

Adherencia de los profesionales al protocolo de manejo y red de apoyo familiar de sífilis gestacional y congénita

Luz Myriam Tobón Borrero*
Claudia Inés Navarro Toro**
Mónica Rosaura García Baquero***

ISSN 1794-9831
(IMPRESO)
ISSN 2322-7028
(EN LINEA)
Vol. 11 No. 2
Jul - Dic 2014
Cúcuta, Colombia

Recibido:
25 de Septiembre
de 2014

Aceptado:
9 de Diciembre
de 2014

RESUMEN

Objetivo: Determinar la adherencia de los profesionales médicos y de enfermería al protocolo de sífilis congénita y gestacional implementado por el Ministerio de la Protección Social. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal con una población de 215 gestantes y una muestra de 11 gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en 10 municipios de un departamento en Colombia entre febrero y abril de 2013. Se utilizaron como instrumentos el Familiograma, Faces III (Olson), Lista de chequeo protocolo. Medidas de tendencia central. Participación voluntaria bajo consentimiento informado. **Resultados:** la media poblacional es de 20 años, baja escolaridad, amas de casa, en unión libre, todas afiliadas a seguridad social. El 60% corresponde a familias nucleares, faces III: 50% familias equilibradas, 30% moderadas y 20% extremas. Protocolo: Una gestante no tuvo control prenatal, el 54,5% no registran factores de riesgo, 60,3% diagnosticadas en tercer trimestre, 36,3% de recién nacidos con sífilis congénita, no se registra seguimiento serológico, no hay registro educativo a la paciente ni a la pareja, no hay valoración de genitales ni piel en examen físico de las gestantes, atención a RN incompleta, tratamiento suministrado adecuado. **Conclusiones:** Predominio de las familias nucleares y equilibradas, con capacidad de aprender de las crisis. No hay adherencia total al protocolo, no hay seguimiento por parte de los profesionales que brindan atención y cuidado a la usuaria. Se evidencia falta de educación continua en el tema al profesional de enfermería como líder del proceso en la región.

PALABRAS CLAVES: Protocolos, relaciones profesional-familia****.

* Enfermera.
Docente
Universidad de los Llanos. Correo electrónico: lmtobon@unillanos.edu.co.

** Enfermera.
Docente
Universidad de los Llanos. Correo electrónico: cnavarro@unillanos.edu.co.

*** Enfermera.
Docente
Universidad de los Llanos. Correo electrónico: mgarcia@unillanos.edu.co.

**** Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud.

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Tobón-Borrero LM, Navarro-Toro CI, García-Baquero MR Adherencia de los profesionales al protocolo de manejo y red de apoyo familiar de sífilis gestacional y congénita. Rev. cien. cuidad. 2014; 11(2): 19-30.

Adhesion of professionals to management protocol and gestational and congenital syphilis family support network

ABSTRACT

Objective: To determine the adherence of medical and nursing professionals to the protocol of congenital syphilis and gestational implemented by the Ministry for the Protection. **Materials and Methods:** Descriptive longitudinal study with 215 pregnant population and sample 11 pregnant women diagnosed with gestational syphilis in 10 localities of a state in Colombia between February and April 2013 were used as instruments the "Familiograma", Faces III (Olson) protocol check list. Measures of central tendency. Voluntary participation under informed consent. **Results:** Population average is 20 years, low education, housewives, married, they have social security. 60% of nuclear families, faces III: 50% balanced families, 30% moderate and 20% extreme. Protocol: One (1) pregnant women had no prenatal care. 54.5% reported no risk factors, diagnostic 60.3% in third quarter, 36.3% newborns with congenital syphilis, no serological monitoring is recorded, no educational record to the patient or partner, no valuation genital skin or physical examination of pregnant women, newborns incomplete care, provided proper treatment. **Conclusions:** Prevalence of nuclear and balanced families, with ability to learn from crises. No full adherence to the protocol, no monitoring by professionals providing care and attention to the user. Lack of continuing education about the topic to the nurse as leader of the process in the region is evident.

KEYWORDS: Protocol, professional-family relations.

A adesão dos profissionais e gestão de suporte de rede família de protocolos de gestação e sífilis congênita

