

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN, DIRIGIDO A LA DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL DESARROLLADO EN EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL DE BOGOTÁ D.C.

*Leidy Carolina Cuervo Cárdenas¹
Diana Perdomo Catizado, Sirley Quintero Alzate²*

*Fecha de Recepción: 22/11/2012
Fecha de Aceptación: 20/12/2012*

RESUMEN

Este artículo presenta los resultados de una investigación que tuvo como objetivo principal describir cómo se realiza el proceso de atención dirigido a la detección, tratamiento y seguimiento de la sífilis gestacional según la Resolución 412 del 2000 en la guía de atención para la sífilis congénita. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo - retrospectivo donde se tomó como población 8 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Sífilis Gestacional atendidas en el Hospital San Cristóbal (UPA primera de mayo) en el periodo comprendido de Marzo del 2010 a Julio del 2011. Dentro de los principales resultados se encontró que el 50% de las gestantes iniciaron su control prenatal en el segundo trimestre y al 87,5% se les detectó la sífilis antes de la semana 34. A partir de lo anterior se concluyó que en el Proceso de atención realizado a las mujeres con sífilis gestacional en el Hospital San Cristóbal (UPA primera de mayo), se debe mejorar el registro del tratamiento brindado, según la clasificación del estadio y en el seguimiento se debe determinar la curación de la gestante por parte del primer nivel de atención una vez es remitida a II nivel.

Palabras clave: Diagnóstico, Sífilis Congénita, Sífilis.

¹ Esp. Epidemiología. Fundación Universitaria Juan N. Corporas. Enfermera, Universidad de Cundinamarca. Docente investigadora. Cuidado Integral da la Salud Humana/ Universidad Manuela Beltrán, Bogotá, Colombia. Correo electrónico:leidy.cuervo@docentes.umb.edu.co

² Estudiantes de enfermería. Universidad Manuela Beltrán.

PROCESS DESCRIPTION ATTENTION DIRECTED TO THE DETECTION, TREATMENT AND MONITORING OF SYPHILIS GESTATIONAL DEVELOPED IN MATERNAL HEALTH PROGRAM IN A HOSPITAL OF FIRST LEVEL OF BOGOTA DC

ABSTRACT

This article presents the results of a study that aimed to describe how to perform primary care process led to the detection, treatment and monitoring of gestational syphilis under Resolution 412 of 2000 in the care guide to congenital syphilis. The study used a descriptive quantitative approach - Retrospective population was taken as medical records of eight pregnant women diagnosed with gestational syphilis treated at the Hospital San Cristobal (UPA first of May) in the period from March 2010 to July 2011 . Among the main results are encoñtró that 50% of pregnant women began prenatal care in the second quarter and 87.5% syphilis were detected before week 34. From the above it was concluded that in the care process carried out to women with gestational syphilis San Cristobal Hospital (UPA first of May), it should enhance the record of treatment provided, according to the stage classification and monitoring should determine cure of the mother by the primary care level is once referred to II level.

Keywords: Diagnosis, Syphilis Congenital, Syphilis.

INTRODUCCIÓN

“La sífilis gestacional se ha identificado como un problema de salud pública, que ha motivado la intervención de los diferentes Estados y organismos internacionales de la salud y que a la fecha arrojan cifras de prevalencia 3,1 por cien gestantes evaluadas para América latina” (Valderrama, Zacarías y Mazín, 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 1999 se presentaron 12 millones de casos nuevos de sífilis en el mundo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto disminuir la incidencia de la sífilis congénita ha 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos, sin embargo en América Latina y el Caribe, Colombia sigue siendo uno de los países latinoamericanos con mayor incidencia presentando 1,5 casos por cada 1,000 nacidos vivos, dato reportado para el año 2005 (Casas, Rodríguez y Rivas, 2009).

Durante el embarazo, el riesgo de transmisión de las espiroquetas de una madre no tratada al feto,

es de casi el 100% en la sífilis reciente y disminuye a un 10% en los estadios ulteriores latentes, aún en períodos muy tardíos permanece bajo el riesgo de transmisión fetal 6-10. Las consecuencias varían según la gravedad de la infección y produce desde aborto tardío, mortinato y retenido, muerte neonatal, enfermedad neonatal, a infección latente. El 60% de los recién nacidos infectados son asintomáticos en las primeras semanas de vida y el 40% presenta signos con grados variables de afectación clínica asociados a manifestaciones multisistémicas (Neira, s.f.).

