

UNIVERSIDAD DEL NORTE

TITULO DEL TRABAJO

**CARACTERIZACIÓN DE GESTANTES CON SÍFILIS GESTACIONAL Y
ADHERENCIA A LA GUÍA CLÍNICA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES
EN SALUD EN EL ATLÁNTICO 2022.**

KATHERINE MENESES RAMIREZ

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OPTAR EL GRADO DE:

MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

2023



**CARACTERIZACIÓN DE GESTANTES CON SÍFILIS GESTACIONAL Y
ADHERENCIA A LA GUÍA CLÍNICA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES
EN SALUD EN EL ATLÁNTICO 2022.**

KATHERINE MENESES RAMIREZ

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

DIRECCION DE TRABAJO DE GRADO

ANA RIOS GARCIA

MD. MG DESARROLLO FAMILIAR

KAREN GARCIA FERRER

ENFERMERA, MG SALUD PUBLICA

**DIVISION CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

UNIVERSIDAD DEL NORTE

BARRANQUILLA, 2023



DEDICATORIA

Nota de aprobación

Este trabajo de grado de maestría ha sido aprobado por el comité de grado para la maestría en Salud pública en cumplimiento de los requisitos exigidos

Departamento de salud pública de división ciencias de la salud Universidad del Norte.

Asesor de Tesis

Tania Matilde Acosta Vergara
Coordinador de la Maestría

Dr.

Firma del jurado 1

Dr.

Firma del jurado 2

Tabla de contenido

1.	INTRODUCCION	¡Error! Marcador no definido.
2.	JUSTIFICACIÓN	13
3.	OBJETIVO GENERAL	16
4.	PROPOSITO	17
5.	MARCO TEORICO	18
	CONDUCTAS DE RIESGO	19
5.2.	INFECCIONES CONGENITAS Y GESTACIONAL	21
5.3.	SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA	¡Error! Marcador no definido.
6.	METODOLOGIA	36
6.1.	DISEÑO METODOLOGICO	¡Error! Marcador no definido.
6.1.1.	POBLACION	36
6.1.2.	CRITERIOS DE INCLUSION	37
6.1.3.	CRITERIOS DE EXCLUSION	37
6.1.4.	PLAN DE RECOLECCION DE DATOS	37
6.1.5.	FUENTE SECUNDARIA	¡Error! Marcador no definido.
6.1.6.	PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS	37
6.1.7.	ANALISIS CUALITATIVO	38
6.1.8.	ANALISIS CUANTITATIVO	38
6.2.	VARIABLES DE ESTUDIO	65
6.3.	ASPECTOS ETICOS	39
7.	RESULTADOS	40
8.	DISCUSION	55
9.	CONCLUSIONES	57
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
11.	ANEXOS	64
12.	CRONOGRAMA	69
13.	PRESUPUESTO	71

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Distribución por grupos etarios de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022 ..	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 2 Características sociodemográficas reportada de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022	40
Tabla 3 Fuente de notificación y reporte de hospitalización de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022	42
Tabla 4 condiciones clínicas al momento del diagnóstico de sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5 Resultado de VDRL de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022	44
Tabla 6 Sexo de neonatos productos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022	45
Tabla 7 Análisis bivariado de estado al momento del diagnóstico con la condición final de neonatos productos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022	45
Tabla 8 Tipo de caso producto de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022	46
Tabla 9 Resultado de prueba VDRL en neonatos con sífilis congénita productos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022	46
Tabla 10 Realización de prueba rápida y días registrados en historia clínica a gestante diagnosticada con sífilis gestacional en el departamento del Atlántico, 2022	49
Tabla 11 Análisis bivariado de clasificación del evento con la administración de tratamiento registrada en historia clínica a gestante diagnosticada con sífilis gestacional en el departamento del Atlántico, 2022	50
Tabla 12 Prueba de seguimiento en segundo trimestre registrada en historia clínica a gestante diagnosticada con sífilis gestacional en el departamento del Atlántico, 2022	51
Tabla 13 Percepción con respecto a la claridad de los profesionales en gestante diagnosticada con sífilis gestacional en el departamento del Atlántico, 2022	52
Tabla 13. Comparación entre pacientes con sífilis gestación y resultado de sífilis congénita, Departamento del Atlántico 2022	
Tabla 14 Percepción de la atención desde el diagnóstico en gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el departamento del Atlántico, 2022	¡Error! Marcador no definido.

Tabla 15 Evolución del bebe producto en las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el departamento del Atlántico, 2022 .**¡Error! Marcador no definido.**

LISTA DE ILUSTRACIONES

- Ilustración 1 Semana epidemiológica del reporte para el evento de interés diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022.....42
- Ilustración 2 Edad reportada de neonatos productos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022 . **¡Error! Marcador no definido.**

RESUMEN

La sífilis gestacional y congénita es un problema de salud pública en nuestro país debido a la tasa de incidencia. Dentro de los programas de promoción y mantenimiento de la salud materna está incluido el tamizaje y tratamiento de las patologías, sin embargo, en la población más vulnerable se evidencian tardío inicio de control y poca adherencia al cumplimiento de la guía, situación que es necesario realizar vigilancia y seguimiento.

Objetivo Caracterizar socio demográficamente las gestantes con sífilis gestacional y la adherencia a la guía clínica por parte de los profesionales en salud en el departamento del atlántico en el año 2022.

Metodología estudio descriptivo de los reportes con sífilis gestacional, la percepción de las mujeres se tomará de fuente primaria con una entrevista y secundaria con base de datos de historia clínica suministrada de las ESE del Departamento del Atlántico. La investigación según Resolución 8430 de 1993 se clasifica como riesgo mínimo. Los datos se exportaron en office Excel 2019 y análisis en SPSS versión 22.

Resultados 567 gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional, edad promedio de 24 años, el 54% mujeres jóvenes entre 20 y 28 años. El 76,5% colombianas y 23,5% venezolanas. El estrato uno reportado por el 68,3%, 69% pertenecían al régimen subsidiado y el 11,6% al contributivo. La semana epidemiológica con más reportes fue la 43. El 89,4% fueron diagnosticadas por primera vez, 88,9% con controles prenatales. 50,4% de los contratos sexuales recibieron tratamiento. Como resultado de sífilis congénita se encontró el 14,4%, siendo 51% del sexo femenino, el 95% vivió luego del parto. Con respecto a la historia clínica de las 29 analizadas, el 55% realizó prueba rápida en la primera atención, el 34% clasificada como sífilis temprana, el 51% no evidenció aplicación inmediata luego de diagnóstico y 41% sin tratamiento a pareja.

Conclusiones teniendo en cuenta que en Colombia el programa de control prenatal es gratuito y no deben existir barreras para la cobertura de las gestantes, se siguen presentando dificultades para la adherencia al manejo de la sífilis gestacional. Tal situación se puede considerar una inequidad sanitaria. Es importante retroalimentar a las entidades encargadas de la gestión del riesgo individual y colectivo, para fortalecer estrategias para la demanda inducida y la captación oportuna de las pacientes.

Palabras claves

Sífilis, sífilis congénita, control prenatal, Vigilancia en Salud Pública

ABSTRACT

Gestational and Congenital Syphilis is a public health problem in our country due to its incidence rate. Screening and treatment of pathologies are included in maternal health promotion and maintenance programs. However, in the most vulnerable population, late initiation of care and low adherence to guideline compliance are evident. Therefore, surveillance and follow-up are necessary.

Objective: To socio-demographically characterize pregnant women with gestational syphilis and the adherence to clinical guidelines by healthcare professionals in the department of Atlántico in the year 2022.

Methodology: Descriptive cross-sectional study of reports with gestational syphilis. Women's perception will be obtained through primary sources, including interviews, and secondary sources, including medical history databases provided by healthcare institutions in the Department of Atlántico. The research, according to Resolution 8430 of 1993, poses minimal risk. Data was exported to Microsoft Excel 2019 and analyzed using SPSS version 22.

Results: 567 pregnant women were diagnosed with gestational syphilis, with an average age of 24 years. 54% were young women between 20 and 28 years old. 76.5% were Colombian, and 23.5% were Venezuelan. 68.3% reported belonging to socioeconomic stratum one, 69% belonged to the subsidized healthcare system, and 11.6% to the contributory system. The week with the highest number of reports was week 43. 89.4% were diagnosed for the first time, and 88.9% received prenatal care. 50.4% of sexual partners received treatment. As a result of congenital syphilis, 14.4% cases were identified, with 51% being female, and 95% surviving after birth. Regarding the medical history of the 29 cases analyzed, 55% underwent rapid testing during the first visit, 34% were classified as early-stage syphilis, 51% did not receive immediate treatment after diagnosis, and 41% did not receive partner treatment.

Conclusions: Despite the fact that prenatal care programs are free in Colombia, barriers to adherence to the management of gestational syphilis persist. This situation can be considered a healthcare inequity. It is important to provide feedback to the entities responsible for individual and collective risk management to strengthen strategies for demand generation and timely patient outreach.

Keywords: Syphilis, Congenital syphilis, Prenatal care, Public Health Surveillance.

1. INTRODUCCIÓN

La sífilis gestacional y congénita se ha puesto de relieve como problema de salud pública en nuestro país debido al aumento sostenido de su tasa de incidencia y a las consecuencias de un posible padecimiento crónico. Lo anterior genera afectaciones sociales y económicas para los pacientes, lo que implica la necesidad de hacer vigilancia y seguimiento de este evento de interés en salud pública (1)(2).

Estamos aún lejos de lograr los objetivos, es así que la proporción de sífilis congénita SC ha pasado de 0,9 a 1,1 casos/ 1000 nacidos vivos en el intervalo de 1998 y 2016, además la prevalencia de SG de 1,3 a 6,6 casos/ 1000 recién nacidos vivos entre 2003 y 2016 (4).

En el año 2015 fueron registrados 22800 de SC en América Latina y el Caribe, situación organizada por la Organización Panamericana de la Salud OPS, con datos de tasa en aumento de 1,7 /1000 nacidos vivos (4).

En Colombia la historia ha sido que entre 2011 y 2015 no se ha logrado la meta propuesta en eliminar la transmisión materno infantil de VIH, SG y SC; estos elementos teniendo en cuenta que en el año 2015 se registró incidencia de 4,28/1000 embarazos y 0,65/1000 nacidos vivos como es el caso de SC. Estas cifras puntualizando departamentos de Chocó, Quindío, Valle del Cauca y Guaviare que fueron aquellos que se reportaron el mayor número de casos (4).

Para el 2013, en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) la incidencia de sífilis congénita reportada en Colombia, fue de 2,43 casos de sífilis congénita/1.000 nacidos vivos (7).

No obstante, en Colombia es necesario conocer el sitio oficial sobre estos eventos de interés pues no existe información oficial sobre el impacto de la población en general, para la revisión de estas cifras, se identifica el INS (Instituto Nacional de Salud) se realizó el tamizaje de los donantes de sangre que se ha reportado en Colombia ente 2014 y 2015 con la incidencia de 1,51% y 1,43% respectivamente.

Ahora bien para el departamento del Atlántico la incidencia de la enfermedad es de 2,26% en 201 y 2,37% para el 2015, que fue superado al nivel nacional (8).

De tal manera, no tratar la sífilis de forma temprana tiene una tasa de mortinatalidad del 25% y 14% de muertes neonatales, esta cifra es un aproximado del 40% de mortalidad perinatal global. Es por esa razón que la sífilis en mujeres en gestación para África tiene un intervalo de 4% al 15% (9). Para el caso de Colombia la sífilis congénita sigue siendo un tema de interés en la salud pública puesto que no se ha eliminado (1) (8).

En Colombia el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SVIGILA) tiene como responsabilidad varios elementos, en los que se revisa la observación, sistematización y continuos eventos en salud, para los eventos SG como resultado de SC.

Teniendo en cuenta lo planteado, se hace necesario aumentar los esfuerzos para cumplir el compromiso de disminución y erradicación de estas patologías en los países que aún no se ha conseguido. Si bien es cierto que existen datos sobre sífilis gestacional y congénita, organismos como la OPS sospechan de algún subregistro de los casos de sífilis materna. Lo anterior contando con la poca disponibilidad de talento humano en salud y materiales e insumos disponibles para el manejo y tratamiento de esta enfermedad, en muchos casos muy cortos para la toma de decisiones más acertadas que contribuyan a modificar la realidad existente. Por lo que se hace necesario identificar los elementos claves de la vigilancia que se realiza con la ficha de notificación de Sífilis gestacional (10).

FORMULACION DE LA PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son las características de las gestantes con sífilis gestacional y como es la adherencia a la guía de práctica clínica por parte de los profesionales sanitarios en el departamento del Atlántico año 2022?

2. JUSTIFICACIÓN

En el mundo, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son identificadas como problema sanitario tal como lo revela la OMS, donde se estima que 38 millones de personas sexualmente activas entre 15 y 49 años en las Américas han contraído o tienen alguna infección de transmisión sexual (ITS). El caso de la sífilis, si bien es cierto que ha medidas preventivas efectivas y varias opciones que son económicas, continúan siendo un tema interesante en la atención de los servicios de salud. La SC es analizada como aquel resultado de la infección por el microorganismo *Treponema Pallidum* en el útero, durante el embarazo; es importante resaltar que esta infección tiene efectos adversos muy altos, además de que es un factor de riesgo en contra de la vida del feto, y en otros casos la alta probabilidad de nacer con patologías, discapacidades importantes que están directamente relacionadas a la infección; estos elementos conllevan a obtener un producto que al sistema sanitario será costosos (5)(6).

Aún estamos lejos de la meta pues que es impresionante la capacidad que tiene para transmitirse de la gestante al feto, evidenciando que la infección se producir durante algún trimestre de la gestación, poniendo en riesgo la vida del binomio madre hijo (4).

