

**CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y MEDICINA
RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN PRENATAL A GESTANTES CON
SÍFILIS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL, CERETÉ,
CÓRDOBA, 2020**

**ELIÉCER DAVID MACEA BELTRÁN
WALTER ENRIQUE QUIÑONEZ ROMERO**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA, CÓRDOBA
2020**

**CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y MEDICINA
RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN PRENATAL A GESTANTES CON
SÍFILIS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL, CERETÉ,
CÓRDOBA, 2020**

**ELIÉCER DAVID MACEA BELTRÁN
WALTER ENRÍQUE QUIÑONEZ ROMERO**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de:

Enfermeros

MsC. MÓNICA HANNA LAVALLE

Directora

PhD. MARILYN VILLADIEGO CHAMORRO

Codirectora

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA, CÓRDOBA**

2020

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

Montería, agosto de 2020

DEDICATORIA

En primera instancia agradezco a Dios por darme la oportunidad de ser profesional de una de las carreras en donde prevalece el servicio, por darme las fuerzas necesarias para superar las adversidades y culminar este proyecto de mi vida.

A nuestras familias, por brindarnos su apoyo incondicional y ser la fuente de nuestra motivación, para culminar con éxito nuestros estudios profesionales

Eliécer David Macea Beltrán

Walter Enrique Quiñonez Romero

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Córdoba, por ser nuestra alma máter y darnos la oportunidad de acceder a tan prestigioso programa, como lo es el Programa de Enfermería, para llegar a formarnos como profesionales integrales.

A todos los docentes del Programa de Enfermería quienes, mediante su dedicación, conocimiento y experiencia, contribuyeron a nuestra formación no solo académica sino también personal.

A las docentes Mónica Hanna Lavalle, Marilyn Villadiego Chamorro y Nidia Ninna Valencia Jiménez, por su orientación, apoyo incondicional y contaste motivación para que culmináramos con éxito este trabajo.

A la IPS por permitir que los profesionales de la salud que en ella laboran participaran en la presente investigación, con la información requerida para poder realizarla.

CONTENIDO

| | Pág. |
|--|------|
| RESUMEN | 10 |
| ABSTRACT | 11 |
| INTRODUCCIÓN | 12 |
| 1. OBJETIVOS | 15 |
| 1.1. GENERAL..... | 15 |
| 2. MARCO REFERENCIAL | 16 |
| 2.1. MARCO HISTORICO..... | 16 |
| 2.2. MARCO TEÓRICO..... | 19 |
| 2.2.1. TEORÍA DE LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE IMOGENE M. KING.... | 19 |
| 2.2.2. GENERALIDADES SOBRE LA SÍFILIS | 23 |
| 2.2.3. Evaluación como eje fundamental de procesos en Salud..... | 28 |
| 2.2.4. Enfermería clave en la implementación y evaluación del talento humano y protocolos. | 33 |
| 2.3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS..... | 35 |
| 2.4. MARCO LEGAL..... | 40 |
| 2.5. MARCO CONCEPTUAL..... | 48 |
| 2.5.1. SIFILIS | 48 |
| 2.5.2. GESTACIÓN..... | 49 |
| 2.5.3. CONOCIMIENTOS | 50 |
| 2.5.4. PROTOCOLO..... | 51 |
| 2.5.5. EVALUACIÓN..... | 51 |
| 2.5.6. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD | 52 |
| 2.5.7. PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA..... | 52 |
| 2.5.8. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) | 53 |
| 2.5.9. CONTROL PRENATAL..... | 53 |
| 3. METODOLOGÍA..... | 55 |
| 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 55 |
| 3.2. ESCENARIO DE ESTUDIO..... | 56 |
| 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA | 56 |

| | |
|---|----|
| 3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | 56 |
| 3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... | 57 |
| 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS..... | 57 |
| 3.5. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN..... | 58 |
| 3.6. ASPECTOS ÉTICO Y LEGALES..... | 58 |
| 3.7. PROPIEDAD INTELECTUAL Y RESPONSABILIDAD. | 59 |
| 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 60 |
| 4.1. IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SUJETO SEGÚN PROFESIÓN, TIEMPO DE SERVICIO, CAPACITACIONES Y RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCIÓN..... | 60 |
| 4.2. CONOCIMIENTOS DURANTE LA ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y MEDICINA..... | 62 |
| 4.3. RECOMENDACIONES Y CUIDADOS QUE SE IMPARTEN A LA GESTANTE CON SÍFILIS | 76 |
| 5. CONCLUSIONES | 79 |
| 6. RECOMENDACIONES..... | 82 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 84 |
| ANEXOS..... | 90 |
| ANEXO A. Consentimiento Informado..... | 90 |
| ANEXO B. Encuesta..... | 92 |

LISTADO DE GRÁFICAS

| | Pág. |
|---|------|
| Gráfica 1. Perfil Profesional..... | 60 |
| Gráfica 2. Actividades Prioritarias. | 64 |
| Gráfica 3. Clasificación de la Sífilis. | 66 |
| Gráfica 4. Esquema a administrar para Sífilis Tardía..... | 68 |
| Gráfica 5. Prueba Rápida a la Pareja..... | 70 |
| Gráfica 6. Prueba No Treponémica Reportada en Diluciones. | 71 |
| Gráfica 7. Notificación al SIVIGILA. | 74 |
| Gráfica 8. Recomendaciones y Cuidados. | 76 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|----|
| ANEXO A. Consentimiento Informado | 90 |
| ANEXO B. Encuesta | 92 |