La OPS establece que para la prevención de transmisión materno infantil del VIH y la Sífilis Congénita es fundamental la detección temprana de la infección en la gestante, su manejo adecuado y oportunamente, por lo cual depende de las coberturas de control prenatal y del parto institucional, lo cual se constituyen factores ligados a la salud Materno Infantil. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la atención del parto institucional aumento en un 98,1% para el año 2008 (Ministerio de la Protección Social, 2010).

La encuesta de Demografía y Salud realizada por Profamilia para el país en el año 2010, menciona que el 92% de los embarazos de los últimos cinco años fueron atendidos por médicos y el 5% por enfermeras. El nivel de la atención por parte de médicos en el 2010 fue de 91,7%, el cual es cinco puntos porcentuales más alto que el observado en el año 2005 el cual fue de 86,7%. Mientras que la atención por enfermeras para el año 2010 fue de 5,3% bajó casi dos puntos en comparación al año 2005 el cual reportó 6,8%. Las parteras no atendieron ningún embarazo y el 3% de las embarazadas no fue atendida por nadie (Profamilia, 2010).

Sin embargo para el año 2011 se realizó por primera vez esta misma encuesta para el Distrito Capital, donde refleja que las mujeres gestantes recibieron atención médica o por enfermera en su embarazo y parto en un 99% (Profamilia, 2010).

Las anteriores encuestas manifiestan altas coberturas de control prenatal y atención de parto institucional, lo cual debería garantizar un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno en el proceso de atención a las gestantes con sífilis, sin embargo existen brechas que han hecho de la eliminación de la sífilis congénita en el país un proceso tardío.

Actualmente, en Colombia existe la Resolución 412 del año 2000 como normatividad vigente, donde estipula las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas, guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública como sífilis gestacional (Ministerio de Salud, 2000). Adicionalmente, en el año 2010 el Ministerio de la Protección Social, con el ánimo de preservar la salud materna y perinatal diseñó el plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, teniendo en cuenta las cuatro líneas estratégicas propuestas por la OPS en la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH Y Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe.

Tomando en cuenta lo anterior es de gran importancia mejorar la calidad de la atención prenatal, aumentar la demanda inducida de las pruebas de sífilis en las gestantes, clasificar adecuadamente el estadio de la sífilis (primaria, secundaria, latente temprana, terciaria) para dar tratamiento adecuado y oportuno, así mismo se debe mejorar la oportunidad y calidad de la notificación de casos de sífilis y su respectivo seguimiento; por tal razón el objetivo del presente estudio es describir como se realiza el proceso de atención dirigido a la detección, tratamiento y seguimiento de la sífilis gestacional según la Resolución 412 del 2000 en la guía de atención para la sífilis congénita, en el programa materno en un Hospital de Primer Nivel.

MÉTODO

El estudio realizado es de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo – retrospectivo, por medio de la revisión de historias clínicas del periodo comprendido de Marzo del 2010 a Julio 2011, donde se realizó la aplicación de una lista de chequeo para la recolección de datos que está conformada por tres dimensiones: detección, tratamiento y seguimiento; para verificar el proceso de atención a la sífilis gestacional, según lo establecido en la normatividad Resolución 412 del año 2000.

La población sujeto para la realización de este estudio fueron 8 gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional, que corresponden a la totalidad de gestantes atendidas en el Hospital San Cristobal E.S.E upa primera de mayo en el periodo comprendido de Marzo del 2010 a Julio del 2011.

Los criterios de inclusión fueron historias clínicas de gestantes con diagnóstico de sífilis y con examen de laboratorio RPR o VDRL reactivo de 1 a mas diluciones.

Para el análisis de los datos se utilizó medidas de tendencia central y estadística descriptiva, la información es recopilada de expedientes clínicos y de manera confidencial, por lo cual cuenta con el aval del comité de ética para su aplicación.