De tal manera que, con el descubrimiento de los medicamentos, y para este caso la penicilina apoyado de la atención médica para la detección, se han logrado importantes avances en la disminución de Sífilis congénita (SC) reportados, pero la realidad es que la enfermedad no ha sido eliminada, por el contrario, estudios investigativos de los últimos años ha develado que esta patología va en aumento; una de las causas que evidencia la enfermedad siga en propagación, se debe a la conexión que hay entre la atención recibida con respecto a la serología, evidenciando que en mujeres infectadas ocurra una alta probabilidad de infección al producto durante en nacimiento (11).

Por consiguiente, se estima que gran parte de los embarazos tienen como desenlace SC o abortos, aproximadamente dos de tres partes (6). Por lo tanto, desde los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) hay una gran oportunidad de

darle importancia a estos eventos de interés en salud pública, promoviendo reducir la cantidad de casos en la población, dando como resultado la disminución y erradicación de SG; estos elementos muy relacionados con los ODS que son promover la salud y bienestar (ODS-3), promover la igualdad de género (ODS-5) y reducir las desigualdades (ODS-10) (12).

Existen varias estrategias para lograr la disminución de estos casos, donde se destaca la mejora continua de cobertura sanitaria y la calidad de la atención de los servicios sanitarios, además del buen manejo de las redes para la localización y tratamiento de sífilis. Por lo anterior es fundamental continuar fortaleciendo las acciones necesarias de estos eventos en la población en general principalmente en el plan obligatorio de la salud (POS) (13).

De tal manera, es importante recalcar que la SG es responsables de 460.000 abortos o mortinatos en todo el mundo, los menos recién nacidos con bajo peso o mortinato alcanzan 270.0000 y otros 270.000 de SC, cifras por encima de la meta propuesta en la iniciativa ETMI-PLIS (Eliminación de la Transmisión Materno-infantil de la Infección), el cual es un marco diseñado para la eliminación, en el continente latinoamericano, de la transmisión materno-infantil del VIH, reducir la incidencia de la SC (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos (14).

Por lo que se tiene la estimación que a nivel mundial 12 millones de personas son infectadas por sífilis, dos millones corresponden a embarazadas y un aproximado del 25% terminan en abortos espontaneo y/o mortinato, por el otro lado el 25% origina un neonato con peso bajo, infecciones severas; estos dos eventos asociados al alto riesgo de muerte perinatal (15).

Por otra parte, los altos índices de SC en Colombia no se deben solo a la falta de estrategias nacionales para la eliminación del evento, ya que desde la administración de salud se incluyen recomendaciones emitidas de SC por la OMS; el plan nacional busca para el año 2015. Por lo que, según la incidencia de las ciudades, la secretaria distrital de salud de Bogotá recomienda manejar rastreo tanto mensuales como trimestrales según sea el caso; para aquellos en el que el

examen sea positivo el rastreo y manejo deberá ser mensual con la intención de reducir la infección en segundo momento (16).

Cabe destacar que en la actualidad lejos de lograr disminuir estos indicadores como objetivo de 0,5/ 1000 nacido vivo, la SC ha tenido un cambio de 0,9/ 1000 nv en 1998 a 2,9 en 2012. Los datos de SC es variable por regiones en el país, casos como choco con 5,3%, Cartagena con 2.5%, Bolívar y Antioquia con 1,0% & Santa Marta y Casanare con menos del 0,5% (17)(18).

En conclusión, la sífilis va a ir dependiendo de la severidad, y puede ocasionar aborto inesperado entre el 20 y 40%, muerte entre 20 y 25%, parto antes del término entre 15 y 55%, reinfección congénita y el bebé con infección del 40 al 70%. Esta infección evidencia desenlace de muerte neonatal, enfermedades del feto y neonato, desarrollando secuelas tardías ya que la muerte prenatal tiene un porcentaje entre el 40 y 70 de las gestantes con sífilis no tratadas o tratada inadecuadamente (19).

3. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las gestantes con sífilis gestacional y la adherencia a la guía clínica por parte de los profesionales sanitarios en el departamento del Atlántico 2022.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer características sociodemográficas de las gestantes diagnosticadas con Sífilis Gestacional en el departamento del Atlántico en el año 2022

Analizar la adherencia a la guía en el protocolo de atención de las gestantes con sífilis gestacional en el departamento de Atlántico 2022.

Conocer porcentualmente la percepción de las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional respecto a la atención en el servicio de salud en el departamento del Atlántico en el 2022

4. PROPOSITO

Como propósito de la investigación, es contar con insumos para que los tomadores de decisiones, con relación a la planeación, prestación y evaluación de los servicios dirigidos a las gestantes, puedan fortalecer las estrategias para disminuir las barreras de atención y el manejo adecuado en los casos de pacientes con aquellas que fueron diagnosticadas con SG.

Se espera tener insumos para que desde la secretaria de salud se pueda acompañar a las IPS en oportunidades de mejoras concretas, donde se impacte elementos como disminuir las barreras de acceso, captación oportuna con promotores de la salud con la finalidad de adherencia al tratamiento.

Además de conocer la percepción de la atención de modo que se pueda conocer la atención brindada por parte de los prestadores de salud. luego de determinar aquellos eventos de SG y SC, teniendo en cuenta la guía de atención en salud para eventos de interés en estas enfermedades, aplicando la normativa vigente para el manejo y tratamiento del evento.

5. MARCO TEORICO

5.1. SIFILIS

La infección bacteriana sexualmente transmisible como es conocida la sífilis o Lues como se denomina de igual forma, con evidencia medico científica que tiene cura si se diagnostica y trata de forma temprana. El impacto medico clínico de la infección es muy amplio tanto así que se ha denominado como la gran simuladora en medicina (20).

Con respecto al termino, la sífilis fue evidenciado por primera vez por el medico Girolamo Fracastoro, que hizo una publicación llamada "Syphillis sive morbos gallicus" en el año 1530 descubierto por Schaudinn en 1905 y confirmado por Landsteiner un año después (21)(22). De tal manera que este evento de interés en la ciencia medica es producido por el Treponema Pallidum, que es una subespecie Pallidum (Tp), identificada como una enfermedad de transmisión sexual a nivel mundial, cuyo contagio puede ser vertical, repercutiendo en indicadores y elementos de salud sanitaria.

Por lo tanto, en países desarrollados se evidencia la disminución del evento, siendo una situación muy diferente para los países tercermundistas, viéndose reflejado el aumento de sífilis en mujeres que están en edad fértil, esto como resultado de mas casos para SC (23).

Esta infección es una enfermedad que es transmitida por el contacto sexual, sanguíneo y lo que bien trataremos transmisión congénita (24). Por lo tanto, hablar de sífilis congénita SC, Es identificarla como una infección cutánea y sistémica que es adquirida desde el feto via transplacentaria de la gestante durante su periodo de embarazo. Para que la infección llegue al feto será prioridad el estadio en el cual se encuentre la patología en la madre, el momento de la gestación de la infección, a menor edad gestacional, mayor riesgo de infección (25).

De tal manera, que es muy relevante dentro de las visitas al médico y equipos de apoyo realizar de forma temprana la identificación de anticuerpos no treponémicos para identificar problemas adyacentes como comportamientos sociales que

conlleven a la drogadicción, vacunas recientes y otras condiciones como vacunación reciente, incluso un bajo porcentaje en toda la población (26).

Por consiguiente, la sífilis congénita es transmisible a través de exposición sexual en donde la madre adquiere la enfermedad por el contacto directo entre exudado infecciosos que tienen el contacto con aquellas lesiones húmedas que estén en la piel o las mucosas; esta exposición generalmente se da durante el acto sexual y tiene relación por el sexo en vía oral, vaginal y oral (13) como también, de madre a hijo, pues además por vía transplacentaria y ocurre cuando la madre tiene la enfermedad y no realiza el tratamiento, transmitiendo la infección al feto, que puede causar malformaciones o incluso aborto espontáneo. Otra forma de infección se debe al contacto del recién nacido por lesiones genitales de la gestante o en el momento del parto (27).

El periodo de incubación de la sífilis va 10 a 90 días, es muy común que a la semana tres y el reservorio del mismo es el humano (3). Por lo anterior se constituye dentro de las ITS, como aquella que ha causado mayor impacto a lo largo de la historia, manejado como problema de salud pública, donde es necesario identificar aquellas estrategias de promoción a la salud, prevención de la enfermedad y el control de la misma (28). De tal manera, que podemos identificar que en Colombia, si bien se ha adelantado actividades para trabajar el evento, es necesario continuar con acciones de PYP pues aún no ha sido eliminada de nuestro entorno y los datos registrados evidencian que la incidencia pasa de 0,94/ 1000 NV en 1998 a 1,39 para 2017 (29).

5.2. CONDUCTAS DE RIESGO

Como se ha evidenciado, la SG es contagiada principalmente por el contacto directo sexual, la secreción que se libera por los chancros de la persona infectada al tener sexo sin método de prevención de barrera, además por los besos o el sexo oral sin preservativo, además que repercute en la transmisión vertical de madre a feto ya sea por vía placentaria o a través de canal del parto dando como resultado la SC (30).

Las altas cifras de sífilis han estado relacionadas con determinantes conductuales. Además de los ya mencionado anteriormente, la sífilis se ha manifestado aún más en personas que mantienen relaciones sexuales con más de un contacto ya sea esporádico, anónimo, personas conocidas en la web, practicas sexuales en lugares como saunas o clubes y sobre todo aquellas asociadas manteniendo relaciones sexuales desprotegidas. Algunas de las relaciones que se han asociado están el uso y abuso de drogas, juguetes y además la coinfección de VIH (31).

Adicional a los factores antes mencionados, un determinante es el inicio de la vida sexual de forma temprana y el comercio sexual que puede adicionarse a factores de riesgo para contagiarse de la enfermedad (32).

En cuanto al sexo se ha descrito que los hombres aportan en mayor proporción el número de casos, coincidiendo que la morbilidad es mayor en el sexo masculino.

Con respecto a la orientación sexual, en la literatura prevalece aquellos que manifiestan la heterosexualidad (33).

Por consiguiente, este evento en salud es de contagio en los primeros estadios, se estima que del 30 al 60% de los contactos sexuales adquirirán la infección. La anterior afirmación es con revisión en especial de los pacientes notificados en las fases reportadas, por lo que el desconocimiento de ser portador, convirtiéndose en un factor de riesgo importante, que incluye las dificultades que acarrear para el diagnostico de la enfermedad, desde la obstetricia los factores de riesgo mas importante son el bajo porcentaje de control prenatal y la falta de un tratamiento oportuno en la gestante (33).

Como también, otros factores son de índole cultural, social, personal y económico que también son incluidas en conductas de riesgo, resaltando aquellas que limitan la educación y el acceso a la información de cualquier tipo (34).

Resulta paradójico que, si bien es cierto, el tener una práctica sexual adecuada y la acción responsable y segura puede prevenir la ocurrencia, cabe destacar que en pleno siglo XXI este evento de interés es salud pública, así como otras ITS no está cerca de disminuir y muy contrario se ve aumento de estas (28).

5.2. INFECCIONES CONGENITAS Y GESTACIONAL

La infección por SC es entonces el resultado de una infección madre feto durante el periodo de gestación. La madre infectada produce una viremia, situación que permite el paso del microorganismo al feto en formación. La vía principal de la transmisión es vía placenta o transplacentaria y por contacto directo en el momento del nacimiento a través del canal del parto. Luego de estos modos hay otros menos frecuentes como la vía ascendente que hace referencia a las infecciones genitourinarias y aquellos procedimientos que sean invasivos durante la gestación (35).

Esta infección vertical tiene consecuencias graves, entre las que se encuentran la muerte del embrión, aparición de defectos congénitos e infecciones asintomáticas en el recién nacido. La evolución e historia de la enfermedad en neonatos puede tener como resultado la recuperación y curación de la infección, infección persistente por presencia de los microorganismos en los tejidos, aparición de secuelas al nacimiento, complicaciones en los primeros momentos de vida o la más grave que es la muerte (35).

Muchas de estas pasan inadvertidamente durante el periodo gestacional por saltarse controles o por el hecho de no contar con la capacidad de hacérselos, ya sea fortaleciendo programas e intervenciones de PYP en el embarazo entre la 4 y 6 semanas (36).

Estudio donde se realizó el diagnóstico de otras ITS dio como resultado que solo al 8,8% de las madres fueron diagnosticadas con otras infecciones, dando como resultado la coinfección por VIH/SIDA. El estudio arrojó que la infección en el primer embarazo se da entre el 1 y 4% de las seronegativas. Para ese caso, casi el 40% de los neonatos resultan infectados y hasta el 10% presenta complicaciones al nacimiento (37).

Entre los microorganismos responsables de enfermedades congénitas está el toxoplasma, la rubeola, Herpes simple, sífilis. Los microorganismos con capacidad

de producir infección desde la madre tenemos la malaria, Chagas, VIH, varicela, Hepatitis.

5.3. SÍFILIS GESTACIONAL COMO RESULTADO A LA SÍFILIS CONGÉNITA

En el embarazo la sífilis no es equivalente a Sífilis Congénita (SC) ya que los controles prenatales frecuentes, la búsqueda activa de sífilis durante el embarazo y el tratamiento oportuno de los casos detectados, previenen significativamente el riesgo de SC o Resultados Adversos Asociados al Embarazo Fetal (RAEF) asociado a esta infección. Por el contrario, el riesgo de SC aumenta durante las primeras etapas de la sífilis (chancro primario, sífilis secundaria o latente temprana) debido a una espiroquetemia asociada con la amenaza de transmisión vertical. El riesgo también aumenta para sífilis no tratada o tratada inoportunamente antes del parto (< 1 mes), diagnóstico tardío, pocos controles prenatales, resultados altos no treponémicos, pareja drogadicta y/o ruralidad de la paciente (38).