RESUMO

Objetivo: Para determinar a aderência do protocolo médico e de enfermagem da sífilis congênita e gestacional implementado pelo Ministério para os profissionais de proteção. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo longitudinal com uma população de 215 grávida e uma amostra de 11 mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis gestacional em 10 municípios de um departamento na Colômbia, entre fevereiro e abril de 2013, foram utilizados como instrumentos a Familiograma, Faces III lista de verificação (Olson) protocolo. Medidas de tendência central. A participação voluntária sob consentimento informado. **Resultados:** A média da população quer dizer 20 anos, baixa escolaridade, donas de casa, união, todos os filiados para a segurança social. Os 60% é famílias nucleares, enfrenta III: 50% famílias equilibradas, 30% moderada e 20% extremas. Protocolo: Um as mulheres grávidas não tinha o pré-natal. 54,5% não relataram fatores de risco, diagnóstico de 60,3% no terceiro trimestre, 36,3% recém-nascidos com sífilis congênita, sem acompanhamento sorológico é registrado, não há registro educacional para o paciente ou do parceiro, sem avaliação pele genital ou no exame físico de mulheres grávidas, recém-nascidos atenção incompleta, desde o tratamento adequado. **Conclusões:** A prevalência de nuclear e equilibrada, com capacidade de aprender com as crises familiares. Sem plena adesão ao protocolo, nenhum monitoramento por profissionais que prestam cuidados e atenção para o utente. Falta de educação continuada sobre o assunto para enfermeiro como líder do processo na região é evidente.

PALAVRAS-CHAVE: protocolo, relações profissional-família.

INTRODUCCIÓN

La sífilis sigue siendo un grave problema de salud pública a pesar de las políticas y las estrategias articuladas por el gobierno colombiano a través del Ministerio de la Protección Social, quien para el año 2010 publicó el protocolo de manejo de sífilis gestacional y congénita (1).

En la actualidad los profesionales de la salud en especial los (las) médicos/as y los (las) enfermeros/as, cuentan con las herramientas necesarias para lograr impactar las estadísticas hacia el descenso y cambiar el rumbo de la situación actual de la sífilis gestacional (SG) y sífilis congénita (SC).

Sin embargo, pese a todos los planes de capacitación y actualización nacional se observa una situación preocupante en la región de los llanos Orientales, es así como para el año 2012 se reportaron 158 casos de sífilis gestacional y 64 casos de sífilis congénita lo que pone de manifiesto deficiencias de orden tanto estructural como técnico en los servicios de salud (2).

Para poder avanzar en la disminución de la incidencia de sífilis congénita la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda reforzar las actividades de prevención de la sífilis en aquellos servicios de salud donde se tendría que estar realizando la detección y tratamiento de forma sistemática, promover la coordinación inter programática y luchar contra la sífilis congénita desde la perspectiva de los programas de salud (3).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo longitudinal con enfoque cuantitativo. Se utilizaron fuentes primarias y secundarias (historia clínica). El universo estuvo constituido por 3.000 gestantes proyectadas para el periodo de estudio, la población fueron 215 gestantes inscritas en el programa de control prenatal durante el periodo de febrero a abril de 2013 y la muestra son 11 gestantes que corresponden al total de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en 10 municipios de un departamento en Colombia.

La aproximación a las familias en estudio se hizo a escala individual aplicando el instrumento a un solo miembro de la familia en este caso la gestante, y se

evaluó a la familia desde su punto de vista.

Los instrumentos utilizados en la recolección de la información fueron el familiograma, el modelo circunplejo de Olson (faces III), los cuales solo se aplicaron a 10 de las 11 gestantes que constituyeron la muestra debido a la presencia de grupos armados al margen de la ley en la ubicación geográfica de residencia de una de las gestantes, y la lista de chequeo que consta de 19 parámetros y está inmersa en el protocolo de atención para sífilis gestacional y congénita implementado por el Instituto Nacional de Salud (1) la cual fue aplicada a las historias clínicas de las gestantes diagnosticadas con SG.

Para la validez y confiabilidad de los instrumentos se tomaron los conceptos de Zicavo et al. (4) que caracterizaron psicométricamente la escala Faces 20 (versión en español) con respecto a las dimensiones de cohesión y adaptabilidad respectivamente, propuestas por Olson et al en 1983 en el modelo Circunplejo de Sistemas Maritales y Familiares con una muestra constituida por 200 padres, madres y apoderados de ambos sexos.

Inicialmente realizaron el análisis de confiabilidad (Alfa de Cronbach) para evaluar el grado en que los ítems de una misma dimensión median un concepto común, obteniéndose valores de un α 0,89 en Cohesión, un α 0,87 en Adaptabilidad, fundamentándose en que existe una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es superior a 0,7 en ambas dimensiones teóricas. A nivel general se considera un valor de Alfa de Cronbach de 0,93 en la escala total, lo cual da cuenta de sus altos niveles de confiabilidad, valor que comprobó sus propiedades métricas en cuanto a consistencia interna.

La lista de chequeo es un instrumento que forma parte del protocolo vigilancia y análisis del riesgo en salud pública protocolo de vigilancia en salud pública sífilis gestacional y congénita el cual fue previamente validado por el Instituto Nacional de Salud (3).

Las variables se describieron como frecuencias absolutas y porcentajes, las variables continuas se describen como medidas de tendencia central según corresponda a sus respectivas dispersiones, la organización y procesamiento de los datos se hizo bajo el programa Excel.

