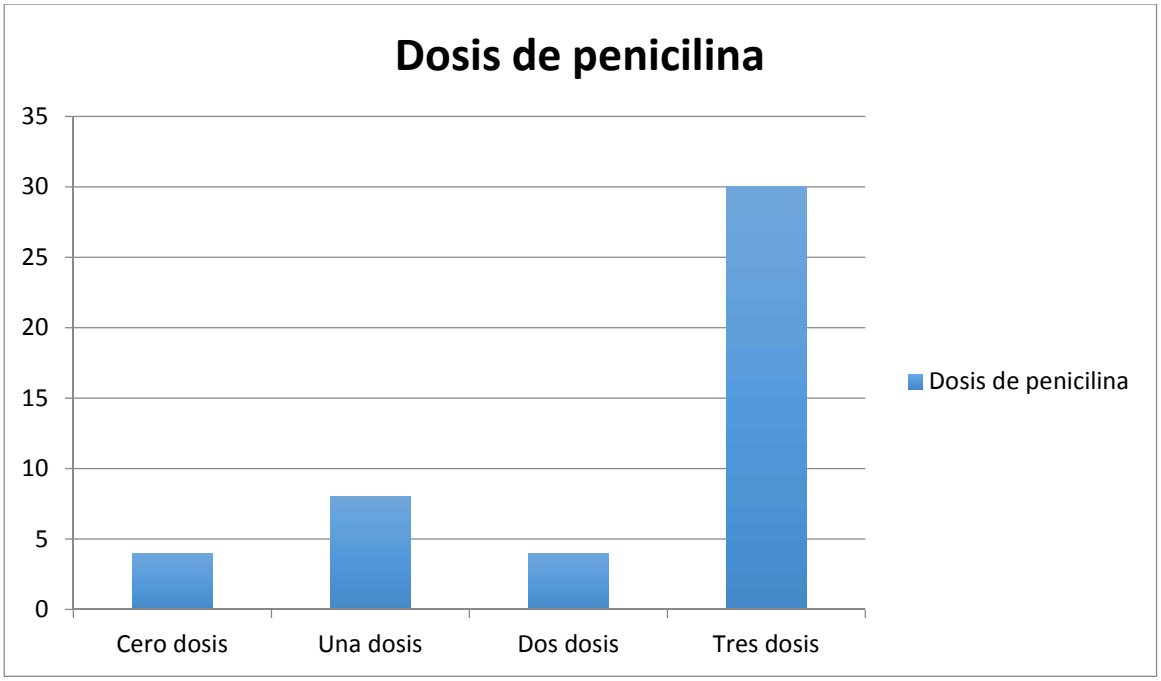


En cuanto al estrato social, los niveles en los que estaban las gestantes eran nivel bajo (1-2) en un 40,8%, nivel medio 3-4 en un 30,6% y tres gestantes no tenían registro.



Al comenzar a estudiar las variables clínicas se identificó la edad gestacional a la realización de la prueba no treponemica donde la media encontrada fue de 25 semanas con una desviación estándar de 11, es decir que las semanas gestacionales oscilaban entre las 14 y 36 semanas. Teniendo como resultado de las pruebas un mínimo de 1DILS y un máximo de 64DILS.

Otras dos variables a estudio fueron la edad gestacional al momento de realizar la prueba treponémica en donde se encontró una mínima de 5 y una máxima de 42 semanas, en lo que se pudo concluir que es ineficiente el momento en cual se está diagnosticando la sífilis gestacional, ya que a las 42 semanas no es el tiempo adecuado para iniciar el tratamiento porque debería realizarse 30 días ante parto para que sea eficiente, por ello se tomó como dato importante el valor de DILS en la prueba no treponémica intra parto obteniendo una mínima de 2 y una máxima de 128DILS. Estos resultados generan la duda frente al tratamiento de las gestantes por lo cual se investigó el número de dosis administradas de penicilina a las maternas para verificar si estaban cumpliendo con el esquema completo en lo que se encontró una cifra mínima de dosis de cero (0) y una máxima de tres (3) interpretando así, que 4 gestantes (8,2%) no tuvieron tratamiento, 8 gestantes (16,3) solo obtuvieron 1 dosis, 4 gestantes (8,2%) se aplicaron hasta la segunda dosis y 30 (61,2%) se realizaron el esquema completo de tratamiento.