Desafortunadamente, el daño asociado a la sífilis en el embarazo es más amplio que el SC, con otras RAEF, que en términos globales cuadruplican la frecuencia del SC. La carga de enfermedad que genera la RAEF, incluido el SC, es relevante tanto por el sufrimiento humano como por sus posibles secuelas, hospitalizaciones y gastos sanitarios y sociales (39).

De tal manera, que este aumento afecta prácticamente a toda la región, involucra a madres con diferente nivel educativo y se asocia solo parcialmente a antecedentes de ETS, abuso de drogas, inicio temprano de la actividad sexual, abortos previos, diagnóstico tardío, tratamiento inoportuno o factores de riesgo conocidos para la SG. Estudios han descrito que el riesgo de sífilis está asociado a mujeres solteras, bajo nivel educativo, pobreza, varias parejas sexuales, drogadicción en ella o su pareja, abortos previos o ETS, ausencia de consejería preventiva, inicio de la actividad sexual \leq 16 años y bajo número de controles prenatales (40).

De igual forma, en Brasil, un estudio basado en datos de hospitales nacionales incluyó a 23.894 púerperas entre 2011 y 2012 y encontró los siguientes factores

maternos asociados a la sífilis congénita con edad de 20 a 34 años, morenos escolaridad primaria incompleta, presencia de pareja y ausencia de trabajo remunerado. Desde el punto de vista obstétrico, hubo asociación con el inicio tarde con sus controles prenatales, frecuencia inadecuada de consultas, sin mínimo dos serologías durante el embarazo, complicaciones en embarazos anteriores y la prematuridad (41).

Para la disminución de estos eventos en salud pública se han diseñado estrategias fundamentales para lograr las metas, tales como el fortalecimiento de la cobertura en salud, calidad en servicios de salud, aumento en la detección temprana de casos y tratamiento precoz como sea necesario. Estos elementos apoyados en el programa y estrategia para la Reducción de la transmisión perinatal del Min Salud y protección Social (42).

Como también, en Colombia la vigilancia de la enfermedad soportado en el plan de eliminación generado por la OMS daba como resultados buenos datos que comenzaron a disminuir la incidencia en cuanto a los planes de acción fueron incrementados y ampliándose en el territorio nacional el incremento se tiene en cuenta con el mismo comportamiento similar que han tenido las ITS (ITS) (18).

5.4. TIPOS

Tabla 2. Categorización de Sífilis

Clasificación de la Sífilis		Fases
Sífilis Adquirida (SA)	Hasta un año después de adquirirlo se denomina temprana	Primaria Secundaria Neuro sífilis Latente temprana
	Aquellas gestantes con mas de un año de adquirida se denomina tardía	Latente tardía Latente indeterminada Terciaria Neuro sífilis
Sífilis Congénita (SC)	Según el inicio precoz, es temprana	Hasta los 2 años
	En el caso de ser diagnosticada luego del nacimiento es tardía	Después de los 2 años (29)

Fuente: Ministerio de salud y protección social

Ahora bien, para el evento de sífilis Adquirida (SA) se encuentra la clasificación según el tiempo transcurrido desde el momento del contagio. Para el caso de primaria va de una a seis semanas, secundaria de dos a diez y terciaria de años. En las primeras fases los signos y síntomas son productos de la diseminación bacteriana y la respuesta inmunológica del huésped, hablar de la terciaria hace referencia al carácter degenerativo (43).

Dentro de la manifestación clínica se detallan las siguientes fases:

Sífilis primaria: Es la etapa en donde la infección por *T. pallidum* tiene unas características como son, presencia de varias úlceras que generalmente son indoloras, sin olor y son referenciadas como chancros; estos aparecen en forma de erosión y luego se ulceran, su ubicación esta en la zona genital y extra genital, en este caso son 21 días aproximadamente para su incubación (44).

Sífilis secundaria: En esta etapa de la infección, se evidencia una gran diseminación hematogena de la bacteria. En casi el 30% de las gestantes con la infección pueden no tener signos para la primera fase y avanzan a la segunda. Entonces sumado a las anteriores características pueden presentar estados gripales con episodios de fiebre, cefalea, decaimiento, rash cutáneo y linfadenopatías generalizadas, entre otras. Ahora bien para las lesiones cutáneas encontramos maculas, pápulas o lesiones escamosas que se distribuyen de forma simétrica en extremidades superiores e inferiores, estas expresiones se pueden dar entre los primeros seis meses de la infección que generalmente es entre 6 y 8 semanas (44).

Sífilis latente: Para esta clasificación tenemos características de precoz que se diagnostica en los casos donde la infección haya estado durante 12 meses o tardía en los casos que supere este tiempo (44).

Sífilis terciaria: pasado el tiempo de infección, años después de se presenta a pacientes no tratados o que se trataron de forma inadecuada. En esta categoría las manifestaciones mas comunes con las cardiovasculares, comprometiendo grandes

vasos sanguíneos, válvulas cardíacas, lesiones cutáneas que se pueden encontrar en la piel y otras áreas del cuerpo. Para esta etapa, la enfermedad es no transmisible y es muy posible que los test no treponémicos puedan estar no reactivos (44).

Neuro sífilis: para este momento de la patología, lo mas relevante es el involucramiento del Sistema Nervioso Central (SNC), las características y manifestaciones varían según el caso, para las que tienen menos de un año encontramos sífilis meningovascular y en las que tienen más de un año se evidencia tabes dorsal y parálisis general progresiva, por lo tanto estudiar el líquido céfalo raquídeo en estos casos es super importante en la población en riesgo y aquellos que tengan sospecha clínica (44).

Sífilis Congénita precoz: Este evento generalmente se manifiesta en los primeros tres meses de vida del neonato. Se manifiesta por erupciones vesiculoampollosas de color cobre ya sea en la plantan de las manos o pies, lesiones papilares alrededor de la nariz, zona del pañal y la boca

Como secuelas se evidencia retraso en el crecimiento, secreción nasal que produce estornudos. Algunos lactantes presentan meningitis, hidrocefalea entre otros aspectos clínicos. En los primeros meses, específicamente a los ocho es muy común osteocondritis en huesos largos y costillas, esto relacionado a la pseudoparálisis de los miembros con algunas alteraciones radiológicas (11).

Es por esta razón que organizaciones como la OMS/OPS propone considerar de Sífilis Congénita (SC) bajo este término a:

“toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica y/o prueba treponémica o no treponémica positiva o reactiva que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación” (45).

Por lo anterior se estableció dictamen en los siguientes pasos:

1. Aborto o muerte neonatal de una gestante
2. Recién nacido que hayan tenido resultados de VDRL multiplicado por cuatro veces el de la madre

3. Recién nacido con manifestaciones medico clínicas que sugieran al equipo medico durante el examen físico evidencias radiológicas y resultados de pruebas treponémica y no treponémicas
4. Todo neonato producto con T pallidum ya sea por inmunofluorescencia, placenta, cordón umbilical o autopsia (45).

Por tal razón la sífilis congénita precoz tiene su manifestación durante los primeros tres meses del neonato. Estas manifestaciones consisten en erupciones vesiculoampollosas (46). Pasado los meses, es muy común el desarrollo de enfermedades osteomusculares como la osteocondritis en especial huesos largos y costillas como respuesta en los primeros ocho meses (47).

Ahora bien, la sífilis congénita tardía se manifestará hasta los 2 años de edad del menor, causando úlceras que generalmente comprometen su sistema respiratorio y hasta causar bóveda en los huesos frontal y parietal (23).

5.5. VIGILANCIA DEL EVENTO

En salud publica las Infecciones de transmisión sexual son causa de morbilidad en todo el mundo, impactando sectores económicos, sociales, sanitarios, sobre todo en aquellos lugares o países en vía al desarrollo. Las complicaciones de estas enfermedades impacta principalmente a niños, niñas y mujeres, siendo estos grupos los más vulnerables, en este caso la infección de la madre con transmisión al feto (48).

Por consiguiente, en un estudio realizado en México se evaluaron a 1.594 gestantes y se detectaron 115 casos seropositivos dando una prevalencia de sífilis de 7.2% (49).

Del mismo modo, un estudio realizado en Chile demuestra que de 18,2 por 100.000 personas; demostrando que la mayor cantidad de notificaciones fue de los años entre 20 a 29 con la incidencia del 0,12 / 1000 NV (50).

Como también, en un estudio con recopilación de datos realizado en 2017 que analizo 158 gestantes con sífilis y que fueron notificadas entre 2013 y 2015 en Brasil. En donde se presentaron de forma descriptiva las variables, donde la mayoría de las embarazos eran blancas, contaban hasta noveno nivel de escolaridad, sin alguna contratación laboral, entre ellas 74 (46,8%) tenían un recién nacido con SC. Una variable de asociación fue el numero de controles prenatales, como factor asociado al diagnóstico tardío de la SC, entonces entre menos controles tenia mayor era la ocurrencia del evento. Ahora bien, para el tratamiento de la gestante y su compañero sexual se definieron los casos de SC y de ellos treinta y tres nacidos tuvieron complicaciones al nacer (44).

Por otro lado, en un estudio analiza dos recién nacidos con nacimiento antes del tiempo previsto que se les diagnostico por SC. Para el caso uno, se tenia una alta sospecha y se inicio con tratamiento, teniendo una buena respuesta clínica. En el segundo caso se diagnosticó por serología, lo que permitió el tratamiento. En definitiva en todos los casos la SC es un desafío constante en la práctica medico clínica puesto que se puede sospechar del evento para confirmar de manera precoz con el examen clínico de diagnóstico (51).

Así mismo, en el país de Argentina su Sistema Nacional de Vigilancia en salud, hizo un análisis con todas las visitas de salud como una oportunidad para el control en la serología de ITS. Para este caso 494 gestantes no se realizaron la prueba durante el embarazo, de estas el 21% tenía entre cinco o más controles prenatales y el 59% al menos uno (52).

Por último, hablar de Colombia, es resaltar que se han realizado investigaciones con respecto al numero de casos y la incidencia de SC en los departamentos del país. Tanto así que el INS informa que los departamentos de San Andrés, Vaupés y Amazonas no presentaron casos durante el tiempo de medición, mientras que otros departamentos y ciudades como Bogotá, Valle y Tolima fueron los que registraron mayor número de casos. Si bien es cierto que se han dado avances tecnológicos para responder al diagnostico y tratamiento precoz sigue siendo un evento de interés a los tomadores de decisiones (53).

5.6. RESPONSABILIDAD POR NIVEL

Existen diferentes estrategias nacionales las cuales permiten garantizar acciones para erradicar la SC, en las que se incluyen todas las recomendaciones de las organizaciones internacionales como OMS y la OPS. Estas estrategias van desde la concepción del Plan Nacional de la eliminación de la SC que fue propuesto en el año 1996, luego la Estrategia para la Reducción de Transmisión Materno Infantil de la SC en 2009 y el Plan estratégico para la eliminación de la transmisión del VIH.SC del 2011- 2015 (16).

Por otro lado, se crearon indicadores de seguimiento como estrategia que fueron propuestas por la OPS y la UNICEF en el marco de una iniciativa regional que se tomó para la eliminación de la transmisión materno fetal del VIH, SC para las regiones de las Américas y el caribe (54).

Como también, fue importante incluir las IPS que tienen la estrategia de la disponibilidad de la prueba rápida en el momento de la atención, para aquellas instituciones que presten ese servicio como tamizaje de rutina y la disponibilidad inmediata del medicamento, para este caso la penicilina benzatínica con el fin de iniciar tratamiento de los casos positivos (7).

5.6.1. PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO A LA GESTANTE

Dentro de las funciones esenciales de la salud pública, está la vigilancia de los eventos de salud, ésta es asociada a la responsabilidad de los tomadores de decisión en el control y la protección del servicio de salud poblacional. La función de vigilancia tiene como objetivo recolectar, analizar, interpretar y divulgar los datos específicos relacionados con la salud de los habitantes; estos datos son usados para planificar, ejecutar y evaluar la practica sanitaria. Colombia, por ejemplo, tiene como meta reducir la incidencia de la SC a 0,5 casos o menos, incluidos mortinatos por cada mil nacidos

Guía Referencia en Colombia

El Ministerio de salud ha desarrollado la guía de atención integral para SG y SC. Esta guía fue desarrollada para el año 2000 sin actualizaciones hasta hoy (55). Es de esta manera como se pretende romper la cadena epidemiológica de la transmisión de SC, con aspectos mejorados en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la embarazada (7).

El objetivo, es poder contribuir a la reducción de casos, con elemento como barreras estructurales, mejorando la calidad de atención en los servicios de salud tanto en la gestante como en el neonato e impactar positivamente los indicadores de cumplimiento en las metas propuestas a nivel nacional (7).

Pruebas en laboratorio y tratamiento

Es de vital importancia que cuando se inicie la atención se realice una historia clínica bien completa de la nueva gestante por lo que es vital hacer énfasis en los antecedentes relacionados a ITS, donde se indague por lesiones, factores de riesgo, diagnósticos y tratamientos previos tanto a ella como a sus contactos sexuales (7).

Para la atención integral es recomendable utilizar pruebas treponémicas rápidas que se realicen en el sitio de la primera atención, con la finalidad del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno (7).

Tabla 3. Pruebas de laboratorio

P (POBLACIÓN)	I (INTERVENCIÓN)	C (COMPARADOR)	O (OUTCOME/DESENLACE)
Gestantes en control prenatal	Pruebas rápidas en el sitio de atención	VDRL RPR FTABS HTPA TPPA PCR	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres con sífilis gestacional tratada • Aborto • Sífilis congénita • Parto pretérmino • Mortalidad materna • Mortalidad perinatal

Fuente: Guía de la práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de SG y SC de 2015

Para los casos que la prueba rápida de como resultado positivo en el primer momento de la atención, No es recomendable realizar prueba de alergia a la penicilina, en este caso es necesario ampliar la historia clínica con la finalidad de buscar antecedentes en aplicaciones anteriores, además de que la gestante pueda comentar sobre su hipersensibilidad (7).