En lo relacionado con las consideraciones éticas, la participación de los sujetos en el estudio fue voluntaria y bajo consentimiento informado. Durante todo el proceso de recolección y análisis de la información se respetaron los principios de confidencialidad, veracidad, beneficencia y no maleficencia.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la adherencia de los profesionales médicos en la aplicación del protocolo de sífilis congénita y gestacional en gestantes diagnosticadas entre febrero y abril de 2013 en un departamento X.

Objetivo Específicos

- Establecer el perfil sociodemográfico de la población objeto de estudio.
- Establecer el cumplimiento al protocolo de sífilis congénita y gestacional por parte de los profesionales médicos.
- Determinar si la gestante con diagnóstico de sífilis cuenta con apoyo familiar.
- Enunciar el tipo de seguimiento realizado a la gestante una vez hecho el diagnóstico de sífilis y hasta la obtención del producto.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Perfil sociodemográfico

En relación al perfil sociodemográfico de las 11 gestantes que conformaron la muestra de estudio, 5 se encontraban en el rango de edad de 15 a 24 años donde 1 es menor de edad. 3 participantes están entre 25 y 34 años y 3 entre 45 y 54 años. El total de la muestra es decir 11 gestantes tiene como ocupación ama de casa y conviven con sus parejas respectivas en unión libre.

Frente a la variable escolaridad 4 gestantes cuentan con educación básica primaria incompleta, 3 poseen educación secundaria incompleta y 4 educación secundaria completa. En cuanto a la zona de residencia 9 participantes tiene su residencia en el área urbana

y 2 en área rural muy distante a pueblo cercano que facilite la accesibilidad a los servicios de salud.

El 100% de las participantes pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); 72,7% al régimen subsidiado, 18,1% al régimen contributivo y 9% pertenece al régimen especial (Ejército Nacional).

Familiograma

Estructuralmente las familias estuvieron distribuidas así: 36,6% presentan estructura nuclear completa, con un subsistema social que consta de dos adultos de diferente género que ejercen el papel de padres de uno o más hijos. De estructura extensa se encontraron 27,2% familias, caracterizadas por vivir bajo el mismo techo dos o más generaciones con lazos de consanguinidad. El 18,1% de las familias presentaron estructura ampliada con presencia de miembros afines no consanguíneos, y por último se encontró 18,1% de familias simultáneas donde una o las dos personas que conforman la pareja han tenido uniones anteriores que han concluido en ruptura, en estas nuevas familias es frecuente que los hijos vengan de diferente padre o madre.

En lo relacionado con tipo de familia según la legislación colombiana (5) las 11 familias que conforman la muestra concuerdan en un 100% con el tipo de unión de la pareja de hecho o unión libre, unidas mediante un contrato psicológico con intensidad duradera.

El elemento con mayor inferencia en un famiograma es el nivel de relaciones en la familia, los hallazgos al respecto determinaron que de las 11 familias, el 72,2% tiene un nivel de relación estrecha, 18,1% relaciones conflictivas y 9,09% relación inestable.

Los antecedentes familiares constituyen un factor de riesgo considerable en el estado de salud de los individuos que conforman el famiograma, dependiendo del grado de consanguinidad, y así mismo será el riesgo de padecerla. En relación a las 11 familias del estudio 27,2% de las gestantes niegan tener antecedentes familiares, 36,3% manifiestan tener antecedentes de hipertensión arterial en primer grado de consanguinidad, el 18,1% participantes refieren antecedentes de diabetes Mellitus Tipo 2 en

primer grado de consanguinidad, las demás relacionan enfermedad cardíaca, cáncer de cuello uterino y asma.

El modelo de Olson

De acuerdo a Schmidt et al. (6), se consideran tres dimensiones principales para el diagnóstico de familia, la cohesión, adaptabilidad y la comunicación familiar. Para la investigación realizada se ha elegido como indicadores, las dimensiones de cohesión y adaptabilidad ya que estas cumplen con los requerimientos necesarios en el cumplimiento de los objetivos propuesto.

El 50% de las familias son equilibradas, el 30% son moderadas y el 20% son extremas.

Con respecto al grado de cohesión familiar:

- 36,6% son familias desligadas
- 27,2% son familias separadas
- 18,1% son familias unidas
- 9,09% familia aglutinada.

En relación al grado de Adaptabilidad familiar:

- 9,09% es familia rígida
- 27,2% son familias estructuradas
- 27,2% son familias flexibles
- 27,2% son familias caóticas

Adherencia al protocolo de atención

El 100% de las historia clínicas incluye aspectos socio-demográficos como son: edad, sexo, zona de residencia, condiciones del ambiente y acceso a los servicios de atención prenatal, el 81,8% incluye antecedentes ginecobstétricos: fecha última menstruación, paridad, periodo intergenésico, resultado de serologías previas, edad de inicio de actividad sexual, número de compañeros sexuales.