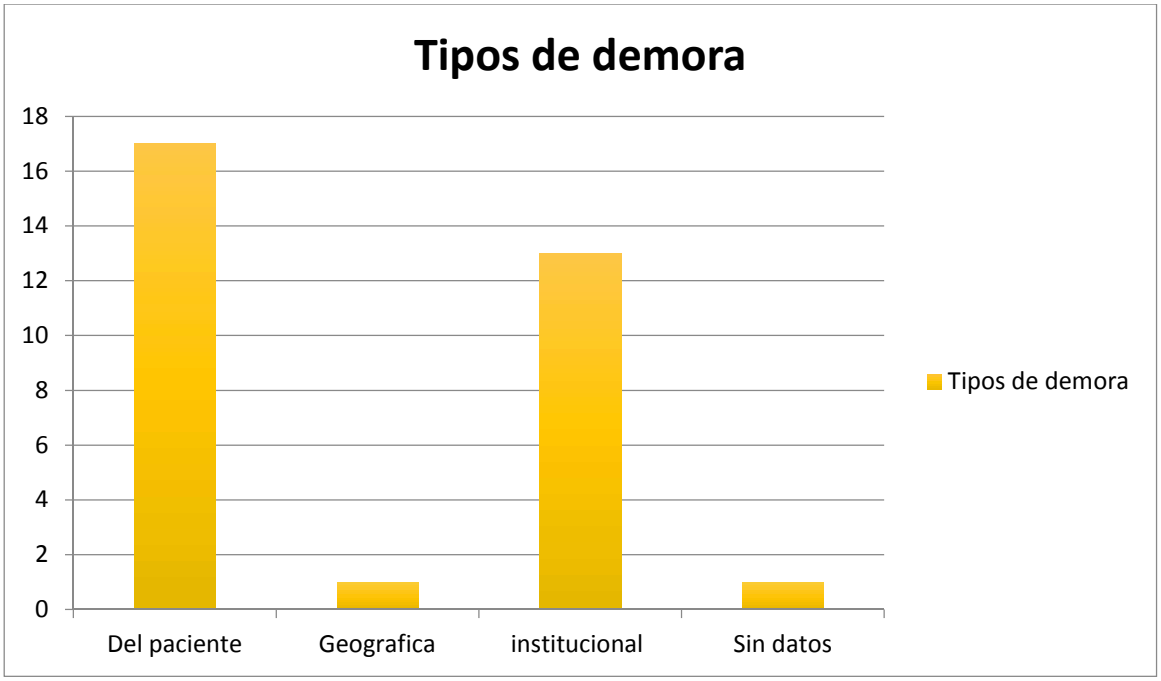


Un dato que complementa a la variable de edad de gestación en la que se hizo el diagnóstico es la edad gestacional en la que se comenzó el tratamiento, encontrándose una mínima de 3 semanas de gestación y una máxima de 40 semanas con una desviación estándar de 12; esto refuerza la teoría de que un diagnostico tardío es directamente proporcional a un tratamiento tardío, por cuál no sería efectivo aplicar la primara dosis de penicilina en la última semana de gestación ya que dicho anteriormente se deben aplicar mínimo 30 días antes del parto para su efectividad.

Los resultados encontrados en la realización de la prueba no treponémica del recién nacido fueron de una mínima de 2 DILS y una máxima de 32 DILS y encontrándose una dosis mínima en su tratamiento de 20 y una máxima de 23 dosis.

Otro dato de importancia son los numero de controles prenatales realizados por las maternas encontrándose que el 20% de maternas jamás se realizaron un control prenatal (0) siendo el mínimo y maternas que se realizaron hasta 10 (10%) siendo este el máximo de controles prenatales realizados. Uno de los datos más importantes en esta investigación son los resultados referentes al tipo de demora que presentaban las gestantes encontrando que la demora tipo 1 (del paciente) se presentó en un 34,7% (17), geográfica (1) del 2% e institucional del 26,5% (13).