Tabla 4. Tratamiento efectivo y seguro para SG

P (POBLACIÓN)	I (INTERVENCIÓN)	C (COMPARADOR)	O (OUTCOME/DESENLACE)
Paciente con diagnóstico clínico o de laboratorio de sífilis gestacional	Azitromicina Cefalosporinas Eritromicina	Penicilina benzatínica	<ul style="list-style-type: none"> • Casos de sífilis congénita Curación clínica • Disminución de títulos serológicos • Parto pre-término

Fuente: Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de SG y SC de 2015.

Para aquellas mujeres que no tengan antecedentes de reacción alérgica a la penicilina, la recomendación es usar penicilina benzatínica 2´400.000 UI IM que se debe aplicar al momento que se conoce el análisis clínico de la prueba treponémica, luego de ser necesario se continúa manejo de la sífilis según el estadio en el que se encuentre (7).

Según el estadio de la gestante se deberá administrar el tratamiento, para temprana o tardía se aplicará 2´400.000 UI de penicilina benzatínica por dosis única y para la de duración desconocida 2´400.000 UI de penicilina IM dosis semanal por tres semanas (5).

Para aquellas gestantes con diagnóstico positivo y que además tengan alergia a la penicilina, es recomendable utilizar penicilina benzatínica, previa desensibilización. Se debe iniciar la desensibilización con penicilina potásica vía oral (5). En aquellas gestantes que haya dado negativa la prueba, se debe repetir cada tres meses y por último al momento del parto (5). Ahora bien, en las gestantes que ya han sido tratadas con SG, es necesario realizar el tratamiento con la prueba no treponémica

VDRL y que se reporte en diluciones, en los cuatro momentos, trimestral y en el parto (5).

Las gestantes que fueron diagnosticadas con SG son recomendables que sus contactos sexuales tengan consultas, asesorías y valoración en ITS, ambientes saludables, y los demás elementos incluidos en la Resolución 796 de 2008 que esta relacionada con la asesoría y suministro de preservativos (5).

Además de la asesoría y valoración que pueden y deben tener sus contactos sexuales, deberán ser reportados y notificados por sus IPS y EPS donde se les presta el servicio de salud. Lo recomendable sería que el paciente indique por medio de la tarjeta de notificación el motivo de asistencia al centro de salud, en el caso que no se presente, se procederá la búsqueda activa de contactos, esto será conversado con la gestante para continuar con el proceso. En el caso de los contactos sexuales no es necesario realizar prueba diagnóstica de sífilis (5).

Para el tratamiento de contacto se recomienda administrar tratamiento teniendo en cuenta la sífilis desconocida que corresponde a 2'400.000 UI de penicilina benzatínica IM por tres dosis semanales, para los que resulten alérgicos, se recomienda la administración de doxiciclina 100 mg cada 12 horas, durante 14 días (5). Cuando se presente reinfección se deberá repetir el tratamiento la penicilina benzatínica 2'400.000 UI/IM por dosis semanal hasta completar tres dosis (5).

Nuevo producto recién nacido

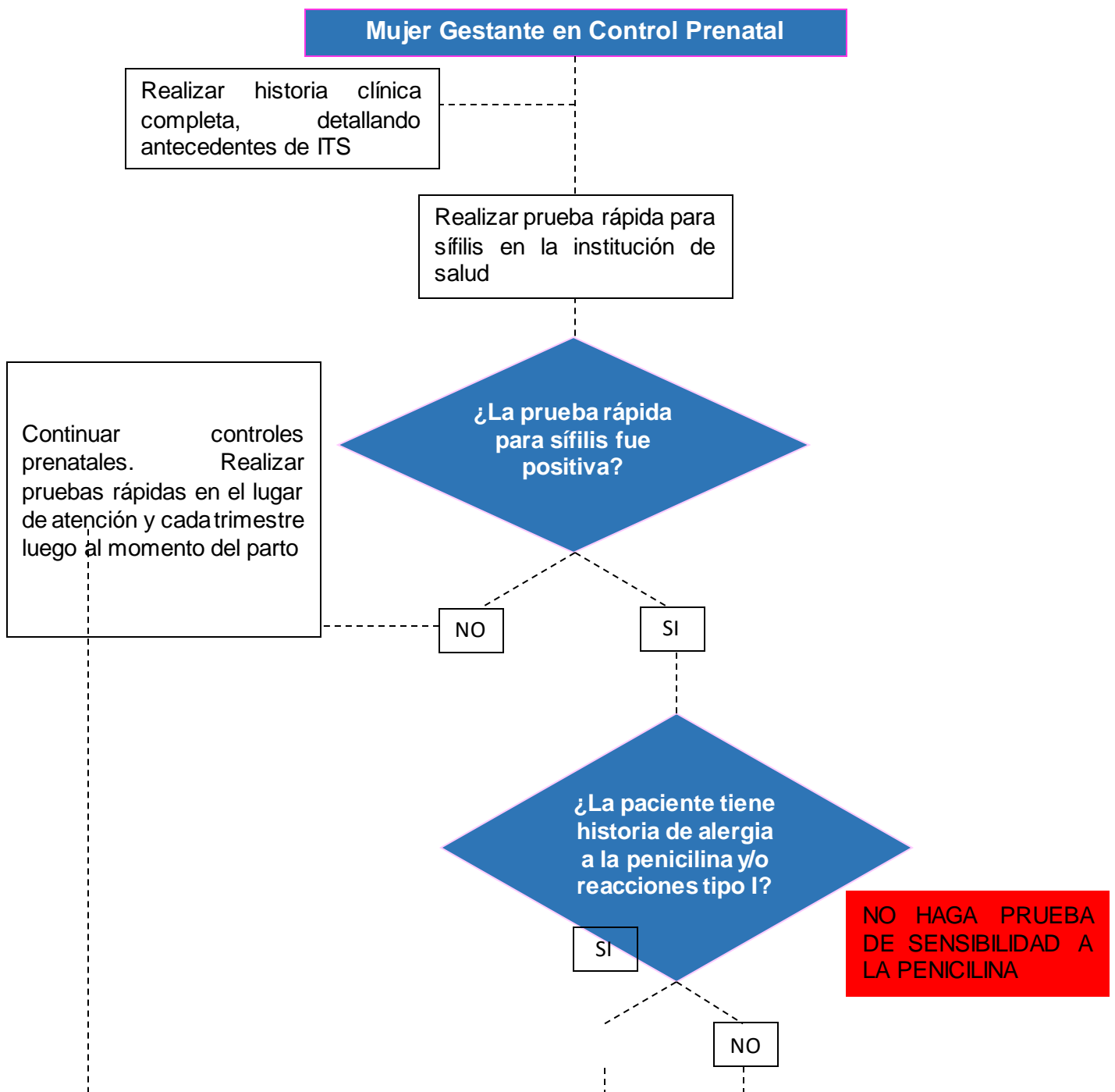
Para los productos que sean producto de la gestación de mujeres con antecedentes de SG en el embarazo actual se recomienda realizar exámenes clínicos y preclínicos definidos para la SC (5).

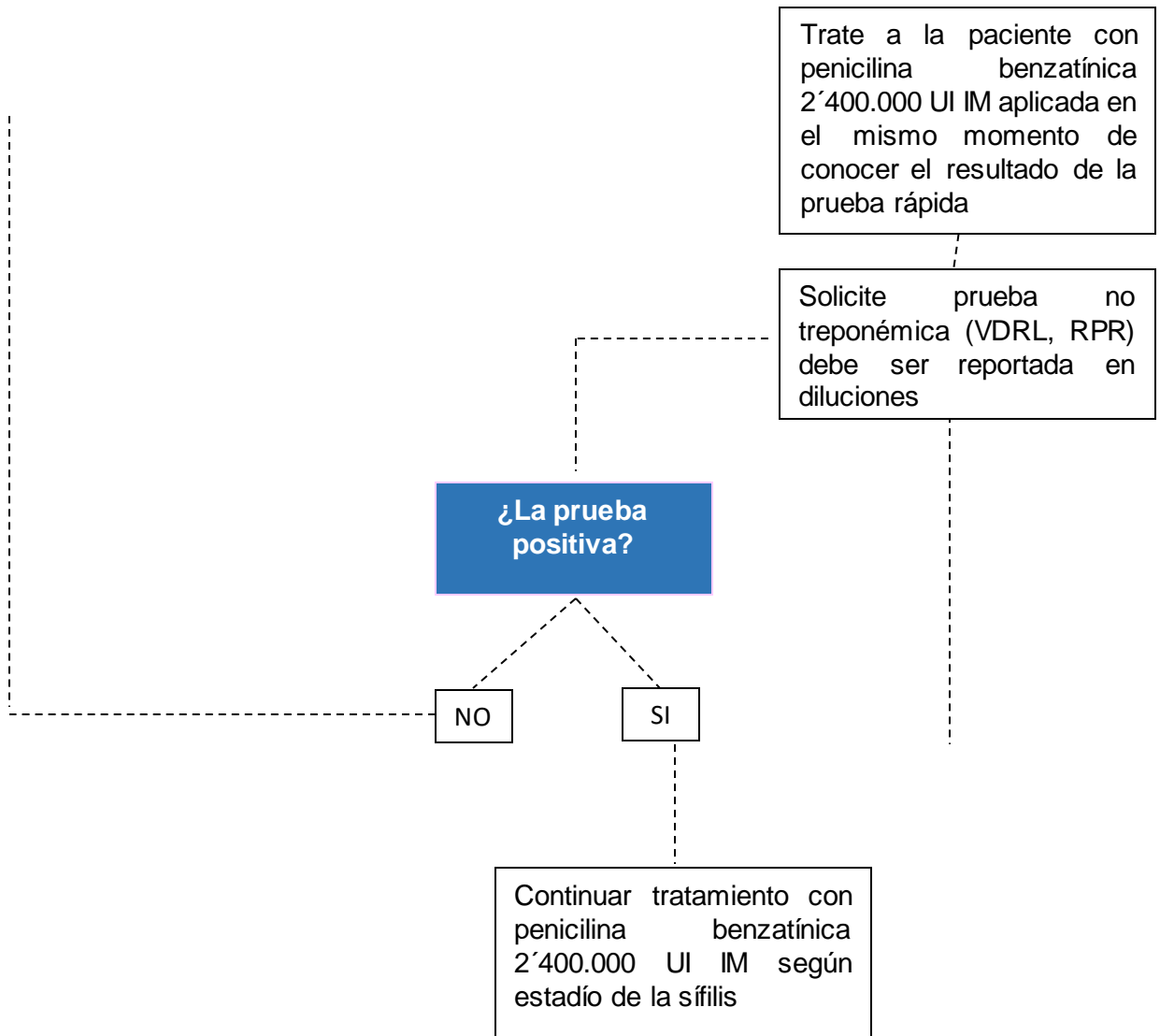
- Examen físico riguroso buscando evidencias de SC como bajo peso al nacer, hepatoesplenomegalia, rash
- Realización de la prueba que se debe realizar de sangre periférica y no de cordón umbilical
- Radiología en los huesos largos
- Uroanálisis

- Examen de bilirrubina (29).

Por lo anterior todo neonato que cumpla con los criterios de SC se recomienda usar penicilina G cristalina 100.000 UI/KG/IV dividida en dos dosis, cada una de 50.000 UI cada 12 horas por 7 días y luego 150.000 UI/KG/IV desde el día 8 al 10 administrada en tres dosis (1 dosis cada 8 horas) de 50.000 IU/KG cada una (5).

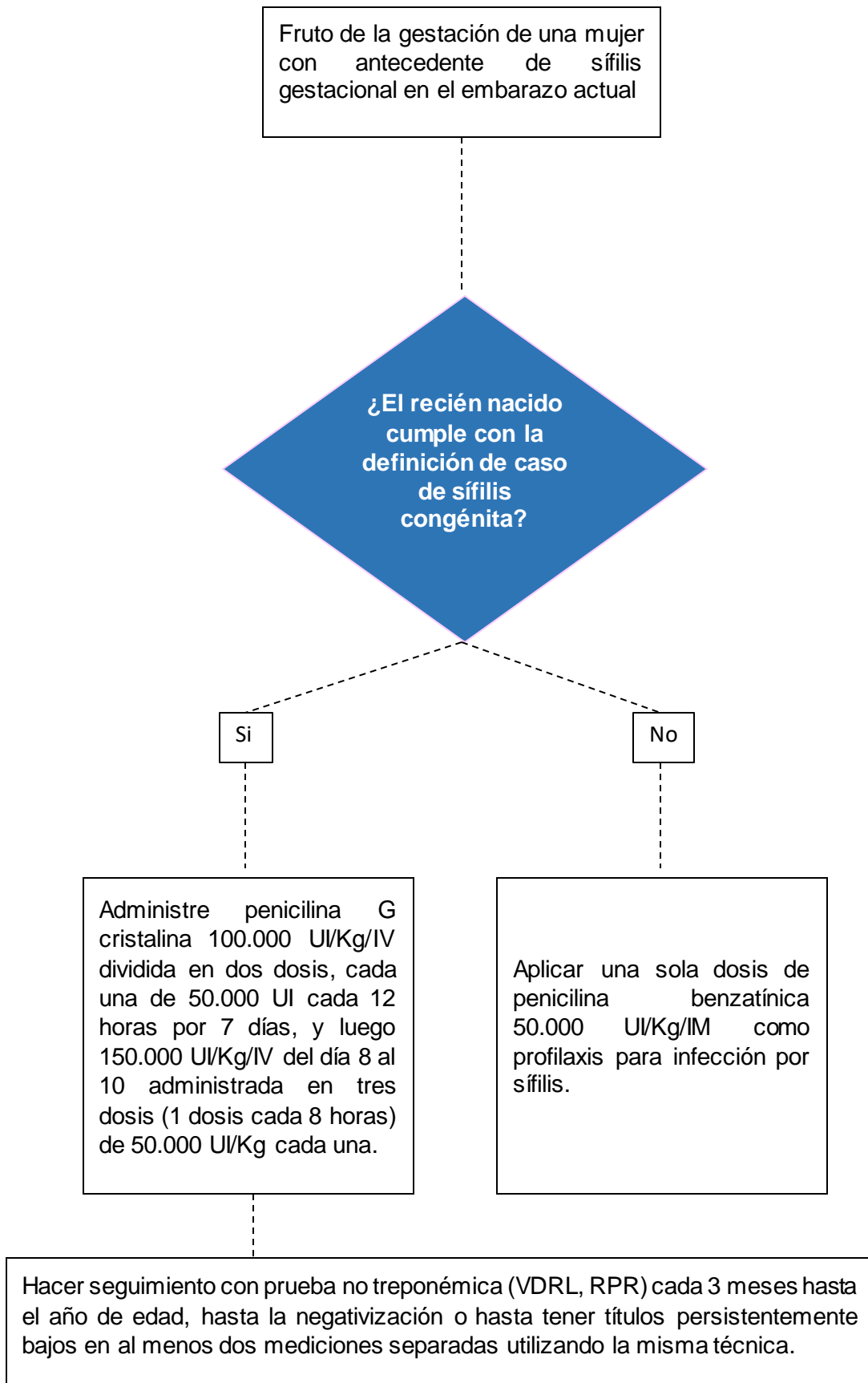
5.6.2. IMAGEN 1. FLUJOGRAMA DETECCION SIFILIS GESTACIONAL