RESUMEN

Introducción: La sífilis, es una infección de transmisión sexual que afecta directamente al individuo y parejas sexuales, puede afectar la salud el producto de la gestación por la transmisión vertical. Por ende, se amerita la evaluación de los conocimientos del profesional de enfermería y medicina con relación a los protocolos de atención brindada a la gestante con sífilis neonatal. **Objetivo.** Evaluar los conocimientos que tienen el profesional de enfermería y medicina relacionados con la atención prenatal a gestantes con sífilis en una institución de salud de primer nivel en Cereté, 2020. **Metodología.** Estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, con una muestra de 11 profesionales de la salud (médicos y enfermeras(o) que brindan atención durante el control prenatal, a quienes se les aplico un test de conocimientos sobre la atención a la gestante, basados en los protocolos existentes al respecto. **Resultados.** Se encontró que el 36,4% son médicos y el 63,6% son enfermeras (o), el 36,4% de estos han estado menos de un año en la atención prenatal, el 90,9% han recibido capacitación sobre la Ruta de Atención Materno- perinatal y cuentan con recursos necesarios para la atención. Así mismo, en 4 preguntas sobre la Resolución 3280 el 50% de los profesionales, tienen conocimiento y adherencia a estos lineamientos, mientras el 50% aún presenta falencias en el conocimiento de la norma y por otro lado, en lo referente a 5 preguntas sobre el protocolo de Vigilancia el 80% de las respuestas acertadas las respondió el personal de enfermería lo que indica que un pequeño porcentaje no tiene claridad al respecto. **Conclusión.** En la aplicabilidad del protocolo de sífilis por parte de los profesionales de salud, se encontró que la mayoría respondieron de manera acertada a las preguntas relacionadas con la Resolución 3280, sin embargo; se debe hacer una retroalimentación periodica de la misma, que involucren los cuidados sobre la patología.

Palabras Claves: Sífilis, conocimientos, Protocolo de sífilis gestacional, atención a gestantes.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a sexually transmitted infection that directly affects the individual and sexual partners, the product of pregnancy can affect health due to vertical transmission. Therefore, the evaluation of the knowledge of the nursing and medicine professional in relation to the care provided to the pregnant woman is warranted. **Objective.** To assess the knowledge of the nursing and medical professional on prenatal care for pregnant women with syphilis in a first-level health institution in Cereté, 2020. **Methodology.** Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, with a sample of 11 health professionals (doctors and nurses who provide care during the prenatal check-up, who underwent a knowledge test on care of the pregnant woman. **Results.** It was found that 36.4% are doctors and 63.6% are nurses, 36.4% of these have spent less than a year in prenatal care, 90.9% have received training on Maternal-perinatal Care Route and have the necessary resources for care. Likewise, in 4 questions about Resolution 3280, 50% of the professionals have knowledge and adherence to these guidelines, while 50% still have shortcomings in the knowledge of the standard and, on the other hand, regarding 5 questions about the Surveillance protocol 80% of the correct answers were answered by the nursing staff, which indicates that a small percentage does not have clarity of knowledge. **Conclusion.** Regarding the applicability of the syphilis protocol by health professionals, it was found that the majority answered correctly the questions related to Resolution 3280, however; periodic feedback should be made of it, involving care about the pathology.

Keywords: Syphilis, prenatal care, knowledge.

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de transmisión sexual (I.T.S) son condiciones patológicas que se adquieren por medio de contacto sexual; vaginal, anal u oral, y por otros medios como la sangre, hemoderivados y la transmisión vertical madre-hijo, causadas por diferentes agentes como virus, hongos y bacterias y alguno de estos como los virus se quedan de manera permanente en el ser humano. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ se estima que cada día más de un millón de personas contrae una infección de transmisión sexual y al año más de 376 millones de personas contrae una infección por sífilis, clamidia o gonorrea.

La sífilis, es una infección de interés mundial que afecta directamente al individuo y sus parejas sexuales. Esta infección también puede impactar la salud de las gestantes, razón por la cual, se considera de interés para la salud pública, porque durante el embarazo podría darse la trasmisión vertical al producto de la gestación, lo que origina la sífilis congénita (SC).

En la Región de las Américas se han implementado diversas políticas que tienen como finalidad la ampliación de cobertura y la atención integral a mujeres embarazadas que buscan reducir posibles complicaciones, y, particularmente las tasas de nacidos vivos con sífilis gestacional, porque se estima que este evento mantiene una curva ascendente desde 2010 correspondiente a 2,1 casos por 1000 nacidos vivos, en comparación con los datos de 2016 cuyo registro fue de 51.000 casos y más de 28.800 casos notificados durante 2017 por sífilis congénita².

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Infecciones de transmisión sexual. [en línea]. (2019). Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018. ETMI Plus. Washington, D.C.: OPS; 2019. [en línea]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50993/9789275320679_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

En lo que respecta a Colombia, la adopción de políticas para la Atención Integral de la Sífilis Gestacional y Congénita se establece con miras a disminuir la problemática; aun así, se está lejos de cumplir las metas establecidas ya que “la proporción de incidencia de sífilis congénita ha pasado de 0,9 a 1,11 casos / 1.000 nacidos vivos entre 1998 y 2016, y la razón de prevalencia para sífilis gestacional de 1,3 a 6,6 casos / 1.000 nacidos vivos entre 2003 y 2016”, razones que incentivan el trabajo intersectorial y transdisciplinar para que desde diferentes perspectivas se aporten insumos para contrarrestar estas estadísticas³.

Córdoba, es uno de los departamentos de Colombia que registra altos índices de morbilidad y mortalidad materno- perinatal, según el estudio realizado por Díaz y Martínez⁴, la ciudad de Montería para el año 2015 reportó una prevalencia de 1 a 5 casos por semana epidemiológica, y, en el año 2017, el Departamento notificó al SIVIGILA 49 casos de sífilis gestacional y 14 de sífilis congénita. Por lo tanto, se hace necesario que los organismos de salud emprendan acciones inmediatas de acuerdo a los lineamientos internacionales para reducir la tasa de sífilis gestacional y las comorbilidades que esta presenta, y así prevenir o eliminar el nacimiento de niños con sífilis congénita.

Combatir el aumento de casos de sífilis amerita la elaboración de programas de intervención y protocolos que sean aplicados a cabalidad por profesionales de la salud, brindando una atención integral e individualizada, valorando factores de

³ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia en salud pública: Sífilis gestacional y sífilis congénita. Versión 05. Bogotá: 2017.