Con estos datos se puede identificar cuáles son los factores de riesgo en el municipio de Tuluá que impiden la correcta aplicación de la guía, ya que los porcentajes más altos se encuentran en el paciente y en la institucional haciendo referencia en que las fallas son del paciente por no asistir a los controles prenatales como ya se analizó en las variables anteriores y en el incorrecto diagnóstico y tratamiento de las gestantes.



Durante la investigación se modificaron distintas variables ya que al momento de ir a recolectar los datos no se encontró suficiente información.

5.7 POBLACIÓN BENEFICIADA

Población futura en general, en especial mujeres en edad fértil o que estén en un control prenatal establecido, los neonatos y el mismo ente de control y vigilancia (Secretaría de salud) para realizar planes de intervención oportuna para disminuir la incidencia y cumplir con la meta mundial.

5.8 MARCO BIOÉTICO

El presente trabajo “análisis epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita, a partir de la implementación del protocolo nacional en el municipio de Tuluá valle del cauca” cumplió con los criterios de la bioética: Se respetó el principio de autonomía, al requerir un consentimiento informado que fue dado al representante legal de dicha dependencia, custodio de la información allí contenida. El estudio careció de riesgo, pues se trató de un estudio descriptivo donde no se estuvo en contacto directo con personas, si no de datos que fueron obtenidos de una base o plataforma que reposa en los archivos de la secretaria de salud municipal, como lo estipula el Articulo 11 Capitulo 1 de la resolución 8430 de 1993 El proyecto va a ser sometido a valoración por el comité de Ética de La UCEVA, los investigadores expresaron claramente que careció de conflictos de intereses, cuyo único

fin fue con fines investigativos y beneficio social, en pro de mejorar la oportunidad en el diagnóstico e intervención de dicha patología en las gestantes y sus neonatos. (55)

5.9 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL

Según el principio 4 de la declaración de Río de Janeiro “a fin de alcanzar el desarrollo sustentable, la protección del medio ambiente deberá constituir parte integrante del proceso de desarrollo y no podrá considerarse como una forma aislada” y Según la declaración de Estocolmo, El hombre tiene el deber y la obligación de proteger y mejorar el medio ambiente para la generación presente y para las futuras generaciones, por lo cual se planificaron, y se ordenaron los recursos a utilizar llevando al mínimo de consumo de materiales y se promovió la reutilización de los mismos; y de los recursos que no fueron renovables se dio una utilización racional y posteriormente se realizó un adecuado manejo que no impactó negativamente, ni causó daños irreparables al medio ambiente. Como investigadores nos comprometimos a utilizar papel reciclado y utilizamos un mínimo de hojas posible relacionado con cartas de presentación y consentimientos informados. El resto de información se manejó por medio electrónico. (56)

5.10 CRONOGRAMA

	Mes	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
ACTIVIDADES	Árbol del problema	X										
	Búsqueda de artículos	X	X	X								
	Construcción del marco teórico		X	X	X							
	Aprobación de instituciones y comité de ética											

	Proyecto de trabajo de campo							X				
	Socialización											X

5.11 PRESUPUESTO

ARTÍCULO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Costo de investigadores	64 horas	$27.900	$1.785.600
Transporte	16	$8.000	$128.000
Computador	1	$1.300.000	$1.300.000
Fotocopias	4	$100	$400
Resma de papel	1	$9.600	$9.600
Uso de internet	0	0	0
Hora cátedra del docente	20 horas por asesoría	$35.000	$700.000
Total			$3.923.600

5.12 CONCLUSIONES

1. A nivel social se puede interpretar por medio de las edades que en el municipio de Tuluá no hay una alta tasa de sífilis gestacional dentro de las gestantes adolescentes que comprendían el rango de edad entre los 16 y 17 años, por tanto no sería un problema de educación sexual en adolescentes.
2. Una de las dudas en la investigación era si el estado sociodemográfico de las gestantes estaría implicado en la no adherencia a las guías y ser el motivo por el cual la madre se encontraba infectada, pero luego del análisis se observó que la mayoría de ellas (77,6%) se ubicaban en la cabecera municipal, razón por la cual, el difícil acceso o la distancia no tendrían que ser excusa para no haber sido tratada.
3. Podríamos decir que con la alta tasa de casos en los bajos niveles de estrato, sería una población blanca para educación en salud sexual, ya que entre más bajo sea

el estrado social menos educación tiene la población y por tal motivo más difícil será que las gestantes acudan al sector salud para ser tratadas.