Fuente: Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita GPC-2014-41

5.6.3. IMAGEN 2. FLUJOGRAMA SÍFILIS CONGÉNITA



Fuente: Guía de la práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la SG y SC 2014

5.6.4. PREVENCIÓN

El modo correcto para prevenir y/o detectar la sífilis congénita parte desde la realización de pruebas, serológicas en las consultas prenatales y un conocimiento previo del médico tratante sobre la actividad sexual durante el embarazo ayudan a contrarrestar y fundamentar el reconocimiento de cualquier tipo de infección sistemática antes del parto. Siendo la sífilis una enfermedad totalmente curable y exclusivamente del ser humano se pretende buscar la protección integral de las familias durante el periodo de gestación con programas de promoción de la salud, fomento y mantenimiento de la misma, prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno, tratamiento precoz y la rehabilitación de eventos en salud, basado en programas y políticas para cumplimiento de la agenda 2030 (1).

Por lo cual, estas medidas lo que buscan es un control social, vinculando a la comunidad para la prevención, control y vigilancia, combinando acciones de autocuidado enfocadas en doble protección, con el uso de preservativos, negociación con la pareja del tema de planificación y ETS (29).

6. METODOLOGIA

6.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo con diversos tipos de fuentes, para el cumplimiento de los objetivos específicos.

Los casos reportados como sífilis gestacional (740) y sífilis congénita (750) del Departamento del Atlántico. La percepción de las mujeres con una entrevista realizada a las pacientes y la revisión de las historias clínicas suministradas de las ESE del Departamento.

Los datos se exportaron a office Excel 2019, luego se realizó tabulación y análisis con el programa estadístico SPSS vers 22.

6.1.1. POBLACION

Para el presente estudio, se tomaron datos extraídos de la ficha 740 para sífilis gestacional y la 750 para sífilis congénita, que fueron reportadas en la historia clínica al momento del primer contacto con el sistema de salud hasta el puerperio de las gestantes que fueron atendidas en el Departamento del Atlántico durante el 2022. La información se obtuvo de los datos suministrados por el consolidado de la secretaría de salud departamental

Los datos utilizados fueron los siguientes:

- La base suministrada de sífilis gestacional 735 casos, se eliminaron 167 por duplicidad, quedando en total 567 casos para el análisis.
- Los casos de sífilis congénita suministrados fueron 108, se eliminaron 26 datos duplicados y sin variables para analizar, quedando 82 casos para el análisis.
- Del total de las gestantes diagnosticadas se lograron encuestar a 138.
- Para el análisis de las historias clínicas se analizaron 29.

6.1.2. CRITERIO DE INCLUSION

Mujeres gestantes cualquier edad que fueron atendidas en el periodo de 2022 en el departamento del Atlántico y que fueron reportadas por el SIVIGILA con sífilis confirmada por laboratorio clínico

6.1.3. CRITERIO DE EXCLUSION

Gestantes que al momento de realización del reporte al SIVIGILA presenten varias ITS o tengan las variables de estudio incompletas.

6.1.4. PLAN PARA RECOLECCION DE DATOS

Para el estudio, los datos fueron recolectados de fuentes secundarias, desde el registro de SIVIGILA de SC y SG que fueron consolidados por la secretaria departamental de salud 2022

Para las historias clínicas, se recolecto la información de la atención prestada por los profesionales tanto a la gestante como al neonato. Los datos fueron consolidados por la secretaria de salud del departamento en el programa office Excel

Al momento de la revisión de historias clínicas, se escogieron de forma aleatoria para la identificación de la adopción a la guía de protocolo por parte del equipo interdisciplinar.

La información de tipo primaria se obtuvo mediante encuestas semiestructuradas que se le aplicaron a las pacientes.

6.1.5. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Para este caso los casos duplicidad fueron eliminados 26 de la ficha 740 de sífilis congénita y 168 de la ficha 750 correspondiente a sífilis gestacional.

El programa estadístico que se utilizó fue SPSS versión 22, se solicitó la data al departamento vigilancia en salud pública responsable del evento, se exportaron a Office Excel 2019 para luego ser analizados.

6.1.6. ANALISIS CUANTITATIVO

Para este apartado se revisaron las historias clínicas con la finalidad de lograr identificar la apropiación de los profesionales a la guía de protocolo con respecto a los elementos de: prueba en la primera consulta, días desde el diagnóstico a la primera aplicación y tratamiento a la pareja.

Se usaron tablas de frecuencia univariados, presentando cada una de las variables de estudio a través de medidas de tendencia central, dispersión, así como las estadísticas bivariados como tablas de contingencia, fuerza de asociación, intervalos de confianza, significancia estadística.

Se analizaron las características sociodemográficas de acuerdo con la naturaleza de las variables; para estas se utilizaron proporciones, razones, medidas de tendencia central y dispersión. Luego analizaron a través de proporciones la cantidad de pacientes que les era identificado los elementos médico clínicos por medio de medias, porcentajes y tasas. Estos análisis se realizaron en el programa estadístico SPSS versión 22.

El análisis estuvo basado en recopilar y analizar datos que fueron obtenidos por medio de la ficha para el evento sífilis.

6.1.7. ANALISIS CUALITATIVO

Para este apartado, se realizó una entrevista semiestructurada para determinar la percepción de las pacientes que fueron diagnosticadas con sífilis gestacional, dando como resultado la sífilis congénita. El instrumento tenía las siguientes preguntas:

1. Fue clara las indicaciones por parte de los profesionales de salud para el cuidado de la infección
2. Dígame que Medidas y/o tratamientos se iniciaron para evitar quebrantos o progresos relacionados con la enfermedad
3. Dígame cómo se sintió con la atención en salud por parte de los profesionales sanitarios
4. Cómo ha sido la evolución del bebe luego del diagnóstico y tratamiento
5. ¿Qué le recomendarías a los profesionales para futuras atenciones de otras gestantes?

6.2. ASPECTOS ETICOS

Teniendo en cuenta los principios establecidos por el informe Belmont titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación” y con la Resolución 8430 de 1993, anotando a que esta investigación se considera sin riesgo cumpliendo con los aspectos mencionados el Artículo 6 de la resolución.

El proyecto se sometió al comité de ética de la Universidad del Norte, siendo avalado con acta n. 281 del 24 noviembre de 2022, en el marco de un proyecto de grado del programa de Maestría en Salud pública de la universidad del Norte, sede Barranquilla.

7. RESULTADOS

Objetivo 1: Analizar el reporte epidemiológico en mujeres diagnosticadas con Sífilis Gestacional en el departamento de Atlántico 2022.

Del total de 735 gestantes registradas en la base de datos, se eliminaron 168 por estar duplicadas; con estas se realizaron los siguientes análisis

Tabla 5 Características sociodemográficas reportada de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<14	3	0,5
15-19	142	25
20-28	306	54
29-35	79	14
>35	37	6,5
Total	567	100
Nacionalidad		
Colombia	434	76,5
Venezuela	133	23,5
Estrato		
Sin dato	5	0,9
1	387	68,2
2	167	29,5
3	8	1,4
Área		
Cabecera municipal	550	97
Centro poblado	15	2,6
Rural disperso	2	0,4
Grupo de Interés		

Desplazado	3	0,5
Migrante	59	10,4
Pob ICBF	1	0,2
No aplica	504	88,9

Fuente: Elaboración propia

Para la descripción de edad de las gestantes se encontró media de 24 años, con DE 5,87. La edad se clasificó por grupos etarios teniendo en cuenta el interés, embarazo infantil hasta 14 años con frecuencia de 3 gestantes, embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años fue de 25% (n=142), el 54% (n=306) estuvo representado por mujeres jóvenes, el 13,9% (n=79) mujeres adultas y el 6,5% (n=37) gestantes añosas.

Con respecto a la tabla 5, se expresa la procedencia el 76,5% (n=434) fueron colombianas, el restante venezolanas 23,5% (n=133). Las gestantes fueron de los estratos más vulnerables, 1,2 y 3, prevaleciendo el más bajo con 68,3% (n=387), el 2 con 29,5% y 3 con 1,4%.

La ubicación de las gestantes correspondió a la cabecera municipal con el 97% (n=550) el 3% restante fue por centro poblado y rural disperso con 0,4% (n=2). Para la variable de seguridad social predominó el régimen subsidiado en las gestantes, con el 69,1% (n=392), seguido del régimen contributivo por el 11,6% (n=66), sobresale que 18% (n=102) al momento de la atención estaban como no aseguradas.

Con respecto a los grupos de interés se muestra que la mayoría de las gestantes no eran parte de población desplazada o por cuidado de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, representadas con 0,5% (n=3) y 0,2% (n=1) correspondientemente.

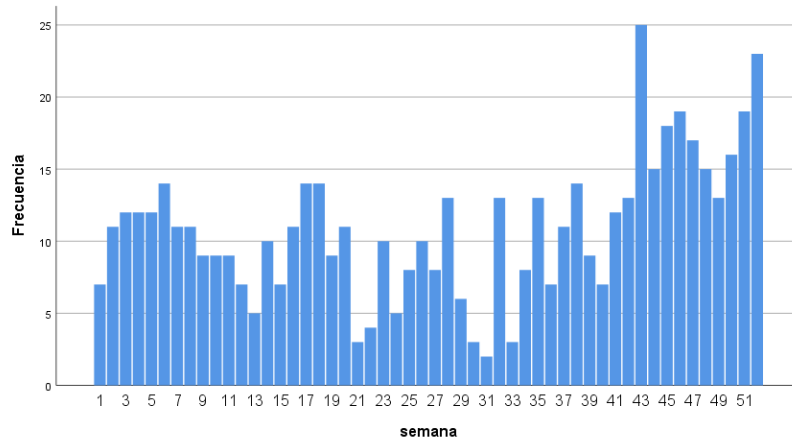


Imagen 3 Semanas epidemiológicas del reporte para el evento de interés diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico durante el 2022

Fuente: Elaboración propia

El grafico representa el reporte por semana epidemiológica correspondiente al año 2022, la media semanal fue de 10,9 casos reportados, la semana con mayor reporte fue la semana 43 con 25 casos representando el 4,4% y el menor reporte fue la semana 31 con 2 datos correspondiente al 0,4% de las gestantes.

Tabla 6 Fuente de notificación y reporte de hospitalización de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022

Fuente Notificación	Frecuencia	Porcentaje
Búsqueda activa inst	56	9,9
Notificación rutinaria	510	89,9
Vigilancia intensificada	1	0,2
Hospitalizada		
no	419	73,9
Si	148	26,1
Diagnostico en embarazo actual		
Primera vez	507	89,4
Reinfección	60	10,6

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la fuente de notificación del caso, el 89,9% (n=510) corresponde a notificación rutinaria, el 9,9% (n=56) por búsqueda activa y un caso por vigilancia intensificada.

Luego de conocer el diagnóstico positivo para sífilis gestacional el 26,1% (n=148) de las pacientes quedan hospitalizadas, las demás son enviadas a sus hogares. Teniendo en cuenta el embarazo actual, para el 89,4% (n=507) fue diagnosticada por primera vez, mientras el 10,6% (n=60) fue reinfección.

Tabla 7. Condiciones clínicas al momento del diagnóstico de sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022

Control prenatal		Condición al momento diagnóstico			Total	p valor	
		embarazo	parto	puerperio			
No	n	57	3	3	63	0,003	
	%	10,4%	50,0%	23,1%	11,1%		
Si	n	491	3	10	504		
	%	89,6%	50,0%	76,9%	88,9%		
Penicilina Benzatínica antes del parto							
1 dosis	n	213	5	1	219		0,025
	%	38,9%	83,3%	7,7%	38,6%		
2 dosis	n	17	0	1	18		
	%	3,1%	0,0%	7,7%	3,2%		
3 dosis	n	133	0	2	135		
	%	24,3%	0,0%	15,4%	23,8%		
o dosis	n	185	1	9	195		
	%	33,8%	16,7%	69,2%	34,4%		
Tratamiento de contactos							
no	n	265	5	11	281	0,009	
	%	48,4%	83,3%	84,6%	49,6%		
si	n	283	1	2	286		
	%	51,6%	16,7%	15,4%	50,4%		

Fuente: Elaboración propia

Se realizó análisis bivariado de la condición al momento del diagnóstico con el control prenatal, y para este análisis se encontró que el 88,6% (n=504) tenían control

prenatal y el 11,1% (n=63) estaban sin él. De las gestantes con control prenatal el 97,4% (n=491) fueron diagnosticadas en el embarazo. Aquellas sin control prenatal, al realizar el cruce de variables refleja que el 90%(n=57) se diagnostica en el embarazo.