⁴ DÍAZ SOTO, Tania; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Jalber. Comportamiento epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en usuarios de una E.P.S en Córdoba durante el periodo de 2015-2017. [en línea]. Trabajo de grado para optar el título de Enfermeros. Montería. Universidad de Córdoba. Facultad Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería, 2018. 60 p. [Consultado: 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: Repositorio Institucional Universidad de Córdoba. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/802/COMPORTAMIENTO%20EPIDEMIOLOGICO%20DE%20LA%20SIFILIS%20GESTACIONAL%20Y%20CONGENITA%20EN%20USUARIOS%20DE%20UNA%20E.P.S%20EN%20C.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

riesgos maternos con el fin de reducir complicaciones durante el embarazo, parto y nacimiento del producto, por lo que se requiere, un proceso de seguimiento y evaluación a los profesionales de la salud que ofrezcan elementos de interés para contrarrestar la infección y mitigar los efectos en la salud de esta población.

Atendiendo al hecho de que las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un fenómeno o problemática social en ascenso, siendo patologías que repercuten a nivel personal en lo físico, psicológico y en la vida sexual y reproductiva de la persona, sobre todo los casos de sífilis gestacional, ya que son infecciones que afectan la salud materno- perinatal y se convierten en problemática sin resolver en el área de salud pública. Este estudio permitirá responder la pregunta ¿cuáles son los conocimientos que tienen el profesional de enfermería y medicina relacionados con la atención prenatal a gestantes con sífilis en una institución de primer nivel en el municipio de Cereté, Córdoba?

En consecuencia, la investigación aportará elementos importantes en la práctica de los profesionales de salud, particularmente en el ámbito de la salud pública, desarrollando competencias para la evaluación de los distintos programas y aplicabilidad de protocolos de atención, entre otros. Cabe resaltar, que, si el equipo de salud tiene conocimientos sólidos sobre esta patología, podrá impactar a nivel de las gestantes y las comunidades en general favoreciendo la promoción de prácticas seguras en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva.

En definitiva, para la comunidad científica esta investigación es importante, porque muestra la importancia de hacer seguimientos a los procesos, mejorar en la implementación de protocolos que estén dirigidos a la promoción de la salud y prevención de enfermedades que atenten contra la salud de la persona, y contribuir con el desarrollo y fortalecimiento de la academia.

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL

Evaluar los conocimientos que poseen los profesionales de enfermería y medicina sobre la atención a gestantes con sífilis durante el control prenatal.

1.2. ESPECÍFICOS

- Identificar el tipo de profesión, tiempo de servicio, capacitación y recursos disponibles para la atención de las gestantes.
- Establecer la adherencia al protocolo de sífilis gestacional que tienen los profesionales de medicina y enfermería de conformidad con sus funciones y roles durante la atención.
- Describir los cuidados y recomendaciones que los profesionales de enfermería y medicina imparten a las gestantes con diagnóstico de sífilis para el tratamiento y prevención de complicaciones.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO HISTORICO

Las relaciones sexuales se establecen con el fin de preservar el linaje de una especie, procrear, satisfacer necesidades personales y sociales a través de los encuentros sexuales íntimos, entre otros, en cuyo proceso se gestan algunas infecciones de tipo sexual que vienen afectando a la humanidad desde tiempos antiguos, lo que visibilizó la importancia de buscar respuestas y tratamientos efectivos para disminuir al máximo las secuelas físicas y psicológicas que estas producen en la persona afectada.

La sífilis, tiene un largo recorrido a través de la historia, porque según diversas investigaciones las treponemosis endémicas (bejel, pinta y pian) existen antes de Cristo. Se tienen registros históricos que “la pinta ocurrió en la zona afroasiática en el año 15,000 AC, con un reservorio animal. Los pian aparecieron como consecuencia de las mutaciones en pinta alrededor de 10.000 a. C., y se extendieron por todo el mundo como consecuencia de cambios climáticos y el clima árido alrededor del 7000 a. C., excepto en el continente americano que estaba aislado”⁵.

La sífilis de transmisión sexual surgió de la forma endémica en Asia oriental, debido a las bajas temperaturas de la era posglacial extendiéndose a Europa y al resto del mundo, “principalmente se manifestó como una enfermedad leve, que eventualmente se agravaba, esta se expandió rápidamente y trazó varias

⁵ TAMPA, M *et al.* Brief history of syphilis. En: *Journal of medicine and life*. [en línea]. Epub, marzo, 2014, Vol. 7, n.1, 10 p. [Consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3956094/>

mutaciones afectando pueblos antiguos como los asirios, griegos, romanos y egipcios”⁶.

En Europa, se le conoció inicialmente como: “*Morbus italicus, hispanus, germanicus o gallicus*”⁷, pero predominó su nombre en la literatura latina como *Morbus gallicus* debido a que fue transmitida por marinos franceses durante la guerra, lográndose dispersar por toda Europa e incluso la llamaron Viruela mayor, siendo considerada una epidemia, porque exterminó a cientos de soldados del reino francés a comienzos del siglo XVI.

Otros historiadores relatan que, la sífilis es propia de las Américas, difundiéndose a nivel global en la época de la conquista. La palabra “sífilis” proviene “del nombre del pastor *Syphilus*, inspirado en una historia de *Ovidio*, de un poema titulado *Syphilis sive morbus gallicus*, escrito en el siglo XVI (1530) por *Gerolano Fracastoro* (1483-1553), de ahí *Syphilis*. En este poema, *Sífilis* era el nombre de un héroe pastor que resultó castigado por llevar una vida inmoral y llena de vicios, además de levantar altares prohibidos en la montaña. El castigo consistió en una nueva y desconocida enfermedad”⁸.

El agente causal de la sífilis fue identificado por el “zoólogo alemán Fritz Schaudinn; a la que llamó *Spirochaeta pallida*”, por la poca adherencia a elementos de tinción, sin embargo, posteriormente fue nombrada “*Treponema Pallidum*”, que se caracteriza por ser “una bacteria con forma helicoidal, larga y fina, que presenta entre 6 y 14 espiras, y que puede observarse en preparaciones en fresco por

⁶ *Ibíd.*, p. 2

⁷ BARRIOS, César. Historia de la dermatología de la sífilis en la historia. En: *Rev folia dermatologica peruana*. [en línea]. Epub, diciembre, 2000, Vol. 11, N°. 3, 4 p. [Consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fovia/vol11_n3_dic_2000/s%C3%ADfilis%20en%20la%20historia.htm

⁸ BERDASQUERA, Denis. LAZO, Miguel. GALINDO, Belkys y GALA, Angela. Sífilis: pasado y presente. En: *Rev Cubana Hig Epidemiol* [en línea]. La Habana: Mayo-Agosto, 2004, Vol. 42, N°. 2, [Consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032004000200008&script=sci_arttext&lng=en. E-ISSN 1561-3003.

microscopía de campo oscuro”⁹, con particularidades que señalan diferentes subespecies, pero que todas por igual, logran afectar de manera directa al ser humano.