4. Diagnóstico tardío de sífilis gestacional es una de las causas por las cuales no se ha podido disminuir las cifras de sífilis congénita
5. La no aplicación del diagnóstico reverso también es otra de las causas que retrasa el adecuado y oportuno tratamiento en las pacientes.

5.13 DISCUSIONES

Desde el año 1995 se da inicio al Plan de eliminación, en el año 2000 se desarrolló la Guía de atención de sífilis gestacional para Colombia, En 2007, la OMS lanzó la guía Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Desde el año 2007 la OMS recomienda el uso de pruebas rápidas, son exámenes sencillos, que se realizan en el lugar de consulta, pueden llevarse a cabo fuera del entorno de laboratorio, con capacitación mínima del personal, sin equipo especializado y con la recolección de una pequeña cantidad de sangre mediante un pinchazo en el dedo. En el año 2008 se propuso que la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita fuera de manera simultánea. En el año 2009 se realiza en Colombia un anidado al VII Estudio Centinela de VIH en gestantes, en el que se obtuvo una prevalencia de sífilis gestacional del 1,7 % en el país. En el año 2010 el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Estrategia y el Plan de acción para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas para el año 2015. En 2014, la OMS y sus socios claves publicaron los Lineamientos sobre los procesos y criterios mundiales para la validación de la eliminación de la transmisión madre a hijo del VIH y la sífilis

Según nuestros resultados, encontramos cantidad de números de variables asociadas a la transmisión de sífilis, las cuales desempeñan un rol muy importante y significativo, se debe mejorar la calidad de atención prenatal, se debe aumentar la demanda inducida de las pruebas de sífilis, se debe clasificar adecuadamente el estadio (primaria, secundaria, latente temprana, terciaria) para dar tratamiento adecuado y oportuno, se debe mejorar la oportunidad y calidad de la notificación de casos de sífilis, se debe incrementar el porcentaje de mujeres a quienes se les realiza la prueba de detección de sífilis en el CPN, Reducir el porcentaje de gestantes con pruebas positivas para sífilis, incrementar el porcentaje de mujeres que reciben tratamiento oportuno al tener una prueba positiva para sífilis durante el embarazo. El presente estudio, con un diseño metodológico adecuado y con una gran cantidad de pacientes, encuentra múltiples factores de riesgo y falencias en la salud pública que deben servir de alerta para futuros estudios, realizando comités de vigilancia en salud pública a nivel departamental o distrital, municipal e institucional y de ahí debe surgir un plan de mejoramiento tendiente al control del evento.

5.14 RECOMENDACIONES:

1.Mejorar datos estadísticos para lograr hacer eficiente los métodos de estudio.

2. Realizar capacitación continua y orientación a las instituciones de salud en cuanto al cumplimiento del protocolo nacional ya que es una falencia importante que no permite hacer el diagnóstico temprano.

3. Incentivar a la comunidad en mejorar tamizaje, diagnóstico y tratamiento temprano.

4. Mejorar los formatos en cuanto a las fichas epidemiológicas con el fin de ser uniformes para que en cada paciente se recolecte toda la información necesaria.

5. Implementar un nuevo método de diagnóstico de sífilis gestacional en todas las instituciones del país, ya que al interpretar las variables de edad gestacional en la que se realizó la prueba no treponémica y treponémica se observó que aún no se está realizando el diagnóstico reverso en algunas pacientes lo cual atrasa el tratamiento oportuno en ellas.

6. Enfocarse en el control efectivo de las pacientes reportadas positivas para la infección, ya que las entidades sanitarias no ejercen control firme como base en su tratamiento.

7. Promover políticas para que las pacientes puedan acceder a todos los servicios en salud en las que se incluyan buenas y efectivas políticas de seguimiento a cada grupo de edad en riesgo.

8. Promover promoción y prevención dentro de cada una de las comunidades expuestas a factores de riesgo para evitar la mortalidad neonatal y materna.

9. Es necesario elaborar programas de capacitación para las maternas enfocado a la importancia de realizar los controles prenatales completos.