Además de la presentación bivariado, se calculó el valor de p con chi cuadrado para determinar algún tipo de asociación, dando como resultado 0,003 siendo menor de 0,05 para aceptar la relación de las variables.

A continuación, se decidió realizar análisis bivariado de la aplicación de penicilina antes del parto con la condición al momento del diagnóstico, para lo cual, se evidencia que del total de mujeres diagnosticadas en el embarazo el 38,9% (n=213) llegaron con una dosis del medicamento antes del parto, el 33,8% (n=185) no tuvieron alguna aplicación del tratamiento, el 3,1% y el 24,3% recibieron entre 2 y 3 dosis respectivamente. Lo anterior con valor de p de 0,025, lo que evidencia asociación entre estas variables.

Teniendo en cuenta que además del tratamiento a la gestante es importante incluir a sus parejas en el tratamiento, se evidencio que más del 49% de las parejas no se realiza tratamiento, mientras que el 50,4% (n=286) sí. De estos el 51,6% recibe tratamiento en el tiempo de gestación de la paciente.

Tabla 8 Resultado de VDRL de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022

Resultado VRDL	Frecuencia	Porcentaje
< 2 DILS	176	31
4 DILS	117	20,6
8 DILS	83	14,6
16 DILS	73	12,9
32 DILS	61	10,8
64 DILS	39	6,9
128 DILS	11	1,9
256 DILS	2	0,4
2048 DILS	5	0,9
Total	567	100

Fuente: Elaboración propia

El resultado de VDRL para las gestantes con mayor frecuencia fue de <2DILS con 31% (n=176), seguido de 4 DILS, el 20,6% (n=117). El 89,9% (n=510) estuvo conformado hasta 32 DILS como resultado del VDRL.

Del total de las gestantes el 65,6% (n=372) llegaron con tratamiento antes del parto, y 34,4% (n= 195) llegaron sin tratamiento.

Para identificar el resultado del evento en congénita, se evidencio que el 14,4% (n=82) de los casos resultaron siendo sífilis congénita bajo ficha 740 del Instituto Nacional de Salud y se hallaron los siguientes resultados

Tabla 9 Sexo de neonatos productos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	42	51,2
Masculino	40	48,8
Total	82	100

Fuente: Elaboración propia

De los neonatos diagnosticados con sífilis congénita, el 51,2% (n=42) corresponde al sexo femenino y el 48,8% (n=40) fueron niños.

Tabla 10 Análisis bivariado de estado al momento del diagnóstico con la condición final de neonatos productos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022

condición final		Estado al momento del diagnostico				Total	P valor	IC 95%
		embarazo	parto	puerperio	sin dato			
muerto	n	3	0	0	1	4	0,000	Inf 0.000 Sup 0.036
	%	5,6	0,0	0,0	100	4,9		
vivo	n	51	17	10	0	78		
	%	94,4	100	100	0,0	95,1		
Total	n	54	17	10	1	82		
	%	100	100	100	100	100		

Fuente: Elaboración propia

Para el análisis bivariado del estado al momento del diagnóstico y la condición final, se evidencia que el 4,9% (n=4) fallecieron; de estos 3 que fueron diagnosticados al momento del embarazo, pero sin control prenatal y 1 sin dato o información clara de evidenciarlo. El diagnóstico en estado de gestación con resultado vivo fue del 9,4% (n=51). El análisis bivariado da como resultado p-valor 0,000 siendo este menor al 0,005, por lo que se evidencia asociación entre las variables de estudio.

Tabla 11 Tipo de caso producto de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022

Tipo de caso	Frecuencia	Porcentaje
Confirmación clínica	4	4,9
Confirmación nexa epidemiológico	30	36,6
Confirmado por laboratorio	48	58,5
Total	82	100

Fuente: Elaboración propia

Del total de casos el 58,5% (n=48) fueron hallados por la confirmación de laboratorio, el 36,6% (n=30) por nexa epidemiológico y el 4,9% (n=4) por confirmación clínica.

Tabla 12 Resultado de prueba VDRL en neonatos con sífilis congénita productos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en el Departamento del Atlántico 2022

Resultado Recién Nacido	Frecuencia	Porcentaje
< 2 DILS	29	35,4
4 DILS	18	22
8 DILS	5	6,1
16 DILS	5	6,1
32 DILS	6	7,3
64 DILS	4	4,9

512 DILS	13	15,9
sin dato	2	2,4
Total	82	100

Fuente: Elaboración propia

La distribución por resultado de VDRL en el recién nacido, estuvo en el 57,4% (n=47) entre <2 y 4 DILS. Luego de esos datos resalta el 15,9% (n=13) con resultado de 512 DILS.

Tabla 13. Comparación entre pacientes con sífilis gestación y resultado de sífilis congénita, Departamento del Atlántico 2022

Seguridad Social				
Sífilis Gestacional			sífilis congénita	
Contributivo	66	11,6	3	3,7
Excepción	4	0,7	0	0
Indeterminado	3	0,5	2	2,4
No asegurada	102	18	13	15,9
Subsidiado	392	69,1	64	78,0
Control Prenatal				
NO	63	11,1	22	26,8
SI	504	88,9	59	72,0
Tratamiento Contactos				
NO	281	49,6	61	74,4
SI	286	50,4	21	25,6

Con respecto a la sífilis gestacional y congénita, se hizo el análisis con las variables entre ellas, seguridad social, control prenatal y el tratamiento para contactos.

En la seguridad social se evidencia que las pacientes con sífilis gestacional el 69,1% fueron del régimen subsidiado, en los casos de congénita el régimen subsidiado también fue la mayoría con el 78%.

Para el control prenatal en las pacientes con sífilis congénita si tenían el 88,9% mientras que aquellos casos de congénita el 72% tenía controles prenatales

Y finalmente para la aplicación de tratamiento a las parejas sexuales en el caso de sífilis gestacional el 49,6% no tenían tratamiento, pero en los casos de congénita aumenta la cifra hasta el 74,4% sin el antibiótico.

Objetivo 2: Revisar la atención registrada por la historia clínica a mujeres con Sífilis Gestacional en departamento de Atlántico 2022.

Para este objetivo se analizaron 29 historias clínicas suministradas por el ente departamental para la revisión a la luz de la guía con elementos necesarios que deben estar claros en la revisión.

Tabla 14 Realización de prueba rápida y días registrados en historia clínica a gestante diagnosticada con sífilis gestacional en el departamento del Atlántico, 2022

Realización de prueba rápida en primera atención	Frecuencia	Porcentaje
No	13	44,8
Sí	16	55,2
Días de la primera atención a diagnóstico		
0	8	27,6
1	1	3,4
3	1	3,4
4	1	3,4
23	1	3,4
41	1	3,4
62	1	3,4
76	1	3,4
83	1	3,4
105	1	3,4
109	1	3,4
143	1	3,4
223	1	3,4
Total	20	69
Sin dato	9	31
Total	29	100

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta el algoritmo de la guía de manejo para el evento de sífilis gestacional, en la historia clínica se evidencia que el 55,2% (n=16) de las historias revisadas tienen la realización de la prueba en la primera atención, el restante le fueron enviados los exámenes para ser autorizados por sus EPS y luego la realización. Para la intervención oportuna de los casos, se revisó cuantos días

después de la primera consulta se diagnostica la gestante con exámenes de laboratorio. El 27,6% (n=8) de las historias clínicas iniciaron tratamiento el mismo día del diagnóstico como lo indica la guía de manejo, el 31% (n=9) estaban sin dato, antes de 7 días de diagnóstico el 10,2% (n=3) lograron iniciar el tratamiento. Las demás pacientes iniciaron tratamiento desde 23 hasta 223 días después del diagnóstico.

Tabla 15 Análisis bivariado de clasificación del evento con la administración de tratamiento registrada en historia clínica a gestante diagnosticada con sífilis gestacional en el departamento del Atlántico, 2022

Tratamiento enviado		Clasificación del diagnóstico					p valor	IC 95%	
		Sífilis de duración desconocida	Sífilis tardía (sífilis latente mayor a (>))	Sífilis temprana (menor o igual a (<=))	Sin información	Total			
	n	0	0	0	0	1	0,000	Inf 0.00 Sup 0.101	
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4			
Penicilina benzatínica IM 3 dosis	n	7	5	4	0	16			
	%	0,0	12,5	0,0	0,0	55,3			
Penicilina benzatínica IM dosis única.	n	2	3	6	0	11			
	%	22,2	37,5	60	0,0	37,9			
Sin información	n	0	0	0	1	1			
	%	0,0	0,0	0,0	100	3,4			
Tratamiento a la pareja						p valor			IC 95%
No	n	5	2	4	1	12			0,544
	%	55,6	25	40	100	41,4			
Sí	n	3	3	4	0	10			
	%	33,3	37,5	40	0,0	34,5			
Sin información	n	1	3	2	0	7			
	%	11,1	37,5	20	0,0	24,1			

Fuente: Elaboración propia

El diagnóstico reportado en las historias clínicas fue de sífilis temprana con el 34,5% (n=10), seguido de sífilis tardía con el 27,6% (n=8) y el 31% (n=9) reportado como sífilis de duración desconocida.

Con respecto a la administración de dosis única se reporta en el 40,7% (n=11) de las historias revisadas; de éstas el 54.5% (n=6) fueron clasificadas como sífilis temprana, el 27,3% (n=3) como sífilis tardía y el 18,2% (n=2) de duración desconocida. Ahora bien, el 48,1% (n=13) se administró penicilina benzatínica en 3 dosis, una semanal; estas pacientes fueron manejadas el 38,5% (n=7) con duración desconocida, el 3,8% (n=5) tardía y el 30.8% (n=4) con sífilis temprana. Para el análisis bivariado el p valor fue de 0,000 lo que evidencia asociación en las variables de estudio.

La variable de tratamiento a la pareja por nexos epidemiológico evidencia que el 34,5% (n=10) fue aplicado, mientras que el 41,4% (n=12) fue negativo.

Tabla 16 Prueba de seguimiento en segundo trimestre registrada en historia clínica a gestante diagnosticada con sífilis gestacional en el departamento del Atlántico, 2022

Realización de la prueba	Segundo trimestre		tercer trimestre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
no	10	34,4	15	51,7
si	18	62	14	48,3
Total	29	100	29	100

Fuente: Elaboración propia

Para el seguimiento y control de las gestantes se revisó en las historias clínicas si se evidenciaba prueba de seguimiento en el segundo trimestre, por lo que se halla que el 62% (n=18) si tiene ese seguimiento

Continuando con la atención y seguimiento de la paciente se evidencia que en este casi es mayoría la no evidencia de la segunda prueba con el 51,7% (n=15), las demás pacientes si reportan segunda prueba en la historia clínica

Objetivo 3: Conocer la percepción de las pacientes diagnosticadas con sífilis gestacional con respecto a la atención en salud en el departamento del Atlántico 2022.

De las 567 gestantes diagnosticadas, se logró contactar al 24,3% (n=138), a través entrevista con preguntas abiertas y luego de darles a conocer el consentimiento informado, se evidencia lo siguientes:

Con la pregunta de ¿Qué tratamiento le enviaron? El 95% de las mujeres mencionaron el tratamiento con antibiótico, entrega de preservativos y educación sexual.

Tabla 17 Percepción con respecto a la claridad de los profesionales en gestante diagnosticada con sífilis gestacional en el departamento del Atlántico, 2022

Claridad de los profesionales	Frecuencia	Porcentaje
No	7	5,1
Sí	131	94,9
Total	138	100
Atención materna por profesionales		
bien	129	93,5
confundida con la atención	3	2,2
inconforme	1	0,7
Mal	2	1,4
No fue a la cita	2	1,4
Sentí que el médico miraba mucho la computadora	1	0,7
Evolución Del Bebe		
Sin Dato	1	0,7
Bien	118	84,8
Bien niño nace con una alergia	1	0,7

Bien, a la niña le realizaron el examen y salió positivo luego le realizaron otro nuevo	1	0,7
Bien. pero con control cada dos meses para realizarle análisis	1	0,7
Él bebe ah presentados quebrantos de salud en estos días, pero ha comenzado a mejorar	1	0,7
Él bebe bajo de peso, pero con el tratamiento volvió a tomar su peso	1	0,7
Él bebe fallece	1	0,7
Estuvo en uci y se le hicieron tratamientos y todo perfecto	1	0,7
falleció	4	2,9
Fue Buena, después le hicieron un degado	1	0,7
Fueron Dos Niños Y están Bien De Salud	1	0,7
Le realizaron tratamiento por 10 días con ampicilina.	1	0,7
Mal	1	0,7
Mas o menos	1	0,7
No fue a cita	1	0,7
Pediatra le mando exámenes y todo salió bien sin ninguna enfermedad	1	0,7
Reporta embarazo retenido	1	0,7
Total	138	100

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la claridad de la información que le brindaron los profesionales, las usuarias respondieron en un 94,9% (n=131) que la información fue clara, el 5,1% (n=7) respondieron que no.

Con la pregunta, ¿cómo se sintió con la atención de los profesionales de salud? En las respuestas se evidencian el 93,5% (n=129) dijo sentirse bien, el 2,2% (n=3) se sintieron confundidas, el 1,4%(n=2) dijeron sentirse mal y no asistir a la cita. Por último, una paciente reporta que el médico miraba mucho la computadora en la atención.