Antes de 1943, cuando se da inicio al tratamiento con penicilina para este tipo de infección, se empleaban métodos ortodoxos y empíricos con el fin de eliminar la epidemia de sífilis que se presentaba en la época, la cual era desconocida para la población en general. Dentro de los tratamientos más comunes se destacan aquellos a base de mercurio, que, si bien fue efectivo durante varios años, con el tiempo se **descartó por su alta toxicidad**.¹⁰

El guayaco o palosanto, obedeció a otro tipo de tratamiento a base de raíces medicinales pero inefectivo, por su parte, el yoduro más utilizado correspondió al “yoduro potásico”, que mostró ser efectivo para tratar manifestaciones terciarias; por su parte, el uso de los arsenicales y bismuto, establecieron “*regímenes alimenticios, aguas minerales, sangrías, purgantes, evacuantes, vegetales, así como algunos remedios singulares sugeridos por el empirismo, como el caldo de carne asada o el sirope de serpiente*”, sin ningún resultado¹¹.

A partir de los avances médicos y científicos, se obtuvo un conocimiento amplio sobre la sífilis, sus manifestaciones clínicas y tratamiento, lo que favoreció que actualmente mueran personas o lleguen a una fase tardía con implicaciones por esta infección, así como también, que muchas mujeres en etapa de gestación no la transmitan a sus hijos. Por ello, se hace necesario realizar controles periódicos para evitar la reinfección y la transmisión, verificar el cumplimiento de tratamiento a cabalidad y realizar exámenes de laboratorio que permitan de manera cualitativa y cuantitativa llevar un seguimiento pertinente y adecuado.

⁹ ROS-VIVANCOS, Cristina; GONZÁLEZ, María; NAVARRO, Juan Francisco; et al. Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia. En: *Revista española de quimioterapia* [En línea]. España: Epub, noviembre, 2018, Vol. 31, N° 6. [Consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254479/>

¹⁰ *Ibíd.*, p. 02

¹¹ *Ibíd.*, p. 02

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. TEORÍA DE LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE IMOGENE M. KING.

La teoría de consecución de objetivos de King¹², corresponde a un Modelo de metateoría que es inspirada en la Teoría de los Sistemas de Betty Neuman y teorías de la psicología de Sigmund Freud. En esta teoría, se precisa un modelo el cual incluye la interacción entre los sistemas y la profesión de enfermería. La teoría se fue construyendo a lo largo de su vida gracias a los distintos campos en los que se desempeñó: docencia, coordinación y asistencia además de los diferentes estudios realizados los cuáles contribuyeron a la formación de su teoría.

A partir de las experiencias de su campo profesional, King, propone la integración de conceptos que se logran evidenciar en la práctica de la enfermería, por tanto, propone que estos conceptos que se consideran abstractos se operacionalicen desde los procesos de percepción de las personas, que faciliten su interpretación, estos se conciben como¹³:

SALUD: «La salud se define como las experiencias vitales dinámicas de un ser humano, lo que implica un ajuste continuo a los elementos de estrés en el entorno interior y exterior mediante un uso óptimo de los recursos de uno mismo para lograr la capacidad máxima para el día a día»¹⁴.

ENFERMERÍA/CUIDADO: «La enfermería se define como un proceso de acción, reacción e interacción en el que la enfermera y el cliente comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería»¹⁵.

¹² RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías de enfermería. 8 ed. Barcelona: ELSEVIER. 2015, Pág. 249. ISBN 978-84-9022-727-5.

¹³ *Ibíd.*, p. 251.

¹⁴ *Ibíd.*, p. 251.

¹⁵ *Ibíd.*, p. 251.

YO: «El yo es una composición de pensamientos y sensaciones que constituyen la conciencia de una persona, de su existencia individual, su concepción de quién y qué es. El yo de una persona es la suma total de todo lo que puede considerar suyo. El yo incluye, entre otras cosas, un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos. El yo es el entorno total subjetivo de una persona. Es el centro distintivo de experiencia y significado»¹⁶.

A partir de la integración de estos conceptos, podría definirse la salud como un ciclo dinámico, que se da durante el transcurso del curso de vida, en consecuencia, la enfermedad es la discontinuidad o interrupción de ese curso vital, al que se le puede atribuir la influencia de otro tipo de factores como el estrés presente en los ambientes internos y externos¹⁷.

Por otro lado, los cuidados de enfermería son esos procesos interpersonales en el que confluyen una acción, reacción, interacción y transacción en donde el agente de cuidado promueve en el enfermo o cliente el mantenimiento de la salud o la restauración de la misma en un proceso patológico, por tanto, la enfermería constituye una profesión que amerita ofrecer servicios para lograr satisfacer las necesidades de un sujeto que es vulnerable a los medios externos e internos a través de unos cuidados¹⁸.

En consecuencia, si el resultado es positivo promoverá en el personal de enfermería y el sujeto de cuidado el desarrollo de capacidades para compartir sus experiencias, fomentar los procesos de mejoría frente a las prácticas de cuidado, porque solo si se logra un equilibrio entre los criterios de ambos involucrados, se podría decir que hay una transacción, por el contrario, si no se alcanzan estas metas se genera estrés que afectaría el ciclo de la salud.

¹⁶ *Ibíd.*, p. 251.

¹⁷ *Ibíd.*, p. 252.

¹⁸ *Ibíd.*, p. 252.

En este sentido, la finalidad de enfermería desde la perspectiva de King, es lograr la interacción de los subsistemas desde la resolución de su rol en la sociedad, para que el personal de enfermería genere aportes a partir de sus conocimientos científicos y de sus habilidades concretas, mientras que, el sujeto enfermo generará acciones de autocuidado y podrá mejorar sus percepciones¹⁹.