El 100% de las historias clínicas incluyen el momento del diagnóstico en relación a la edad gestacional 63,6% gestantes fueron diagnosticadas en el tercer trimestre y entre las semanas 36 y 41 de gestación, 1 en el segundo trimestre entre las semanas 18 y 20 de gestación, 9,09% en el primer trimestre en la semana 12 y 9,09% fue diagnosticada en el posparto inmediato. Solo el 54,5 % de los registros presentan reporte sobre identificación de factores de riesgo, el

100% de las historias indaga sobre antecedentes de otras infecciones de transmisión sexual y recambio de parejas o más de una pareja sexual donde el 45,4% tienen antecedentes de haber adquirido otro tipo de infección de transmisión sexual y 18,1% manifestó que alguno de la pareja ha tenido más de una pareja sexual.

En relación al control prenatal, 36,6% de las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional accedieron a 3 o menos controles prenatales, 54,5% accedieron a 4 y más controles prenatales y solamente el 9,09% nunca asistió al programa de control prenatal.

En el 9,09% de las historias clínicas se evidencia registro de información sobre consumo de sustancias psicoactivas, en las demás aparentemente no se indago sobre el tema, pues no parece registro de consulta. En el 54,5% de las historias no aparece registro de la escolaridad de la gestante. Al 54,5% de las gestantes no se les realiza examen ginecológico en busca de lesiones genitales y no hay registro de búsqueda de lesiones de piel.

El 100% de las gestantes que tuvieron mínimo un control prenatal se les ordeno prueba no treponémica, al igual que en el tercer trimestre de gestación y a las 11 gestantes se les hizo prueba treponémica después del parto. Solo a 63,3% de las 11 parejas actuales de las gestantes se les tomo prueba serológica, al igual que solo a 54,5% de las 11 parejas recibieron asesoría o consejería para la toma de Elisa, VIH y hepatitis B.

Referente a los resultados de las pruebas serológicas con el 63,6% de gestantes se utilizó la prueba no treponémica Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) y con 36,3% gestantes la prueba Rapid Plasma Reagin (RPR). El 45,4% de las pruebas reportaron 4 diluciones, 27,2%; 8 diluciones, 18,1%; 2 diluciones y 9,09% 32 diluciones. De acuerdo a los antecedentes a 63,3% de las gestantes se les ordenó Fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-Abs), en las demás historias no aparece la justificación de no solicitar la prueba.

De los registros obtenidos del recién nacido solo a 36,3% de los recién nacidos se les tomo la prueba serológica no treponémica VDRL, y reportaron positivos para Sífilis Congénita, con títulos de 1, 2,8 y 32 diluciones las demás historias no tienen registro

o no reposan en las instituciones por remisión de la gestante a otra institución para atención del parto.

En el 90,9% de los recién nacidos se realizó examen físico en busca de evidencias de sífilis congénita. En 27,2% de ellos no se realizó hemograma con recuento de plaquetas. Al 54,5% no se les tomo rayos X de huesos largos, solamente en 18,1% de los casos se les dio de alta con el resultado de la serología materna.

En el 90,9% de los casos el tratamiento suministrado fue de acuerdo con las recomendaciones dadas en el protocolo de vigilancia en salud pública sífilis gestacional y congénita y a lo estipulado por las guías de atención de la sífilis congénita, pero en el 36% de estas historias clínicas no parece evidencia de la certeza de cumplimiento en el tratamiento.

En relación al seguimiento que de acuerdo al protocolo deben hacer las instituciones que prestan el servicio a la usuaria frente a la toma de serología no treponémica a los 3, 6, 9, 12 y 24 meses posparto, reportó que en un 100% de los registros no aparecen instrucciones frente al seguimiento que se debe hacer, solo 18,1% de las historias clínicas reportan asistencia de la usuaria al control puerperal es decir a los 8 días después del parto.

Así mismo no aparecen notas de inasistencia o de búsqueda de la paciente para programar los seguimientos propuestos en el protocolo. Se revisaron las historias de los cuatro recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita y solo uno registra seguimiento e inscripción al programa de crecimiento y desarrollo.

Morales (7) en su estudio determinó “que las condiciones sociodemográficas que influyen la presencia de sífilis gestacional y por consiguiente la sífilis congénita son: mujeres vulnerables que se encuentran en condición de desamparo, menores de edad, primigesta, influenciadas por la cultura que le impide a la mujer tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas e informadas, tener un nivel educativo bajo, la falta de conocimientos básicos en el uso de anticonceptivos, medidas de protección sexual y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), tener más de 3 compañeros sexuales, la no planeación del embarazo, no haber asistido a control prenatal, el inicio temprano de la actividad sexual, el

uso de sustancias psicoactivas y la pobreza”.

Estos aspectos concuerdan con los encontrados en el perfil sociodemográfico obtenido de las usuarias que conformaron la muestra en este estudio donde el 45,4 % de la población son menores de 18 años y una de ellas menor de 15 años, edad entre la adolescencia y la adultez temprana que las hace más susceptibles biológica, psicológica y socialmente a adquirir una enfermedad de transmisión sexual.