Con la pregunta ¿cómo sigue el bebe después del diagnóstico? El 84,8% (n=118) madres dicen que está bien, entre otras respuestas están que han presentador quebrantos de salud, bajo de peso, luego hicieron legrado y el 2,9% (n=4) fallecieron.

La última pregunta de recomendación a los profesionales de salud encontramos los siguientes comentarios:

- Excelente atención por parte del equipo profesional que me atendió
- Que continúen con el excelente proceso de atención a las gestantes y los bebes
- Mejorar el trato y la privacidad
- Mejorar oportunidad en la aplicación del tratamiento
- Que sean más atentos
- Dictar charlas educativas para la prevención de la enfermedad
- Mejorar la claridad en la información
- Aumentar las actividades de promoción y prevención

8. DISCUSION

Luego de analizar los resultados con respecto a mujeres con diagnóstico de sífilis gestacional, neonatos con sífilis congénita, análisis de historias clínicas y percepción de las gestantes en cuanto a la atención de los profesionales de salud, discutimos los siguientes aspectos:

El primer elemento que se evidencio fue mujeres con el diagnóstico de sífilis, en el año 2022 Colombia reporto 548 (8,6%) mujeres con este diagnóstico, siendo el Atlántico responsable del 3,7 de los casos de sífilis por 1000 nacidos vivos(56).

Países como Perú, Venezuela y Canadá reportan los siguientes indicadores donde el primer país registra 3.680 casos de sífilis, siendo esta población caracterizada por tener mayor edad, bajo nivel educativo, menor control prenatal y mayor paridad (57), a comparación de la población venezolana entre el 2020 y 2021 se notificaron 6.233 casos de sífilis gestacional en mujeres atendidas en los servicios de salud colombiano, en 5.007 casos (80,3%) la ocurrencia fue en Colombia, mientras que 1.226 casos fueron procedentes de Venezuela (58). Por último, se notificaron 1,74% de casos en Canadá lo que evidencia que se hace necesario políticas públicas que impacten este indicador nacional(59).

Para la edad media que se vio en el estudio, fue de 24 años, siendo la de mayor proporción el grupo de 20-24, en países como Brasil la edad promedio de diagnóstico de sífilis evidencio entre 20-29 años el 16,7% (n=3.404) de las gestantes tenían 5° a 8° grado incompleto y el 38,6% (n=7.855) habían ignorado la escolarización (60).

El uso de Penicilina Benzatínica esta reportado en la guía de atención como el medicamento para el manejo de la sífilis gestacional, se evidencio en el estudio que el 38% (tabla13) de estas mujeres llegaron con 1 dosis aplicada, el 23,8% con las 3 dosis. A nivel internacional se reporta que en sífilis congénita es necesario aplicar tratarse con penicilina G cristalina acuosa de 100 000 a 150 000 unidades/kg por día administradas como 50 000 U/kg por dosis por vía intravenosa cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y luego cada 8 horas hasta un total de 10 días. En los neonatos dio como resultado de 7 días promedio en el diagnóstico, siendo este mayor al internacional de referencia (61).

El análisis del número de casos observados hasta el 2020 comparado con lo esperado entre 2016 y 2019, evidencio en la SG un aumento en el numero de casos del 68.4% en la 38 departamentos y distritos y una disminución y algo de estabilidad en el 15.8%. para el caso de SC, se presento un incremento del 50% de las ET analizadas, un decremento en el 7,9% y estable en el 42,1% para este evento (56).

Con respecto a los neonatos reportados con sífilis congénita fue del 14% (n=82). A nivel internacional el Centro de control y detección de enfermedades (CDC) informa que después de un declive constante desde el 2008 hasta el 2012, los datos

evidencian aumento en las tasas de SC. En el año 2015, la cantidad de casos de SC alcanzaron el nivel mas alto de lo que se había observado desde el 2001, evidenciado por el boletín en Colombia donde la proporción de casos de SC cuyos casos notificados fue de SG alcanzo el 75,4% (62) (56).

Relacionado con la calidad de la atención, en las gestantes diagnosticadas con Sífilis congénita se observa que el diagnóstico se realizó en un 90,6 % en tercer trimestre, el 49% tuvo control prenatal (CPN), y un 19,9 % de madres tuvieron Control Prenatal pero no recibieron tratamiento o fue inadecuado (56). El tratamiento a los contactos sexuales solo llegó al 24,2%; en el estudio se evidencio que el 49.6% de las parejas si recibieron el tratamiento para sífilis, dato que refleja el fortalecimiento de la atención en las pacientes y su familia.

La historia clínica es un documento privado del paciente que se debe revisar con los profesionales de salud; en la guía de manejo de la patología se evidencia que es necesario que se tome la prueba rápida en la primera atención, para este estudio el 55,2% se realizó la práctica. El algoritmo de la NOM-007-SSA2-2016 de México, propone que la atención durante el embarazo debe estar encaminada a la realización de pruebas de sífilis en su primer contacto con el sector salud, si este fue su primer contacto, el número de casos reportados de SC aumentó de 43 casos en 2013 a 121 en 2017. Encuesta realizada en México hallo que el 6,6% de anticuerpos contra treponema pallidum en mujeres que tenían antecedentes de hijos nacidos muertos y el 2,6% con hijos nacidos vivos, lo que sugiere una asociación entre Treponema pallidum y abortos. Diversos estudios en mujeres embarazadas en México han detectado prevalencias de sífilis entre 0.26 y 2.3 % (63).

Con respecto a la percepción de las gestantes diagnosticadas se evidencia que el 94% identifica que, si es clara la información al momento de la atención, así como en México la revisión de historias clínicas se observó que 55,4% contaba con los resultados de laboratorio de sífilis y solo 37,4% de historias clínicas perinatales contaba con registro de resultados de laboratorios. A través de las entrevistas, se pudo observar que los proveedores perciben que el tamizaje de sífilis se realiza al 100% de las embarazadas que asisten al control prenatal (64).

9. CONCLUSIONES

Se evidencia que, en el departamento, la mayoría de los casos diagnosticados tienen notificación en las cabeceras municipales, estratos socioeconómicos menos favorecidos y edad de mayor incidencia desde 13 a 29 años

El 86% de los casos diagnosticados inicia el tratamiento con penicilina benzatínica en semanas avanzadas de la gestación, lo que refleja debilidades en las estrategias de captación temprana de las gestantes a los programas para la atención prenatal.

Es por esta razón que el monitoreo en la atención primaria es de vital importancia puesto que es esencial para que la región del Atlántico pueda dar cumplimiento a las metas establecidas para la erradicación de la Sífilis.

Por otro lado, se encontró una gran diferencia entre el número de las gestantes que recibieron tratamiento para el control de SG y la prevención de SC y el número de contactos sexuales que accedieron al tratamiento, que solo reportó uno.

Es importante resaltar que el 50% de los contactos de las gestantes diagnosticadas con sífilis tuvo acceso al tratamiento situación que pone entredicho la calidad de los controles prenatales en cuanto a detección temprana de alteraciones durante el embarazo, especialmente, de las implicaciones y repercusiones que la sífilis puede tener en la madre y el recién nacido.

Las historias clínicas reflejan que existen barreras en la prestación de los servicios por autorizaciones y temas administrativos para la adherencia en el momento de la atención, además las Historias Clínicas se encuentran con un mal diligenciamiento en aspectos de aplicación de tratamiento para poder realizar análisis en los tiempos, no se halla registro de antecedentes con respecto a enfermedades de transmisión sexual.

Es necesario implementar estrategias que apunten a mitigar el riesgo de morbimortalidad en los menores como resultado de transmisión de sífilis de forma vertical.

Con respecto a la atención es necesario continuar con la calidad humana y humanización que caracteriza a los profesionales a cargo de estos pacientes.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ospina M, Prieto F, Pacheco O, Quijada H. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública en Sífilis Gestacional y Congénita. Inst Nac Salud. 2017;
2. Autoridad Nacional del Servicio Civil. Incorporación de un Tema de Salud Pública en la Agenda de Decisión desde el Enfoque del Derecho a la Salud, el Caso de Sífilis Congénita en Argentina, 2016. *Angew Chemie Int Ed* 6(11), 951–952. 2021;2013–5.
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Sífilis Gestacional y Sífilis Congenita. Inst Nac Salud. 2015;02:1–40.
4. Cruz, L. Sífilis gestacional: un problema de salud pública. *Rev Fac Med.* 2011;59(3):163–5.
5. Rowe CR, Newberry DM, Jnah AJ. Congenital Syphilis: A Discussion of Epidemiology, Diagnosis, Management, and Nurses Role in Early Identification and Treatment. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2022 Jan 13];18(6):438–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30020089/>
6. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Saman Wijesooriya N, Guy Mahiané S, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2022 Jan 13];14(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30811406/>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. 126 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-guia-completa-sifilis.pdf>
8. Manuel V, Valdés R, Hernández G, Guillermo V, Aranda D. Frecuencia de anticuerpos treponémicos y no treponémicos para sífilis en poblaciones en riesgo de tres instituciones de salud del distrito de Barranquilla. *Rev Arch Venez Farmacol y Ter.* 2015;36(81):303–11.
9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual romper la cadena de transmisión. 2007;68.
10. Valderrama J. Metodología para estudios de subnotificación de sífilis en embarazadas. *Organ Panam la Salud* [Internet]. 2005;32. Available from: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/SubnotSifilisEmbarazo.pdf>
11. Rodríguez CR. Análisis de la Prevalencia de Niños con Sífilis Congénita en Madres con VDRL Positivo. *Repos Univ Guadalajara.* 2019;

12. Gamez MJ. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. 2022 [cited 2022 Jan 20]. p. 1. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
13. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: Un problema grave de solución sencilla. Vol. 16, Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health. 2015. p. 211–7.
14. Vélez LG. Reconociendo el problema de la sífilis en las gestantes. Bol la Of Sanit Panam. 2008;68(3):210–4.
15. World Health Organization. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. WHO [Internet]. 2007;1–46. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf?ua=1
16. Gaviria A, Ruiz F, Burgos G, Osorio E, Lique R, Caiceo S. Plan de intensificación para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia. Minist Salud y Desarro Soc [Internet]. 2013;13–7. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-minsalud-20018-2019.pdf>
17. Tolosa-Pérez N. Sífilis Gestacional Y Sífilis Congenita. Protoc Vigil en Salud Pública. 2015;3–40.
18. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención de la sífilis gestacional y congénita [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-guia-completa-sifilis.pdf>
19. Gómez Barroso O, Gámez Toirac Y, Legrá Delfino R, Martínez García D. Infecciones perinatales transmitidas de madre a hijo. Vol. 79, Revista de Información Científica. 2013. 15 p.
20. Docente N, Gonz G, Polanco LEZ. Incidencia de la sífilis en el área de salud del municipio. Guisá, enero 2014-diciembre 2015. Multimed. 2017;21(2):44–51.
21. Yusuf N, Rohmah T. La Historia de la Sífilis o ¿La Sífilis en la Historia? Rev Medica Univ. 2012;8:274–82.
22. Bernal M, Be R. Las pruebas serológicas en el diagnóstico de la enfermedad infecciosa. Rev la Fac Med. 2013;47(2):89–97.
23. Griemberg G, Ravelli MR, Del Carmen Etcheves P, Orfus G, Pizzimenti MC. Sífilis y embarazo control prenatal, seroprevalencia y falsos biológicos positivos. Medicina (B Aires). 2014;60(3):343–7.
24. Torales G, Galarza P, Soto V. Diagnóstico y Tratamiento de sífilis. Minist Salud y Desarro Soc Argentina. 2019;24(2):277–86.

25. Pineda-Leguizamo R, Villasis-Keever MÁ. Sífilis congénita: Un problema vigente. *Rev Mex Pediatr*. 2017;84(2):45–7.
26. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features [Internet]. Vol. 12, *Clinical Microbiology Reviews*. *Clin Microbiol Rev*; 2015 [cited 2022 Jan 7]. p. 187–209. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10194456/>
27. Delben TVT. Características del Sífilis y un Nuevo Enfoque. *Saúde & Conhecimento* [Internet]. 2018;8–11. Available from: <http://www.periodicos.univag.com.br/index.php/jornaldemedicina/article/download/743/917>
28. Berdasquera Corcho D, Lazo Álvarez MÁ, Galindo Santana BM, Gala González A. Sífilis: pasado y presente. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 7];42(2):0–0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Transmisión Materno Infantil del VIH , la Sífilis Congénita , la Hepatitis B y la enfermedad de Chagas Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH. 2017;1–39.
30. Gutiérrez Sandí W, Chaverri Murillo J, Cruz JEN. Vista de Enfermedades de transmisión sexual y salud sexual del costarricense. Tema II. Sífilis y gonorrea.pdf. 2016. p. 3–15.
31. Arando M. La reemergencia de la sífilis en Barcelona [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 7]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=275046>
32. Aguilar Ticavilca R del P. Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. *Univ Nac Mayor San Marcos* [Internet]. 2014;1–57. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3573>
33. Suarez L, Pardo O, Betancourt N, Vasquez Y, Martell M. Comportamiento de la Sífilis en el Municipio Nuevitas, 2016 - 2019. 2019;2016–9.
34. Sanchez. A. Factores sociodemográficos maternos que predisponen a la presencia de sífilis congénita en el neonato. *Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2013;17. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44812828003.pdf>
35. Ares S, Díaz C. Seguimiento prematuros. Vol. 18, *Pediatría Integral*. 2014. 344–355 p.
36. Salvia D, Álvarez E, Bosch J, Goncé A. Infecciones congénitas. *Pediatría Integr*. 2008;
37. De La Hoz F, Enrique M, Duran M, Pacheco García OE, Bonilla HQ, Duran MB, et al. Sífilis Gestacional Y Sífilis Congenita Enfermedades Transmisibles.