En lo que respecta al yo o persona, la teorista lo concibe como ese ser que se desenvuelve en un entorno social que está lleno de emociones, y, que tiene la capacidad de sentir, controlar y ejecutar acciones desde su autonomía gracias al pensamiento lógico; por tanto, es capaz de decidir sobre su cuidado y los procedimientos encaminados a su salud cuando esta se encuentre afectada²⁰.

A partir de lo anterior, King, considera al yo como un sistema abierto que responde a las demandas terapéuticas de cuidado como resultado de la interacción de los factores internos y externos que generan estrés, y que, además tienen tres necesidades fundamentales que son: información sanitaria que sea oportuna y útil, cuidados propiamente para la prevención de enfermedades, y ayuda cuando las necesidades de auto cuidado no puedan ser satisfechas completamente²¹.

La teoría también expone que el yo, se compone de tres subsistemas: 1) Sistema personal, que considera a las personas como un ser único y total, es ese mismo yo individual y del que derivan conceptos como la percepción, el autoconocimiento, habla de crecimiento y desarrollo personal, la autoimagen, señala la forma en que estos se interrelacionan y cómo influyen unos sobre el otro para formar el yo. 2). sistema interpersonal, que hace referencia a la interacción que se da entre dos o más personas que logran interactuar en una situación determinada y enuncia los

¹⁹ *Ibíd.*, p. 252.

²⁰ *Ibíd.*, p. 252.

²¹ *Ibíd.*, p. 252.

conceptos para la comprensión de este sistema de interacción, la comunicación, transacción, los roles y el estrés para entender la forma de entrelazar los sistemas²².

El tercer subsistema responde al sistema social, que se refiere a los modos de acción del yo de conformidad a las reglas del comportamiento, por lo que los conceptos que intervienen son los de organización, poder, autoridad, creencias, costumbres, actitudes y valores que influyen y derivan de otros sistemas externos como son la familia, la escuela, el trabajo para lograr el desarrollo del yo²³.

Por otro lado, aunque en su teoría no se habla específicamente de un entorno, King hace mención de lo que denomina ambiente externo y ambiente interno desde su enfoque de sistemas abiertos, es decir, el ambiente es ese sistema abierto que interactúa con el yo, por lo que se permite la interacción de información, transacción de cuidados y de conocimientos. Por ello, la forma en que confluye el sujeto del cuidado y el cuidador para un producto, puede ser positivo o negativo²⁴.

Para el año de 1981, King en su teoría de consecución de objetivos, buscó centrarse en el sistema interpersonal y las interacciones que se dan entre los individuos, haciendo énfasis en la relación enfermero – paciente; de esta forma, se logra producir la interacción entre el binomio que interviene, sus juicios y percepciones del otro que finaliza con la reacción, y, la interacción de ambos, así como también, las transacciones requeridas que promueven procesos de retroalimentación para evaluar las fases por las que se atraviesa²⁵.

Vale la pena destacar, que la teoría es fuertemente criticada porque desde la perspectiva de algunos teóricos, esta no logra la aplicabilidad de sus fundamentos en la totalidad de los servicios, exceptuando, aquellos casos donde el paciente no

²² *Ibíd.*, p. 253.

²³ *Ibíd.*, p. 253.

²⁴ *Ibíd.*, p. 253.

²⁵ *Ibíd.*, p. 253.

es capaz de interactuar debidamente con el personal de enfermería, bien sea por sus condiciones físicas o mentales, lo anterior, produce ciertas limitaciones para la comunicación y expresión de situaciones internas del paciente que impactan negativamente en la consecución de los logros y debilita las posibilidades de continuidad y retroalimentación.

Otra crítica concerniente a la teoría, es la escasa participación y conceptualización que se realiza sobre la importancia que tiene la familia en el cuidado del paciente con alteración en salud, a diferencia de otras teoristas que, incluyen de forma directa al núcleo familiar para el abordaje de los pacientes. Estas apreciaciones surgen cuando King, por lo general se refiere, a la relación enfermero – paciente, relegando así la función de la familia, lo que las sitúa en un segundo plano en el proceso de interacción social del individuo como un ser de relaciones y de costumbres que está en constante aprendizaje.

Finalmente, la teoría de Imogene King se concreta como el estudio de las conductas y los comportamientos de los actores que son encaminadas a ayudar al paciente a recuperar su salud luego de un proceso patológico, a fin de que pueda tener una vida normal, a partir de la concepción de que el proceso de enfermedad interfiere en la vida de la persona y el objetivo es eliminar esa interferencia. A través de la interacción e intercambio de conocimientos entre el personal de salud y la persona, a fin de mejorar el cuidado adquirido en el ambiente y transacción de creencias.

2.2.2. GENERALIDADES SOBRE LA SÍFILIS

La sífilis es considerada como una infección de transmisión sexual que afecta exclusivamente al ser humano, la cual se caracteriza por tres estadios clínicos sintomáticos secuenciales separados por periodos de infección asintomática latente²⁶. A través de la historia, la sífilis se ha convertido en un problema de salud

²⁶ MORRIS, Sheldon. Sífilis [En línea]. Manual MSD: versión para profesionales. California; 2019. [Consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/enfermedades-infecciosas/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual/s%C3%ADfilis?query=Morris%20Sheldon>

pública, principalmente por su poca sintomatología clínica; por lo que es denominada la gran simuladora, y por su modo de transmisión vertical que da lugar a otras definiciones como sífilis gestacional y sífilis congénita.

Esta infección es sistémica y crónica causada por la bacteria *treponema pallidum*, perteneciente a la subespecie *pallidum*, la cual se caracteriza por episodios de enfermedad activa, que son interrumpidos por episodios de latencia, cabe resaltar que también puede manifestarse de distintas formas e inducir a una respuesta inmunológica compleja²⁷.

La sífilis gestacional y congénita es definida como aquella que “se transmite de la madre al feto y puede conducir hasta en un 80% de los casos; aborto, muerte fetal, parto pre-término e infección del recién nacido o sífilis congénita, que puede ir acompañada de diferentes grados de discapacidad, incluso la muerte”²⁸, esta es diagnosticada durante el embarazo, el postparto o el puerperio, en cualquiera de sus fases tiene una gran probabilidad de contagiar el feto por transmisión vertical hematoplacentaria, o durante el parto por contacto directo con las lesiones mucocutáneas en el canal del parto o vagina.