RESULTADOS

La distribución de las gestantes de acuerdo a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social refleja que el 75% pertenecen al régimen Subsidiado, y el 25% al vinculado.

Respecto a su estado civil el 75% de las gestantes viven en Unión Libre y el 12,5% son casadas o solteras.

En el análisis se identificaron las dimensiones: Detección, Tratamiento y Seguimiento.

Detección

Se evidenció que el 50% de las gestantes inició su vida sexual entre los 16 a 20 años y el 37,5% entre los 10 a 15 años. Al analizar los antecedentes de compañeros sexuales prevalece el 37,5 % entre 2 a 3 compañeros, al igual que mas de 6 y el 25 % entre 1 a 3 compañeros.

El 50% de las gestantes tiene como antecedente de Infección de Transmisión sexual Sífilis. Al indagar por el consumo de sustancias psicoactivas el 87,5% no consume ningún tipo de sustancia. Respecto al inicio del control prenatal, el 50% de las gestantes lo inició en el segundo trimestre y el 25% en el primer o tercer trimestre.

El 100% de las gestantes se les realizó la toma del VDRL al inicio del control prenatal el cual fue reactivo en igual proporción. De acuerdo con la interpretación del resultado del VDRL se puede evidenciar que el 37,5% se encuentra en 1:2 diluciones, el 25% en 1:4 y 1:8 diluciones y el 12,5% en 0. según la norma técnica 412 de 2000 se le debe practicar la prueba confirmatoria FTA-ABS, una vez el resultado del VDRL sea de 0 o más diluciones; el 75% de las gestantes objeto estudio se les realizó la prueba confirmatoria y el 25% no se le realizó teniendo en cuenta que la norma técnica menciona que si el resultado del VDRL es mayor a 1:8 diluciones no es necesaria la realización del VDRL.

En relación con la notificación al SIVIGILA, se encontró que el 25% de las gestantes fueron notificadas

según la evidencia en las historias clínicas, y el 75 % restante no tenían registro (Figura 1). Según información verbal por la coordinadora de atención de las gestantes las notificaciones se archivan semanalmente en una carpeta y el funcionario encargado realiza la notificación al área de vigilancia en salud pública.

Tratamiento

En la población estudiada se detectó 87,5 % sífilis gestacional antes de las 34 semanas, por lo cual es una cifra significativa donde evidencia la detección oportuna; según lo normado en la resolución 412 del 2000 si la detección se hace en este periodo y se establece el adecuado tratamiento según el estadio de la sífilis gestacional se garantiza su curación; al realizar la verificación del registro de la clasificación del estadio de la sífilis en las historias clínicas estudiadas, se observó que el 100% no tenía registrada dicha información.



Figura 1: Según este estudio las gestantes Inicia su control prenatal en el primer trimestre 25 %, el 50% en el segundo trimestre, y un 25 % en su tercer trimestre.

Distribución del Inicio de Control Prenatal
Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, se identificó que el 100% de las historias clínicas de las gestantes no se encuentra registrada la información relacionada con realización de la sensibilización y desensibilización al tratamiento de penicilina; se observa que el 100% de la información con respecto al tratamiento para sífilis gestacional es inconcluso por lo que se puede inferir que el tratamiento es incompleto; lo que se determina como una falla en dicha intervención.

El esquema a elegir depende de si la edad gestacional es mayor de 34 semanas, debe utilizarse penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante 10 a 14 días, y si la edad gestacional es menor de 34 semanas, el esquema se seleccionará según el estadio, así:

- Sífilis de evolución indeterminada, o latente tardía, o terciaria excepto Neurosífilis: penicilina benzatínica intramuscular a 2'4 millones de UI cada semana por tres dosis.
- Sífilis primaria, o secundaria, o latente temprana: penicilina benzatínica intramuscular a 2'4 millones de UI una dosis.
- Neurosífilis: penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante 10 a 14 días.

Por lo anterior se puede concluir que es de suma importancia determinar el estadio para de esta manera realizar el tratamiento específico; establecido en la resolución anteriormente citada.