2022 Mar.

38. Fica A, Montiel P, Saavedra S, Meissner M, Velásquez Jc. The resurgence of syphilis among pregnant women in southern Chile. *Rev Med Chil*. 2021;149(3):348–56.
39. Cifuentes Cifuentes Y, Angel-Müller E, Díaz Moreno RC. Sífilis congénita resultado de una Neurosífilis materna no diagnosticada. Reporte de caso. *Rev Médicas UIS*. 2020;33(1):73–80.
40. Garcia B, Cubillos C. Factores Asociados a La Sífilis Gestacional En Mujeres Colombianas Y Venezolanas Que Reciben Atención En Una Institución De Alta Complejidad En Salud, En El Departamento De Norte De Santander, Año 2017 Y 2018. *CES Med*. 2019;8(5):55.
41. Almeida AS, Andrade J, Fermiano R, Jamas MT, Carvalhaes MA de BL, Parada CMG de L. Syphilis in pregnancy, factors associated with congenital syphilis and newborn conditions at birth. *Texto e Context Enferm*. 2021;30:1–13.
42. Gaviria A, Correa LF, Dvila C, Burgos G, Osorio E. Marco para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la Sífilis, la Hepatitis B y la Enfermedad de Chagas. *Minist la Protección Soc [Internet]*. 2017;53(9):1689–99. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/eliminacion-transmision-materno-infantil-vih-sifilis-chagas-hepeticib-etmi-colombia-2018.pdf>
43. Bolomo G, Campoy MV, Garritano MV, Miraglia E, Sierra MSG, Ibáñez MJ, et al. Sífilis adquirida y congénita: Nuestra experiencia en el Consultorio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del HIGA, San Martín de La Plata (2011-2015). *Med Cutan Ibero Lat Am*. 2016;44(3):198–205.
44. Diaz J. Vigilancia epidemiológica de sífilis y gonorrea. *Rev Chil Infectol*. 2013;30(3):303–10.
45. Valderrama J. Eliminación de la sífilis congénita en américa latina y el caribe. *Organ Panam la Salud*. 2013;(202):0–2.
46. Stagno S. Sífilis congénita. *Rev Med Chil [Internet]*. 2011 [cited 2022 Jan 20];106(5):387–91. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/pediatría/infecciones-en-recién-nacidos/sifilis-congénita>
47. Prevention C for DC and. Sexually Transmitted Disease Surveillance. *Dep Heal Hum Serv*. 2018;24–30.
48. OMS. Infecciones de transmisión. *Infec Transm [Internet]*. 2019 [cited 2022 Jan 7];7(2):1–9. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
49. Revollo R, Tinajeros F, Hilari C, García SG, Zegarra L, Díaz-Olavarrieta C, et al. Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia TT - Maternal

and congenital syphilis in four provinces in Bolivia. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2015;49(6):422–8. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000600009

50. Manríquez Urbina JM, García Ochoa M. Situación epidemiológica de sífilis y sífilis congénita TT - Epidemiological situation of syphilis and congenital syphilis. *Vigía (Santiago)* [Internet]. 2014;10(24):55–7. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-569850>
51. Cavagnaro S.M. F, Pereira R. T, Pérez P. C, Vargas Del V. F, Sandoval C. C. Sífilis congénita precoz. a propósito de 2 casos clínicos. *Rev Chil Pediatr.* 2014;85(1):86–93.
52. Albornoz et al. Prevalencia de sífilis en puerperas sin control serológico en el último mes de gestación y estudio de su relación con factores de riesgos. *Rev Argentina Salud Publica* [Internet]. 2018;9:25–32. Available from: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen35/25-32.pdf>
53. Alzate-granados JP, Sánchez-bello NF, Amaya-arias AC, Eslava-schmalbach FPJ. Disparidades en la incidencia de sífilis congénita en Colombia 2005 a 2011: Un estudio ecológico. 2012;14(6):965–77.
54. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual [Internet]. Vol. No. 1569, Clap/Smr. 2015. 32 p. Available from: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=79-iniciativa-regional-para-la-eliminacion-de-la-transmision-maternoinfantil-de-vih-y-de-la-sifilis&category_slug=publicaciones-sifilis&Itemid=219&lang=es
55. Ministerio de Salud. Resolución 3384 del 29 de Diciembre del 2000. *Minist Salud* [Internet]. 2000;2000(Diciembre 29):1–58. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_3384_DE_2000.pdf
56. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Comportamiento de la vigilancia en Salud Pública de Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita, semanas epidemiológicas 01 a 35, 2017 - 2022. 2022.
57. Gonzales GF, Tapia V, Serruya SJ. SÍFILIS GESTACIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL PERÚ EN EL PERIODO 2000 - 2010. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2018;
58. Cuellar C, Rodríguez A, Roa A, Daza J, Marin D. Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en población migrante venezolana atendida en los servicios de salud en Colombia, 2020- 2021. Cuellar. *Minist Salud y Prot Soc* [Internet]. 2021;2020–1. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/V/S/ED/GC>

FI/nota-politica-n1-comportamiento-sifilis-gestacional-congenita-migrantes-2020-2021.pdf

59. Bolomo G, Campoy MV, Garritano MV, Miraglia E, Sierra MSG, Ibañez MJ. Sífilis adquirida y congénita: Nuestra experiencia en el Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). 2019.
60. Amorim EKR, Matozinhos FP, Araújo LA, da Silva TPR. Trend in cases of gestational and congenital syphilis in Minas Gerais, Brazil, 2009-2019: an ecological study. *Epidemiol e Serv Saude*. 2021;30(4).
61. Cao Y, Su X, Wang Q, Xue H, Zhu X, Zhang C, et al. A Multicenter Study Evaluating Ceftriaxone and Benzathine Penicillin G as Treatment Agents for Early Syphilis in Jiangsu, China. *Clin Infect Dis*. 2017;65(10):1683–8.
62. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sífilis congénita: Hoja informativa de los CDC [Internet]. CDC Multilingual Services. 2015 [cited 2023 Mar 30]. p. 4. Available from: <https://www.cdc.gov/std/spanish/sifilis/stdfact-congenital-syphilis-s.htm>
63. Herrera-Ortiz A, López-Gatell H, García-Cisneros S, Cortés-Ortiz MA, Olamendi-Portugal M, Hegewisch-Taylor J, et al. Sífilis congénita en México. Análisis de las normas nacionales e internacionales desde la perspectiva del diagnóstico de laboratorio. *Gac Med Mex*. 2019;155(5):464–72.
64. Tinajeros F, Ares LR, Elías V, Reveiz L, Sánchez F, Mejía M, et al. Barreras del personal de salud para el tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas de la Red Los Andes, Bolivia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2017;41(5):1–6.

11. ANEXOS

11.1. CARTA DE AVAL DEL PROYECTO



Comité de Ética en investigación de la División
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte

ACTA DE EVALUACIÓN: N° 281

Fecha: 24 de noviembre de 2022

Nombre Completo del Proyecto: "Evaluación de la atención integral en sífilis gestacional como desenlace a sífilis congénita en el departamento del Atlántico 2022".

Investigador principal: Katherine Meneses Ramirez

Co-investigadores: Ana Ríos García, Karen García Ferrer

Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación: En el departamento del Atlántico.

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 24 de noviembre de 2022

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo con la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del protocolo en referencia:

- Proyecto de investigación
- Resumen ejecutivo
- Información para el paciente y formulario de consentimiento informado. Versión 1. Fecha 26 octubre 2022

 UNIVERSIDAD DEL NORTE
Comité de Ética en Investigación
en el Área de la Salud

11.2. VARIABLES DE ESTUDIO

Macro variable	Variable	Definición Conceptual	Naturaleza y Medición	Clasificación Operacional
Sociodemográfico	Edad	Años vividos por la gestante al momento de la atención	Cuantitativa Continua - Intervalo	<14
				15-19
				20-28
				29-35
Nacionalidad	Son las divisiones administrativas con homogeneidad relativa desde el punto de vista geográfico, cultural, social y económico.	Cualitativa nominal	Colombiana	
			Venezolana	
Estrato socioeconómico	clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	Cuantitativa discreta razón	0,1,2,3	
Área de residencia	se trata de agrupaciones de las entidades singulares de población con el objeto de conseguir una repartición de población en grupos homogéneos respecto a una serie de características que atañen a	Cualitativa nominal	cabecera municipal Centro poblado Rural disperso	

		su modo de vida.		
	Seguridad social	sistema de seguro de salud que garantiza a la población nacional contra los costes de la asistencia sanitaria.	Cualitativa nominal	Contributivo Subsidiado Indeterminado Excepción No asegurado
	Grupo de Interés	Agrupación por nivel de prioridad	Cualitativa nominal	Desplazado Migrante Población ICB
Reporte Ficha de notificación	Semana epidemiológica del Reporte de Sífilis gestacional	período es generalmente de una semana para reportar enfermedades de interés en el país	Cuantitativo discreto razon	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,1,15,16,17,18,19, 20,21,22,23,2,25,26,27,28,29, 30,31,32,33,34,35,36,37,38,39, 40,41,42,43,44,45,46,47,48,49, 50,51
	Fuente de notificación	Fundamento de reporte del caso	Cualitativa nominal	Búsqueda activa Notificación rutinaria Vigilancia intensificada

hospitalización	Ingreso de una persona enferma en una institución para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico.	Cualitativa nominal	si - no
Diagnostico en embarazo actual	Clasificación de la infección al momento del diagnostico	Cualitativa ordinal	Primera vez Reinfección
Control prenatal	Evidencia de reporte en la ficha de control médico al progreso del embarazo	Cualitativa nominal	si - no
Condición al momento del diagnostico	Etapas de gestación al momento del diagnostico	Cualitativa ordinal	Embarazo Parto Puerperio
Dosis de Penicilina Benzatínica antes del parto	Cantidad de dosis aplicadas antes del parto	Cuantitativa discreta razón	0 dosis 1 dosis 2 dosis 3 dosis
Tratamiento a contactos sexuales	Aplicación de tratamiento a parejas sexuales	Cualitativa nominal	si - no
Resultado de la serología	La serología es el estudio científico de la sangre que observa la respuesta del sistema inmunitario a la vacunación o a las infecciones con patógenos	Cuantitativo discreto	2 DILS
			4 DILS
			8 DILS
			16 DILS
			32 DILS
			64 DILS
			128 DILS
			256 DILS
			512 DILS
1024 DILS			

				2048 DILS
	Sexo neonato	característica biológica por anatomía al nacimiento	Cualitativa nominal	masculino femenino
	condición final del producto	resultado al finalizar el proceso de gestación	Cualitativa nominal	Nacido vivo Muerto
	Tipo de caso del producto de la gestación	clasificación de reporte	Cualitativa nominal	Confirmación clínica Nexo epidemiológicos Laboratorio
Historia clínica	Realización de prueba en la primera atención	primera intervención médico clínica en la atención de la gestante	Cualitativa nominal	si - no
	Días de aplicación del tratamiento desde la primera atención a diagnóstico	numero de días que pasaron desde la primera atención hasta el diagnóstico	Cuantitativo discreta de razón	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9... 223
	Clasificación del diagnóstico	relación ordenada de la patología según criterio médico	Cualitativa nominal	Sífilis de duración desconocida Sífilis tardía Sífilis temprana
	Tratamiento enviado	medio farmacológico que se utiliza para tratar la patología	Cualitativa nominal	Penicilina dosis única Penicilina 3 dosis
	Realización de la prueba en segundo trimestre	solicitud, realización y reporte de análisis de la prueba en el segundo trimestre	Cualitativa nominal	si - no

	Realización de la prueba en tercer trimestre	solicitud, realización y reporte de análisis de la prueba en el tercer trimestre	Cualitativa nominal	si - no
Percepción pacientes	Claridad de los profesionales	Percepción de pacientes frente a la claridad de profesionales en medio del tratamiento de la patología	Cualitativa nominal	si - no

Fuente: Elaboración propia

12. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	DESARROLLO	FECHA
Escoger la región con el Entrevista, para establecer la relación dentro del marco normativo según la información brindada por las clínicas de la región	Desarrollar la propuesta basándose en las visitas de las entidades dentro de la zona escogida	16/10/2022
Analizar los datos de la información suministrada por el departamento del Atlántico y la información brindada por la clínica	Para establecer la zona donde están las personas más afectadas y donde se establece la recurrencia	19/10/2022
Visita de análisis	evidencias los motivos por los cuales los métodos de P y P no están funcionando	23/10/2022 - 26/10/2022

Empezar a analizar el problema	establecer estadísticas para relacionar datos	24/10/2022
Propuesta y plan de acción	Reunión con el equipo focal para establecer plan de acción y medidas a tomar basado en la fase posterior durante el proceso de atención de las madres gestantes	29/10/2022
Conclusión	Conclusión	3/11/2022
Seguimiento	Formular plan de atención y seguimiento después de la información obtenida basada en la provisión e intervención de planes de P&P	6/11/2022

13. PRESUPUESTO

RUBROS	COSTOS	TOTAL
1. RECURSOS HUMANOS		
INVESTIGADOR	\$ 2,900,000	\$ 17,400,000
ASESOR (ES)	\$ 1,800,000	\$ 10,800,000
2. GASTOS GENERALES		
EQUIPOS	\$ 4,500,000	\$ 4,500,000
FOTOCOPIAS	\$ 120,000	\$ 720,000
VIÁTICOS	\$ 560,000	\$ 3,360,000
PAPELERÍA	\$ 280,000	\$ 840,000
TÉCNICOS RECOLECCIÓN DE DATOS	\$ 1,500,000	\$ 9,000,000
	\$ 11,660,000	\$ 46,620,000