Se encontró una situación de baja escolaridad donde solo el 36,3% de las gestantes término la educación básica secundaria, lo que conlleva a su vez un menor nivel de educación sexual, un desconocimiento del riesgo en que se incurre, una limitada capacidad de negociación de la relación sexual, una baja relación con los servicios de salud y un bajo status de la mujer en la familia.

La ocupación del 100% de las gestantes es ama de casa, 27,2% tienen antecedentes de sífilis en gestaciones anteriores unida a la positividad del embarazo actual, determina que no hay un uso de medidas de protección y prevención en infecciones de transmisión sexual (ITS). El inicio temprano de controles prenatales ayudó al diagnóstico precoz (primer trimestre), en uno de los casos y la ausencia de controles prenatales o diagnóstico tardío (después de la semana 36 de gestación) permitió la presencia de sífilis en el producto.

Según Kaluf y Mauras (8) “la composición familiar ha cambiado en forma drástica desde la industrialización de la sociedad, algunos de estos cambios están relacionados con la modificación actual del rol de la mujer, en las sociedades más desarrolladas la mujer ya puede ingresar al mercado laboral en cualquier etapa de su vida familiar”.

De acuerdo a Bolívar (9) “en los últimos tiempos se ha desarrollado un considerable aumento en las tasas de separaciones que en parte se han producido por la creciente incorporación de la mujer al trabajo”. El 36,3% de las familias incluidas en este estudio son nucleares, lo que corrobora el postulado de Beck (10) quien comenta sobre el ocaso de la familia nuclear, que “es una institución que otrora fue el centro indiscutido de la vida social de la llamada civilización occidental (Europa, América del norte) y como su

Adherencia de los profesionales al protocolo de manejo y red de apoyo familiar de sífilis gestacional y congénita • Luz Myriam Tobón Borrero, Claudia Inés Navarro Toro, Mónica Rosaura García Baquero

lugar ha sido tomado por otras formas de familia”.

De acuerdo a Champetier (11) “la familia nuclear encarna muchos riesgos para el nuevo Homo Consumans y demasiados requisitos, fuerza contradicciones irresolubles que concluyen en la incompatibilidad entre la búsqueda de placeres (el sexo desenfrenado, el ocio sin restricciones) y los compromisos (compra de vivienda, estabilidad marital, crianza de los hijos, etc.) de la familia”.

Adicionalmente de acuerdo a Otálora (12) “la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, produce una nueva distribución del tiempo, poder y trabajo al interior de la familia, que diluye el papel preponderante del hombre dentro de la familia, emancipa a la mujer de su dominio y dinamita la base de la estructura de la familia nuclear”.

“El 27,2% son familias extensas, estructuralmente hay dos tipos de familia extensa: una que ha sido conformada a través del matrimonio y dentro de la cual la pareja inicial, está rodeada de parejas legales con sus hijos legítimos...”...“y la segunda forma la constituye un tronco impar, la abuela que agrupa a su derredor los descendientes de sus hijas (madre solterísimo) y/o los de sus hijos solteros y parejas legales con la prole. Es decir un conjunto mixto de núcleos familiares completos e incompletos” (13).

“La familia extensa predominó en las sociedades pre modernas, como respuesta a las necesidades económicas, sociales y políticas. Estas sociedades patriarcales, rurales y agrarias, con predominio de la religión católica, donde lo comunitario estaba por encima de lo contractual y existía un límite muy reducido entre lo público y lo privado, requirieron de una familia conformada por varias generaciones unidas por lazos de sangre. La familia debía organizarse para la producción económica, para la socialización de sus miembros con un alto sentido de lealtad a los lazos de parentesco y de respeto a la autoridad paterna y para establecer redes sociales y políticas favorables al sostenimiento del orden económico social” (13).

El 18,1 % de las familias del estudio son reconstituidas, al respecto Cusinato (14) menciona que “en las familias reconstituidas la relación de pareja se establece sobre bases más maduras, esta nueva relación permite que las parejas expresen mayor flexibilidad

en la distribución de las tareas domésticas, que la toma de decisiones sea más compartida y que ambas personas en la relación intercambien emociones con mayor frecuencia en comparación con su matrimonio anterior. En la relación de pareja estas características facilitan mayor estabilidad y un ambiente saludable en el contexto familiar indicando un factor protector en la familia”.

Nohara y Miyagi (15) determinaron que el apoyo familiar está directamente relacionado con la calidad de vida de las mujeres embarazadas y después del nacimiento.

El apoyo familiar se evidencia más en la gestación y los seis primeros meses después del parto, también estimula la permanencia continua a los controles prenatales y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos, el contacto del recién nacido con otros miembros de la familia, así como el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer y de su hijo o hija.

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública cabe destacar la falta de percepción de los proveedores de salud de que la sífilis materna y congénita pueden tener consecuencias graves y con ello la ausencia o las bajas coberturas de programas de prevención, la existencia de barreras para el acceso a los servicios de control prenatal, y el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual.