Para que se produzca la infección, la espiroqueta necesita una puerta de entrada a través de las lesiones microscópicas producidas en el tejido y mucosas durante el contacto sexual, ingresando de esta manera al huésped diseminándose a través de los vasos sanguíneos y linfáticos con un periodo de incubación promedio de 3 semanas para que se produzca una lesión primaria llamada chancro²⁹; esta se

²⁷ ALVAREZ CARRASCO, Ricardo. Interpretación de las pruebas diagnósticas de sífilis en gestantes. En: *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. [En línea]. Epub, abril, 2018, Vol. 64, n. 3, 345 - 352 p. [Consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2095> ISSN 2304-5132.

²⁸ 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. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2014. ISBN: 978-958-8735-87-0.

²⁹ LÓPEZ HONTANGAS, José. FRASQUET ARTES, Juan. Sífilis: una revisión actual. *Control y calidad SEIMC*. [En línea]. [Consultado: 10 de noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis.pdf>

caracteriza por tener una forma redonda con borde regulares, bien definidos e indolora, rica en espiroquetas, siendo una característica clínica positiva para sífilis, y que por lo general se acompaña por la inflamación de ganglios regionales, generalmente en la zona inguinal.

Seguidamente la fase de infección secundaria se “caracteriza por lesiones mucocutáneas e inflamación de ganglios de manera generalizada, que puede continuar con un período de latencia subclínica que dura muchos años. La fase terciaria tardía; se desarrolla solo en la tercera parte de los enfermos no tratados y se manifiesta por lesiones mucocutáneas, osteoarticulares o parenquimatosas de carácter destructivo llamadas “gomas”, aortitis con formación de aneurismas o afección sintomática del sistema nervioso central”³⁰.

Cabe anotar, que, para aplicar un tratamiento efectivo (Penicilina G Benzatínica) en la sífilis gestacional se debe: diligenciar durante la atención médica una historia clínica con detalles precisos que registre antecedentes de ITS y factores de riesgos asociados a prácticas sexuales inseguras; y, realizar examen serológico treponémico o no treponémico en los tres trimestres del embarazo y al momento previo del parto como lo contempla la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-perinatal.

Desde esta perspectiva, se debe tener presente que “en gestantes con prueba rápida treponémica positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se deberá ampliar la historia clínica buscando antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y reacción luego de

³⁰ CARRADA BRAVA, Teodoro. Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. En: Revista de la facultad de medicina UNAM. [En línea]. Ciudad de México: Facultad de Medicina UNAM, noviembre-diciembre de 2003. Vol. 46, n. 6. p. 236-242. [Consultado: 10 de noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2003/un036g.pdf>

su aplicación, además de historia personal de reacciones graves de hipersensibilidad”³¹.

La penicilina sigue siendo en la actualidad el tratamiento de elección más efectivo para el tratamiento de la sífilis, siempre y cuando la persona no sea alérgica a las penicilinas o cefalosporinas, por lo cual, en el caso confirmado de sífilis durante la gestación, “se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2´400.000 UI IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la prueba rápida treponémica y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante”³².

Entendiendo que la sífilis cursa por diferentes estadios o fases, se instaura un tratamiento establecido en la Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral de la sífilis gestacional y congénita de la siguiente manera³³:

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

La sífilis congénita es una infección que adquiere el producto de la gestación in útero, por el paso de la espiroqueta treponema pallidum a través de la placenta a partir de la semana 16 de gestación, o incluso a partir de la semana 9, dependiendo el tiempo de exposición a la infección por parte de la gestante, o al momento del

³¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Op. cit., p. 26.

³² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Op. cit., p. 28.

³³ *Ibíd.*, p. 46.

nacimiento según sea el caso. También se debe tener presente que, esta infección puede causar en el feto o recién nacido sintomatología parecida a la SG descrita anteriormente, por tanto, hay que realizar pruebas diagnósticas e instaurar un tratamiento para prevenir complicaciones tempranas y tardías de esta infección.³⁴

La Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral de la sífilis gestacional y congénita, define la sífilis congénita como “todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno”³⁵. Por lo anterior, se debe realizar un tratamiento con penicilina de la siguiente manera según la guía de práctica clínica³⁶:

- 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 del día 8 al 10 administrada en tres dosis (1 dosis cada 8 horas) de 50.000 UI/Kg cada una.
- En todo recién nacido expuesto que no cumpla con los criterios de caso de sífilis congénita y cuya madre haya sido tratada adecuadamente; se recomienda aplicar una sola dosis de penicilina benzatínica 50.000 UI/Kg/IM como profilaxis para infección por sífilis.

Al ser la sífilis gestacional y congénita un problema de salud pública, se establecieron protocolos de atención y vigilancia con el fin de disminuir la tasa de incidencia en la población colombiana, por lo que es importante la captación oportuna y seguimiento de las gestantes en el control prenatal, tratamiento oportuno y valoración integral del recién nacido para disminuir las tasas de sífilis neonatal, y, poder alcanzar las metas establecidas para la eliminación de estas patologías en la salud materno perinatal.

³⁴ *Ibíd.*, p. 47.

³⁵ *Ibíd.*, p. 36.

³⁶ *Ibíd.*, p. 60.

2.2.3. Evaluación como eje fundamental de procesos en Salud.

La evaluación es un componente fundamental en el proceso administrativo, puesto que permite medir el impacto que genera la implementación de las diferentes estrategias para la solución de problemas de salud, verificando si se cumplieron con los objetivos planeados en las fases anteriores del proceso administrativo, es por esto, que la fase evaluativa no debería excluirse o menospreciarse, porque es una etapa de importancia que debe ser constante durante todo el proceso administrativo³⁷.

La interacción de la salud con otros sectores como el económico, político, educación, cultural, amerita la prestación de servicios conforme a las necesidades de las personas, por esto los procesos que se derivan de esta deben ser garantes del acceso y oportunidad de todos los colombianos a la atención integral, donde, además, se inicie con un proceso de reconocimiento de la salud como un derecho, como se encuentra estipulado en la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 49:

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (Pág. 08.)³⁸.