10. La Secretaría de Salud debe lograr un impacto que busque crear conciencia entre los ciudadanos sobre la responsabilidad de proteger a las gestantes y a los menores de 1 año como símbolo de la vida.

11. Concientizar a toda gestante diagnosticada con sífilis sobre la importancia que radica en su efectivo tratamiento de lograr cumplir con la dosis completa a sus parejas sexuales.

12. Promover sobre los métodos de prevención, en este caso los preservativos, en la población de alto riesgo y general, través de todos los medios de comunicación.

5.15 AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el proyecto se realice con éxito, en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos principalmente a la secretaría de salud en cabeza de su secretario y a la enfermera jefe del programa de maternidad segura, por permitirnos la realización de esta meta en cuanto a la recolección de datos indispensables para el proyecto, por brindar el espacio necesario en el proceso de recolección de datos de las fichas, agradecemos a planeación, quién ayudó a desarrollar un punto en específico para la interpretación en los datos recolectados, agradecemos a la universidad por motivarnos e inculcarnos la importancia que es lograr un proyecto en investigación, a nuestra tutora por prestar el tiempo y la colaboración con sus palabras motivadoras, sus conocimientos, sus consejos y a su dedicación fue una pieza clave para desarrollar cada etapa del desarrollo del trabajo. Por último, agradecemos a la base de todo, la familia, quienes fueron un motor de arranque para motivarnos en nuestras metas.

REFERENCIAS

1.Guía de práctica clínica. Sífilis gestacional y congénita [Internet]. [consultado 19/03/18] Disponible en URL: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc%20%E2%80%93guia-completa-sifilis.pdf

2. Sifilis gestacional y congenita [internet] [consultado 08/04/18] disponible en URL: http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Capacitacin%20Sfilis%202017/Sifilis_Gestacional_y_Sifilis_Congenita_Bta.pdf

3. Ibid, pag 30

4. Concepción Amador Ahumada, Mónica Hanna Lavalle, Marilyn Villadiego Chamorro, Gestacional Syphilis: Disease of interest in public health, Córdoba Colombia 2015. [internet] [consultado 16/012/16] disponible en URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000101449

5. Guia de practica clinica. sifilis gestacional y congenita op.cit. pag 76.

6. Guia de practica clinica. sifilis gestacional y congenita op.cit. pag 35.

7. Julia Valderrama. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Washington, D.C. OPS, 2005 [internet] [consultado 13/04/ 2018] disponible en URL: http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf.

8. Liliana Isabel Gallego Vélez ginecóloga y obstetra. Universidad de Antioquia. reconociendo el problema de la sífilis en las gestantes [internet] [consultado 10/06/ 2018] disponible en URL: https://www.minsalud.gov.co/salud/documents/observatorio_vih/documentos/literatura_interes/sifilis-gestacional.pdf

9. Mery Y. Cifuentes-Cifuentes 1 y Cindy V. Ojeda-Enríquez. Revista de Salud Pública. Sífilis congénita en el Instituto Materno Infantil-Hospital la Victoria, Bogotá [Internet] [consultado 10/02/18] Disponible en URL: http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n3/v15n3a10.pdf

10. Ibídem p. 05

11. Ibídem p. 05

12. Edith Alejandra Pantelides- Magalí Gaudio Uso de los servicios de salud reproductiva por varones de dos ciudades argentinas [Internet] [consultado agosto 2009] Disponible en URL http://docplayer.es/67504970-Salud-colectiva-issn-universidad-nacional-de-lanus-argentina.html

13. Cruz AR1, Castrillón MA, Minotta AY, Rubiano LC, Castaño MC, Salazar JC.Gestational and congenital syphilis epidemic in the Colombian Pacific Coast.[Internet][consultado 27/02/2018] Disponible en URL https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24275735

14. María Araújo, Silvio Rocha de Freitas, Heber de Moura, Ana Soares, Raimunda da Silva. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brazil [Internet] [consultado 18/02/2018] disponible en URL: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-206

15. Ibid Página 3

16. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2845. [Inernet] [consultado Junio 2017] Disponible en URL http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-02845.pdf