La ausencia de atención prenatal oportuna y adecuada es el factor más importante en la incidencia de sífilis congénita, el control adecuado incluye la búsqueda, tratamiento y seguimiento oportunos de la enfermedad.

Las barreras de acceso a los servicios de salud se definen para efectos del presente análisis como factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan que estos grupos accedan a servicios de atención y diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud. Se identifica que una de las barreras de acceso más recurrentes es el cambio de aseguradora y el acceso a los servicios; adicionalmente a pesar de

que las maternas han tenido controles prenatales se evidencia que no han tenido suficientes.

También se identifica que todas las maternas han empezado a realizarse los controles prenatales de modo tardío debido a que se enteran tarde que están embarazadas o no tienen conocimiento de la importancia de realizárselos tempranamente; al respecto Laza et al. (16) aseguran que “se mostró que hubo preocupación y esmero por parte de los profesionales para que las gestantes cumplieran con el tratamiento, la consejería fue encaminada principalmente a minimizar los problemas emocionales generados por el diagnóstico. Gracias al apoyo y constancia del personal de salud se disminuyó la angustia y aumentó el estado de ánimo”.

Los resultados de este estudio determinaron que al 36,6% de los productos se les diagnosticó sífilis congénita, donde solo una de las gestantes no tuvo control prenatal. Un alto porcentaje de casos de sífilis congénita (SC) se deben a falencias en la atención durante el control prenatal, como lo corrobora el estudio de Noreña et al. (16), quienes realizaron seguimiento del comportamiento sociodemográfico y epidemiológico de la SC en Colombia en 2008–2009, encontrándose que “la incidencia en 2008 fue de 2.5 y en el año siguiente 2.1 casos por 1000 nacidos vivos.

De los casos notificados el 98.2% y 97.4% respectivamente nacieron vivos, el 71.6% y 73.0% recibieron tratamiento completo y se evidencia que el 66.2% y 65.1% de las madres de niños notificados como casos de sífilis congénita asistieron al control prenatal.

Los resultados podrían indicar deficiencias en el programa de atención prenatal que incluyen problemas en la captación, diagnóstico y tratamiento de las gestantes con sífilis”.

En relación al inicio de tratamiento y la notificación los resultados de este estudio determinaron que los profesionales que atendieron las pacientes conocen la guía de atención y aplican lo sugerido.

En cuanto al manejo de la sífilis gestacional las mujeres fueron diagnosticadas bajo la utilización de los medios diagnósticos sugeridos en la guía de atención y en el momento de diagnóstico se les inició

el tratamiento de acuerdo a lo establecido en la guía. Según Da Silva et al. (17) el 60% de las preguntas sobre conocimiento de los profesionales con la guía de manejo de sífilis fueron respondidas correctamente sobre el conocimiento, así: 75,8% conocía el período de aplicación de la prueba de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), 78,1% conocía la droga alternativa para el tratamiento farmacológico de mujeres embarazadas alérgicas a la penicilina.

Frente al seguimiento no hay registro en ninguno de los casos del control hecho a la paciente durante la gestación ni en el posparto, pese a que además no hubo educación a la pareja en métodos de prevención y un considerable porcentaje de parejas no recibieron asesoría ni toma de muestra para determinar la presencia de sífilis, situaciones de riesgo que están directamente relacionadas con la presencia de reinfecciones.

Según Cruz (18) “son varias las razones que contribuyen al pobre diagnóstico, tratamiento, notificación y seguimiento de los casos de SG y SC en Colombia, entre los relacionados con la atención en salud están la ausencia de una guía de atención de sífilis gestacional y congénita actualizada, la falta de educación a los prestadores de salud y a la comunidad en temas de infecciones de transmisión sexual y sífilis”.

La importancia de conocer las características de la dinámica familiar radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzzano (19), al reportar que más del 55 % de 365, 425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar. De igual manera Huerta (20) enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo. Asimismo, Vázquez (21) refirió una marcada influencia de la disfunción familiar en la vida cotidiana de los pacientes asmáticos.

El 50% de las familias fueron clasificadas tipológicamente como equilibradas, de estas el 60% están ubicadas según el modelo circunplejo del Olson (FACES III) (4) como familias flexibles-separadas, este

tipo de familia se caracteriza por tener una buena solución de los problemas, la toma de decisiones es compartida, el espacio personal está relacionado con el tiempo de familia y el tiempo individual de sus miembros, no existe chivo expiatorio, la coalición está bien definida, la retroalimentación es positiva es decir, se producen cambios, las fronteras y límites son extremas e internas flexibles, la vinculación emocional empática, disciplina y roles compartidos y las reglas son más implícitas que explícitas.