A partir de las directrices consignadas en la Constitución Política de Colombia, se da paso a la necesidad de crear y fortalecer los servicios de salud para que sean ágiles, accesibles, eficientes, y, que encaren las necesidades reales de la sociedad

³⁷ SALAZAR, Carlos. Teología e Historia. [En línea] Teología e Historia, 23 de Junio de 2008. [Consultado: 22 de Noviembre de 2019]. Disponible en: <https://csalazar.org/2008/06/23/evaluacin-y-control-de-los-resultados/>

³⁸ COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución Política (04, julio, 1991). [En línea]. Santa Fe de Bogotá, D.C.: 1991. p. 154. [Consultado: noviembre 17 de 2019]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>

en la salud, con énfasis a los sectores de la población más vulnerable del territorio nacional, lo cual se asume como un reto para un país que es sometido a múltiples conflictos de otros intereses y que provocan o generan cambios en las políticas de salud por parte del gobierno Nacional a fin de suplir dichas necesidades.

La evaluación, al ser una etapa administrativa de importancia en el campo de la salud ofrece beneficios para el mejoramiento continuo de los programas y políticas públicas reflejado en el compromiso del Estado por realizar evaluaciones que sean más efectivas y que abarquen los múltiples ámbitos³⁹.

En el sector salud, se logra la evaluación de un programa si se cuenta con la formulación de ciertas preguntas como: ¿Qué debe evaluarse?, es decir, si se pretende evaluar un programa, un servicio, un servicio de salud, una institución. Por ende, el evaluador debe cerciorarse si en realidad el tema amerita evaluación por su alcance o por la importancia del mismo. Como segundo aspecto, se debe cuestionar sobre ¿a qué nivel debe ser evaluado?, refiriéndose si será de carácter nacional, regional o local. Finalmente, el tercer punto a interrogar es acerca de, ¿qué finalidad tiene la evaluación?, porque hay que tener presente si lo que se desea es mejorar la inversión de los recursos, inclusión o modificación en los planes de desarrollo, o, si lo que se espera es mejorar en la ejecución del mismo⁴⁰.

En este orden de ideas, el cuarto interrogante corresponde a, ¿qué limitaciones se pueden presentar durante la evaluación?, donde es probable que pueda presentarse durante la realización de la misma; por su parte, el quinto aspecto se pregunta por, ¿a quién se le deben presentar los resultados?, siendo importante el conocer a quién se le hará entrega de los resultados, bien sea de carácter individual o grupal, para tener presente las medidas a tomar por el encargado de la mejora de

³⁹ SECRETARÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DEL ESTADO DE COLIMA. Modelo de Evaluación de Programas de Salud: Manual de Operación. [En línea], Colima: Diciembre, 2014. [Consultado el 17 de Noviembre de 2019.]. Disponible en: <http://www.saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf>

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 30.

la gestión de los procesos, y así en los eslabones en que se encuentren organizados se pueda lograr una retroalimentación exitosa en la toma de decisiones y difusión⁴¹.

Otro punto importante es la información, por lo que se requiere, al igual que en el punto anterior, formular preguntas al respecto y se parte por la pregunta inicial ¿qué información se necesita o es necesaria?, dado que no toda la información es útil para el fin de nuestra evaluación, ameritándose desde el inicio tener presente la información requerida para el logro del objetivo.

Un segundo momento se pregunta por: ¿cuáles son las fuentes para la obtención de la información?, siendo primordial iniciar con conocer las fuentes de dónde saldrá la información con la que se pretende realizar la evaluación para ser mucho más ágiles los procesos, e ir directos al punto concreto que interesa e ir haciendo exclusiones sobre la marcha. El tercer aspecto interroga acerca de cuál es ¿la información que se obtiene es adecuada? Donde muchas veces es necesario ampliar las fuentes de la información para cumplir a cabalidad con lo planteado en las preguntas iniciales y las estrategias para la obtención de la misma⁴².

Dentro de los procesos evaluativos del área de la salud se debe comprobar el cumplimiento de la justificación, las actividades, los servicios, y el tipo de institución que se trabaja, condición que plantea interrogarse sobre cómo ¿responden las políticas de salud a las políticas generales de carácter social en el territorio nacional?, ¿se justifican los programas en generar un efecto en las políticas de salud de la nación?, ¿se relacionan las actividades del programa con los objetivos planteados?, ¿se relacionan los servicios brindados y las instituciones con los objetivos propuestos a nivel nacional y la ejecución de los programas?; es decir, todos los interrogantes deben ser abordados durante el proceso de la evaluación y socializar con el talento humano, con miras a buscar el mejoramiento de la calidad,

⁴¹ *Ibíd.*, p. 35.

⁴² *Ibíd.*, p. 37.

seguir los lineamientos internacionales y adaptarlos a las necesidades regionales y locales, entre otros⁴³.

Es por esto que, en la normativa colombiana se crea la Resolución 4505 en la que se enuncia: “Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento”⁴⁴.

En consecuencia, las instituciones prestadoras de servicios en salud, deben llevar un registro organizado de sus usuarios y de las actividades que estos realizan para la atención de las enfermedades de interés público, también el de los programas que se implementan para captar, tratar y disminuir sus posibles complicaciones, sumado a esto, se deben considerar las estrategias y acciones que se realizan de carácter intramural o extramural definiendo si lo que se hizo fue efectivo y si se cumplieron los objetivos, además, si la población cumple satisfactoriamente con su demanda terapéutica de cuidado entendiéndose que el sujeto de atención es un elemento fundamental porque así se da cumplimiento a las metas y la población busca aportar sus puntos de vista mediante las sugerencias que estos realizan.

Un aspecto que hay que resaltar, es la evaluación del conocimiento por parte de los agentes de cuidado sobre las actividades que se realizan, dado que ellos son los directamente implicados en la ejecución de las tareas y encargados de realizar el seguimiento y control desde el momento del ingreso hasta el egreso de los usuarios, y a su vez, estos sirven como fuente confiable para la obtención de información, porque luego de la información primaria que generan los pacientes, el agente de

⁴³ *Ibíd.*, p. 38.