Al realizar la verificación del tratamiento al compañero sexual, se observó que el 12,5 % se le realizó tratamiento al compañero sexual, el 25% no se le realizó y el 62.5 % no hay información. Siendo esta cifra relevante dado que si no hay evidencia del tratamiento al compañero no se garantizara el éxito de curación de la gestante.

Seguimiento

Esta variable no fue evaluada ya que es una limitante de esta investigación debido que el Hospital San Cristobal E.S.E Upa primera de mayo esta determinado como una institución de primer nivel; las gestantes con sífilis gestacional se cataloga un embarazo de alto riesgo por tal razón dicha población fueron remitidas al Ginecoobstetra; considerado como segundo nivel de atención, donde el 25% remitida al Hospital San Blas, 25% al Hospital tunal, 25% al Hospital Materno Infantil, 25% al Hospital la Victoria, por lo tanto a dichas instituciones no se tenía acceso a la información necesaria para esta variable.

DISCUSIÓN

El proceso de atención según lo establecido en “la guía de atención para la sífilis congénita (SC) comprende los lineamientos para la orientación de los procedimientos de: educación para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, y rehabilitación de esta enfermedad, en la cual determina los pasos mínimos a seguir y el orden lógico y secuencial de los mismos que aseguren la calidad de los servicios, incluyendo su oportunidad, para garantizar su impacto y la satisfacción del usuario” (Ministerio de la Protección Socail, 2000, p. 3).

En Colombia la prevalencia de sífilis congénita según el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVI-GILA) fue de 2,45 casos por mil nacidos vivos para el año 2010 siendo Bogotá uno de las principales ciudades con mayor prevalencia. Dada las implicaciones de dicha enfermedad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se propuso la meta de eliminar la sífilis congénita de por ende se propuso reducir la prevalencia a 0,5 casos por mil nacidos vivos incluidos los mortinatos (Instituto Nacional de Salud, 2007).

La sífilis congénita se ha convertido en un problema de salud pública en América Latina y el Caribe; pese a que Colombia cuenta con la Política de Salud Sexual y Reproductiva y la Norma técnica Resolución 412 de 2000, de obligatorio cumplimiento donde se normatizan las acciones de detección, tratamiento y seguimiento a los nuevos casos durante el control prenatal, siendo la penicilina benzatínica el tratamiento de elección suscitado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con un 95% a 100% de efectividad y de fácil acceso para la población, aun la reducción de los casos en los últimos años ha sido casi nula.

La aparición de nuevos casos de Sífilis Congénita evidentes en este estudio señalan las deficiencias estructurales y técnicas que se encuentran en el acceso a los servicios de salud, aunque se puede observar una cobertura aceptable (más del 50%) al SGSSS, y

a pesar de tener servicios de control prenatal, tecnología adecuada, conocimiento de la historia natural de la enfermedad, mecanismos de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, acciones de prevención, aun así esta no se ha controlado. Igualmente se presentan falencias en el diligenciamiento incompleto de las historias clínicas, desconocimiento por parte de los profesionales de la salud de los protocolos de atención, fraccionamiento en la atención que impide el seguimiento de las pacientes tratadas y de los contactos.

El inicio del control prenatal es de vital importancia, ya que se puede detectar precozmente enfermedades y complicaciones durante el embarazo, según en la resolución 412 se le debe ordenar la batería de exámenes de laboratorio entre ellos se encuentra el VDRL para diagnosticar la sífilis gestacional, al realizar un diagnóstico precoz se puede establecer un tratamiento oportuno y de esta manera disminuir los casos nuevos de sífilis congénita. Según el autor Tomisa (s.f), el riesgo de nacer con sífilis congénita en mujeres con menos de cinco controles prenatales es tres veces mayor en relación a las madres que habían recibido cinco o más controles prenatales.

Una vez que se ha diagnosticado a la gestante se debe realizar el proceso de notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), en este estudio se evidencia que en la historia clínica no se registra este procedimiento, por lo cual genera ambigüedad su realización, según el protocolo de Sífilis Gestacional y Congénita del SIVIGILA, Los casos identificados se deben reportar semanal en la ficha única de notificación individual y de datos complementarios a partir del caso confirmado por laboratorio y confirmado por nexo epidemiológico respectivamente, de conformidad con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, y adjuntarse una copia en la historia clínica (Instituto Nacional de Salud, 2007). Sin embargo, el subregistro de casos de sífilis gestacional y congénita es elevado, como los casos de abortos y mortinatos por esta causa no se incluyen, lo cual no refleja la verdadera magnitud del problema.