El 40% restantes son familias estructuralmente-conectadas, este tipo de familia se caracteriza por tener una buena solución de problemas, toma de decisiones compartidas, el espacio personal está relacionado con el tiempo de familia y el tiempo individual de sus miembros, no existe chivo expiatorio, la coalición está bien definida, la retroalimentación es negativa es decir permanece la estructura, las fronteras y límites son extremas- flexibles, la vinculación emocional es empática, la disciplina y los roles son compartidos y las reglas son más implícitas que explícitas.

CONCLUSIONES

Se observó una incidencia del 63,6% de sífilis gestacional para la población de estudio, y una incidencia de 36,6% de sífilis congénita. Los resultados corroboraron que el inicio temprano del control prenatal permite el diagnóstico precoz de la sífilis gestacional, sin embargo al no haber seguimiento serológico de acuerdo a los factores de riesgo las reinfecciones se diagnostican tardíamente, pues las valoraciones físicas en cada control no evidencian la búsqueda de lesiones genitales ni de piel en espera de la toma de muestra en el último trimestre.

La tipificación de las familias determinó el predominio de las familias nucleares y equilibradas, que son en general familias funcionales, desarrollándose en un ambiente familiar organizado y cuidado, independientemente de las condiciones materiales, con roles genéricos claros aunque flexibles, donde los roles psicoemocionales son potenciadores de la autoestima, existencia de jerarquías claras entre padres e hijos y entre generaciones, presencia de sentimientos de pertenencia, identidad familiar y capacidad de aprender de las crisis, con capacidad de utilización de las redes de apoyo formal e informal

que existen en la comunidad y le permiten su autodesarrollo personal.

No hay adherencia total al protocolo los profesionales tanto de medicina como de enfermería omiten el registro de datos de factores de riesgo importantes tales como antecedentes personales de sífilis en gestaciones anteriores para determinar el tipo de seguimiento a hacer a la usaría diagnosticada, las gestantes fueron diagnosticadas bajo la utilización de los medios diagnósticos sugeridos en la guía de atención y en el momento de diagnóstico se inició el tratamiento de acuerdo a lo establecido en la guía pero no hay registro en ninguno de los casos del seguimiento hecho a la paciente durante la gestación ni en el posparto.

La falta de capacitación y educación continua en el tema por parte del profesional de enfermería es evidente. El programa de control prenatal en las instituciones es coordinado por un(a) enfermero(a) quien realiza los controles de bajo riesgo según la Norma 00412 de 2000 (22), aunque esta norma determina que toda gestante diagnosticada es considerada de alto riesgo y por ende el manejo terapéutico es médico, es deber de enfermería el seguimiento en cuanto a educación y el seguimiento en el cumplimiento de la madre en las consultas, prepararlas para el afrontamiento de la enfermedad y sus posibles complicaciones, y asegurar el completo tratamiento tanto para la madre como para el feto, situaciones que no se evidencian en ninguno de los registros de historias clínicas revisadas.

No hay adherencia al protocolo en cuanto al manejo del recién nacido, no se tomaron pruebas serológicas, Rx de huesos largos y hemograma a la totalidad de los recién nacidos y las altas no fueron dadas bajo los parámetros de resultados de serología materna.