17. María Araújo, Silvio Rocha de Freitas, Heber de Moura, Ana Soares, Raimunda da Silva Op.cit Página 3

18. Del Portillo Martínez Ana Eleodora, Carmona Zenem, Orta López Carlos. Caracterización clínica y epidemiológica de la sífilis congénita y gestacional en el distrito de Cartagena de indias en el periodo comprendido entre 01 de enero de 2013 a 31 de diciembre de 2013 [Internet] [consultado 23/02/2018] disponible en URL: http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2173/1/ARTICULO%20ANI%20final%20final%20con%20paginacion%20y%20arreglo%20de%20portadas.pdf

19. Ibid pagina 10

20. Luz Myriam Tobón Borrero, Claudia Inés Navarro Toro, Mónica Rosaura García Baquero Adherencia de los profesionales al protocolo de manejo y red de apoyo familiar de sífilis gestacional y congénita [Internet][consultado 27/02/2018] Disponible en URL http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/195

21. Ochoa-Manjarrés MT, Gaitán-Duarte HG, Caicedo S, Gómez B, Pérez F. Introducción de pruebas rápidas para sífilis y VIH en el control prenatal en Colombia: análisis cualitativo. [Internet][consultado 10/05/2018] Disponible en URL https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n6/462-467/es

22. Ibid Página 465

23. Juan Pablo Garcés1, Luisa Consuelo Rubiano, Yenifer Orobio,Martha Castaño, Elizabeth Benavides3, Adriana Cruz La educación del personal de salud: clave para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia [Internet][consultado 22/05/2018] Disponible en URL http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v37n3/0120-4157-bio-37-03-00416.pdf

24. Ibid Página 421

25.Arnesen L, Serruya S, Durán P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis.[Internet][consultado 22/05/2018] Disponible en URL https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n6/v37n6a08.pdf

26.Concepción Amador Ahumada, Mónica Hanna Lavallez, Marilyn Villadiego Chamorro.Gestational syphilis: disease of interest in public health, córdoba-colombia, 2015[Internet] [Consultado 07-03-2018] Disponible en URL: http://www.redalyc.org/pdf/3595/359549159005.pdf

27. Ibid página 08

28. Ibid página 07

29. Rodolfo L. Casas-P, M.D, Magda Rodriguez, M.D, Jorge Rivas, M.D. Sífilis y embarazo: ¿como diagnosticar y tratar oportunamente? [Internet] [Consultado 06/03/2018] Disponible En URL: Http://Www.Scielo.Org.Co/Pdf/Rcog/V60n1/V60n1a07.Pdf

30. Concepción Amador Ahumada, Mónica Hanna Lavallez, Marilyn Villadiego Chamorro. Op.cit Página 1450

31. Concepción Amador Ahumada, Mónica Hanna Lavallez, Marilyn Villadiego Chamorro. Op.cit Página 1455

32. Emily D. Ebenezer,Santosh J. Benjamin1, Rani D. Sahni, John A.J. Prakash, Hepsy Chelliah, Jiji E. Mathews. A retrospective study of the prevalence and outcomes of syphilis in pregnancy in a 5-year period. [Internet] [consultado 13/02/2018] Disponible en URL https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28980302

33. José Guillermo Díaz Almeida. Cuba: primer país del mundo en eliminar la transmisión materno-infantil del VIH/SIDA y la sífilis. [Internet] [consultado 5/04/2018] Disponible en URL http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/178/150

REFERENCIAS MARCO CONCEPTUAL

34. “Edad”. Def. 1. Definición.DE. 2018.

35. “Nivel socioeconómico”. Def. Fernando Gutiérrez. AMAI. 2004.

36.“Estado civil”. Def. 1m. Real Academia Española. 2017.

37. “Etnia”. Def. Definición ABC. 2017-2018.

38. “Educación”. Def. Definición ABC. 2017-2018.

39. “Área”. Def . DANE. 2000.

40. “Ocupación”. Def 3f. Real Academia Española. 2017.

41. “Demoras en salud” Def. Protocolo de vigilancia de la Mortalidad materna del instituto Nacional de Salud. 2007.

42. “Sífilis gestacional”. Def. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. 2015.

43. “Sífilis congénita”. Def. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. 2015.

44. “Contacto sexual”. Def. Zanzu. 2018.