Al realizar la notificación se debe de especificar el tratamiento ordenado a la gestante y compañero sexual. El tratamiento oportuno es indispensable para evitar la transmisión vertical, sin embargo se evidenció que la asistencia tardía a los controles prenatales influye entre el tiempo del tratamiento y el parto para realizar nuevamente la prueba serológica, igualmente en las historias clínicas no se registra el tratamiento ordenado al compañero sexual; al igual que la clasificación de la sífilis teniendo en cuenta que este criterio es de vital importancia para determinar el tipo de tratamiento que se debe formular a las gestantes; lo cual se hace necesario evidenciarlo en la historia clínica; de este manera determinar lo establecido según la norma legal. Con lo anterior se hace necesario fortalecer las estrategias para aumentar la demanda inducida para que las pareja(s) sexual(es) de las gestantes, a quienes se les diagnostica sífilis en cualquier estadio, sean evaluadas clínica y serológicamente con pruebas no treponémicas.

Todas las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional se consideran de alto riesgo por lo cual deben ser con esta remitidas a segundo nivel, sin embargo se le debe realizar el respectivo seguimiento y solicitar la contra referencia a la institución que fue remitida, ya que el objetivo principal es realizar un continuidad del proceso de atención de la afiliada y determinar la curación de la enfermedad.

Tomando como referencia la normatividad vigente, las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán fortalecer e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública; en las que está incluida la sífilis por lo tanto si se realiza un diagnóstico precoz y se hace un tratamiento en el primer trimestre se disminuye incidencia de sífilis congénita.

Se debe mejorar la calidad del diligenciamiento en la historia clínica en dos aspectos fundamentales: la

responsabilidad del profesional de la salud frente a la historia clínica como documento legal y la calidad del tiempo en consulta que permita registrar todos los aspectos relacionados con el proceso de atención a la gestante.

Es necesario capacitar a los profesionales de la salud y promover desde la academia un cambio de actitud, para que se hagan partícipes de la atención integral que se le debe brindar a las gestantes.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben implementar adecuadamente los protocolos de atención a la sífilis gestacional y congénita, igualmente utilizar pruebas rápidas que permitan la detección inmediata en el control prenatal, el inicio del tratamiento adecuado. Igualmente se propone determinar en Historia clínica el estadio de la sífilis ya que es un criterio fundamental para establecer el tratamiento adecuado según la clasificación.

Así mismo deben de fortalecer la búsqueda activa de sífilis gestacional y congénita para captar oportunamente a las gestantes en su estadio inicial y a sus compañeros sexuales, realizar un seguimiento adecuado y garantizar su curación.

Además de lo anterior es indispensable adjuntar en la historia clínica la documentación de notificación al siviigila.

REFERENCIAS

- Casas-P, R., Rodríguez, M. y Rivas, J. (2009). Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente?. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 60(1): 49-56.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2010). Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita. Disponible en: http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/PLAN_SIFILIS.pdf
- Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 (25, Febrero 2000). Disponible en: http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo/resolucion_412_2000.pdf.
- Instituto Nacional de Salud. (2007). Protocolo de vigilancia de Sífilis gestacional y Congénita. Bogotá. 2010. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/sifilis/ins.pdf>.
- Ministerio de la Protección Social. (2000). Guía de atención de la Sífilis Congénita. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20ATENCION%20DE%20LA%20SIFILIS%20CONGENITA.pdf>
- Neira, F. (s.f). Sífilis congénita. Ascofame. Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_1/40-48_sifilis_congenita.pdf.
- Profamilia. (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010. Capítulo 10. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-10.pdf>
- Tomisa A. (s.f). Sífilis congénita. Un indicador de calidad de servicios? Una expresión de condiciones de vida? Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública municipalidad de Rosario-Argentina. Disponible en: http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/vol6_art_3.htm.
- Valderrama, J., Zacarías, F. y Mazin, Z. (2004). Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 16(3),221-217.