No hay adherencia al protocolo en relación a la educación dada a las parejas de las gestantes diagnosticadas, pues no se evidencia en los registros de historia clínica, no en todos los casos se hizo la toma de serología a los contactos sexuales de las gestantes y por ende no se hizo seguimiento de tratamiento a los mismos, lo que para este estudio es considerado un factor de riesgo importante en las reinfecciones manifestadas en las pacientes diagnosticadas en el tercer trimestre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública. Protocolo de vigilancia en Salud Pública Sífilis gestacional y Congénita. [consultado 23 septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.vigepi.com.co/sivigila/pdf/protocolos/750p%20sif%20ges%20con.pdf>.
2. Gobernación del Meta. Secretaria Seccional de Salud. Oficina de Vigilancia en Salud Pública. Informe evaluación del subsistema de información de vigilancia en salud pública del departamento del Meta-Cuarto trimestre de 2012: Villavicencio; 2012.
3. Incidencia de sífilis congénita y casos de sífilis congénita en Colombia. Seguimiento al sector salud en Colombia. Así vamos en Salud. [Internet]. 2012 [consultado 15 de mayo de 2014] Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/62>.
4. Zicavo N, Palma C, Garrido G. Adaptación y validación del Faces-20- ESP: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. [Internet]. 2012 [Consultado julio 22 de 2013];10(1):219-234. Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/596/325>.
5. República de Colombia. Gobierno Nacional. Ley 54 de 1990, Diciembre 28, por la cual se definen las uniones maritales de hecho y régimen patrimonial entre compañeros permanentes. [Internet]. [Consultado diciembre 2 de 2014]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30896>
6. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. Escritos de Psicología [Internet]. 2010 [consultado 23 septiembre de 2013]; 3(2): 30-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100004&lng=es.
7. Morales-Sánchez A. Factores Sociodemográficos maternos que predisponen a la presencia de Sífilis Congénita en el neonato. Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2009 [consultado 25 de junio de 2013];(17). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44812828003>.
8. Kaluf C, Mauras M. Regreso a casa. La familia y las Políticas Públicas. Bogotá: Santillana; 1998.
9. Bolívar H. Relaciones que dan origen a la familia. [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004.
10. Beck-Gernsheim E. La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia. Revista Derecho Privado. [Internet]. sep 2004-abr 2005 [consultado 25 de junio de 2013];(9-10):241-246. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derpriv/cont/9/bib/bib10.pdf>.
11. Champetier. Ch. Homo Consumans: Archéologie du don et de la dépense. Francia. Editions du Labyrinthe. 1994; 4: 99.
12. Otálora C, Mora L. La familia popular venezolana: el significado de la infidelidad en el contexto de la pobreza. Caracas; Cuadernos del Cendes: 21, 55: 2004.
13. Jiménez B. Los tuyos, los míos y los nuestros. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001.
14. Cusinato M. Psicología de las relaciones familiares. Barcelona, España: Editorial Herder; 1992.
15. Nohara M, Miyagi S. Family support and quality of life of pregnant women during pregnancy and after birth. Nihon koshu eisei zasshi Japanese journal of public health, [Internet]. 2009 [consultado 25 de junio de 2013]; 56(12):849-62. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/MED/20169987>.
16. Laza-Vásquez C, Quintero-Sánchez J, Jiménez-Cañedo HJ, Preciado-Parrado JA. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. Enfermería Global [Internet]. 2013 [consultado 25 de junio de 2013];(31):357-371. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.12.3.152821/150091>.
17. Noreña-Pera S, Ramos-Álvarez AY, Sabogal-Apolinar A. Análisis del comportamiento sociodemográfico y epidemiológico de la sífilis congénita en Colombia 2008-2009. [Tesis en Internet]. Bogotá, Universidad el Rosario: 2011. [consultado 25 de junio de 2013] Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2357>.
18. Da Silva D, Leite-Araújo MA, Magalhães-da Silva R, Vieira-Andrade RF, de Moura J, Barbosa-Esteves AB. Knowledge of Family Health Strategy Professionals regarding the prevention of the vertical transmission of syphilis in Fortaleza-CE; Brazil. Text Context Nursing, Florianópolis, 2014; 23(2): 278-85.
19. Cruz-Aconcha AR. Editorial. Situación de la sífilis gestacional y congénita en Colombia, un desafío al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [consultado 25 de junio de 2013]; 63(4):305-307. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342012000400001&lng=es.
20. Florenzano UR. La familia como factor de riesgo, Adolescentes y familia en Chile. Creces 1992; 7: 24-34.
21. Huerta-Martínez N, Valadés-Rivas B, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Arch.Med.Fam 2001; 3(4):95-98.

Adherencia de los profesionales al protocolo de manejo y red de apoyo familiar de sífilis gestacional y congénita • Luz Myriam Tobón Borrero, Claudia Inés Navarro Toro, Mónica Rosaura García Baquero

22. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud. Guía 3: Guía para la detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. [Internet]. 2000 [consultado 25 de junio de 2013] Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias03.pdf>.
23. Vázquez-Nava F, Santos-Díaz A, Martínez-Burnes J. El paciente asmático y su dinámica familiar. *Revista Alergia México*. 2003;L(6):214-219.

BIBLIOGRAFÍA

Berman SM. Maternal syphilis: Pathophysiology and treatment. *Bulletin of the World Health Organization*. [Internet]. 2004 [consultado 25 de junio de 2013];82(6):433-438. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/229636913?accountid=48773>.

Gobernación del Meta. Secretaria Seccional de Salud. Oficina de Vigilancia en Salud Pública. Informe evaluación del subsistema de información de vigilancia en salud pública del departamento del Meta-Cuarto trimestre de 2011. Villavicencio: Secretaria Seccional de Salud; 2011.

Hernández-Trejo M, Hernández-Prado B, Uribe-Salas F, Juárez-Figueroa L, Conde-González CJ. Sífilis materna y congénita en dos hospitales mexicanos: evaluación de una prueba diagnóstica rápida. *Rev. invest. clín* [Internet]. 2006 [consultado 19 de octubre de 2014]; 58(2): 119-125. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000200005&lng=es.

Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: An overview. *Bulletin of the World Health Organization*. [Internet]. 2004 [consultado 25 de junio de 2013];82(6):439-446. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/6/439.pdf>.

Rodolfo L, Casas P, Magda R, Jorge R. Sífilis y embarazo: ¿Cómo diagnosticar y tratar oportunamente? *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. [Internet]. 2009 [consultado 25 de junio de 2013];60(1):49-56. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=19521432907>.

Universidad del Rosario. Análisis del comportamiento socio demográfico y epidemiológico de la sífilis congénita en Colombia 2008-2009. Universidad del Rosario. [Internet]. 2011 [consultado 3 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/>