45. “Sexarquia”. Def. Todo Papás Desde el primer momento, contigo.

46. “Antecedente de ETS o EPI”. Def. Sexo y adolescencia. 2015.

47. “Inmunosupresión”. Def 1f. Diccionario médico. 2015.

48.“Sustancia Psicoactiva. Def. Wikipedia. 2018.

49. “ Compañero sexual”. Def. Sexualidad de 10.com.mx. 2009.

50. “Métodos anticonceptivos de barrera”. Def. Drugs.com. 2018.

51.“Control prenatal”. Def. Atención Integral de la Paciente Gestante-Salud Total EPS. 2014.

52. “Visita de campo”. Def. Significados.com. 2018.

53. “ Tuluá”. Def. Wikipedia. 2018.

54. “UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA”. Def. Wikipedia. 2018.

55. Ministerio de Salud, Resolución Número 8430 de 1993 (Oct 4). Disponible en URL

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION 8430-DE-1993.PDF

56. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas, 5 a 16 de Junio de 1972, Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, disponible en URL http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/riodeclaration.htm

ANEXOS:

Tuluá, 08/05/2018.

John Fredy Asprilla Aguirre
Secretaria de salud de Tuluá- Valle del cauca
Secretario de salud.

Cordial Saludo:

Por medio de la presente nos dirigimos a usted solicitando permiso para acceder a la fuente de datos de los casos reportados de Sífilis gestacional y congénita a partir del año 2015-2017, con fines académicos e investigativos, buscamos recopilar dicha información para poder concluir la investigación que se viene realizando llamada “ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA, A PARTIR DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE TULUA VALLE DEL CAUCA”

Gracias por la atención prestada.

Atentamente,
ANDREA CUAJI PISSO
ROSA ELENA MENESES ARANA
MARIA ALEJANDRA MORAN OSORIO

Variable	Detalle
Edad	Número de años cumplidos
Nivel socioeconómico	Bajo
	Medio
	Alto
Estado Civil	Soltera:1
	Casada: 2
	Separada:3
	Unión libre:4
Etnia	Mestiza: 1
	Afrodescendiante:2
	Indígena: 3
Educación	Analfabeta: 1
	Primaria:2
	Bachillerato :3
	Universitario:4
	Tecnológico /tecnólogo: 5
Área	Área rural: 1

	Área Urbana:2
Ocupación	Actividades del hogar:1
	Actividades fuera del hogar:2
Dificultad al acceso a la salud	No:1
	Si:2
Afiliación a la salud	Contributivo:1
	Subsidiado:2
	PPNA:3
	Excepción:4
Prueba no treponémica durante el embarazo	Valor en diluciones
Prueba no treponémica en el parto	Valor en diluciones
Prueba treponémica	Negativa:1
	Positiva:2
Tipo de prueba treponémica	Negativa: 1
	Positiva: 2
Tipo de prueba no treponémica	Negativa: 0
	Positiva: 1/8

Numero de dosis penicilina Benzatínica recibida	Número entero de dosis recibida de penicilina Benzatínica
Tratamiento a la pareja o contactos sexuales	Numero entero de dosis recibidas de penicilina Benzatínica
Sexarquia	No: antes de los 15 Si: Después de los 15
Antecedente de ETS o EPI	No:1
	Si:2
Inmunosupresión	No:1
	Si:2
Consumo de SPA	No:1
	Si:2
Numero de compañeros sexuales	Numero compañeros sexuales
Uso de métodos de barrera	No:1
	Si:2
Número de controles Prenatales	Si: 7-10 CPN
	No: < 7 CPN

Primoinfección	I Trimestre
	II Trimestre
	III Trimestre
Reinfección	Si: 1
	No: 2
Tiempo de diagnóstico	I Trimestre
(Trimestre)	II Trimestre
	III Trimestre
Diagnostico Neonatal	Si: 1
	No: 2
Tratamiento del recién nacido	Si: 1
	No: 2
Forma de Diagnóstico:	clínico laboratorio nexo epidemiológico (inyección antes de los 30 días del parto)
Demora	Tipo 1:1
	Tipo 2 :2
	Tipo 3:3
	Tipo 4:4
Seguimiento	No: 1
	Si: 2

Visita de campo	No: 1
	Si: 2