⁴⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 4505 (28, diciembre, 2012). Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento” [en línea]. Santa Fe de Bogotá D.C.: El Ministerio. 2012. 47 p. [Consultado: 15 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol_d2d0a1f4676102d4e0430a01015102d4

cuidado es una fuente que tiene en su poder información que no se encuentra en otro lugar, y, que debe ser registrada para tomarse en cuenta en el futuro.

El Estado como ente supremo regido por la Constitución, debe establecer políticas enmarcadas a la mejora o creación de programas que se basen en la obtención de los resultados evaluativos de los procesos establecidos con el fin de tener un control de la problemática en salud, y, a partir de esto, poder ser tomada por los organismos mundiales que rigen la salud global generando medidas que se fundamenten al agente causante de la desviación de la salud, para que se puedan minimizar los daños a la población mundial y los diferentes entornos.

El instrumento que se realiza para la obtención de datos y posterior evaluación, tiene que ser objetivo para que no generalice, por el contrario que, sea muy específico y concreto en cuanto a la redacción y entendimiento a lo evaluado, que no se preste para confusiones para que no obstaculice los procesos y muestre específicamente en dónde está el problema, o por el contrario, cuáles son las etapas funcionales, verificando particularmente que estas no estén desligadas de los objetivos.

Un beneficio que se presenta en la evaluación es que no hay una etapa específica como tal para desarrollarla, dado que, a medida que se va encaminando el proceso administrativo en cada etapa, se puede ir evaluando sobre la marcha para actuar en el momento sin tener que esperar hasta el final para tomar algunas correcciones en caso de ser pertinentes; por esto, es que esta etapa es considerada flexible y maleable a diferencia de las etapas restantes que se enmarcan a un momento en específico del proceso, por lo tanto, la evaluación es muy importante tanto así al punto de definir si se da la continuidad a un programa o a otros procesos que se involucran⁴⁵.

⁴⁵ SECRETARÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DEL ESTADO DE COLIMA, Op. cit., p. 53.

2.2.4. Enfermería clave en la implementación y evaluación del talento humano y protocolos.

Enfermería es una de las disciplinas y profesiones más completas que busca la continua mejoría para fortalecer la esencia de su ser correspondiente al cuidado, por ello, para hacer mejoras se hace necesario estar al día en las políticas y estrategias que surgen a raíz de las necesidades de la población, porque toda la problemática de salud pública son temas que involucran a todos los actores del sector salud⁴⁶.

Es de interés resaltar que, enfermería siempre toma el liderazgo en las acciones encaminadas al mejoramiento continuo de las condiciones de salud y el acompañamiento en la rehabilitación de los procesos patológicos que desvían la salud de las personas en compañía de los familiares y el mismo sujeto de cuidado, los cuales mediante el empleo de sugerencias logran enriquecer el autocuidado y posteriormente el cuidado que se brindará a futuro⁴⁷.

El sistema de salud es muy cambiante, por tanto se requiere de enfermería procesos que articulen la voluntad y disposición del personal para enriquecer el conocimiento teórico y aplicarlo en los momentos requeridos, porque se espera que estén preparados ante la presencia o ausencia de eventualidades; es importante que, el personal de enfermería tome la vocería para liderar el equipo de salud, teniendo siempre presente los puntos de vista del equipo interdisciplinario con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios, especialmente, en el hecho que este se preocupa por contribuir a solucionar sus condiciones de salud e involucrar a las familias en el

⁴⁶ AGUIRRE RAYA, Dalila Aida; HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, Ana Bárbara. Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad de Enfermería. En: *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, [En línea]. La Habana: Epub, abril, 2014, Vol. 13, n. 3, p. 487-499. [Consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/51/302>

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 490.

momento en que se le realiza educación que contribuyan con el logro de su salud y recuperación total al momento de egresar del centro asistencial⁴⁸.

Además de lo anterior, el profesional de enfermería es uno de los agentes que hace participación en la creación y desarrollo de actividades de los diferentes programas, es ese sujeto que está constantemente pendiente de las necesidades insatisfechas de las personas, pero que, además, logra apropiarse de los sentimientos que las personas les cuesta demostrar y de estar constantemente escuchando lo que los usuarios piensan en decir.

En consecuencia, enfermería es ese agente que cuida de manera integral al individuo, brindándole palabras de aliento para que sienta que hay una razón para salir de su condición patológica y no solo se enfoque en la recuperación biológica del cuerpo, que también se preocupa por cómo es la adaptación posterior en el medio social, dado que desde tiempos remotos el profesional de enfermería es el encargado de ejecutar las acciones de dirigir las tareas de cuidado y en mutua colaboración proporcionar comodidad a quién lo requiera, así mismo, sucede en los programas de salud en dónde se apropia para que se dé y se cumpla a cabalidad el proceso, planeando a su vez estrategias que generen un impacto positivo en los diferentes campos en los que se esté desarrollando, por lo tanto, el papel que desempeña el profesional de enfermería es muy importante⁴⁹.

Por otra parte, el profesional de enfermería al encontrarse en múltiples escenarios toma las experiencias vividas para así dar iniciativa a nuevos programas, por lo tanto, no se limita propiamente a lo asistencial, sino que, también se convierte muchas veces en el agente educativo del equipo de salud y es pionero en la mejora continua del sistema de salud, integrando también los principios transculturales para que se tengan en cuenta las culturas que se fundamentan en sus propias creencias, y que muchas veces se sienten excluidos de un sistema que pareciese ser

⁴⁸ *Ibíd.*, p. 492.

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 494.

mezquino y no tenga en cuenta las necesidades de los pueblos que perciben la salud desde otro punto de vista.

Enfermería dentro de sus múltiples funciones también busca la manera de generar entornos cada vez más incluyentes y cómodos que realmente tenga en cuenta las necesidades y no solo lo que se observa a simple vista sino todo lo que incluye una percepción holística e integrada, capaz de afrontar y sobrellevar las políticas públicas a buenos términos para la prestación de un servicio de calidad, eficiente y eficaz que responde a lo contemplado en la Constitución y fundamentado en los principios de universalidad, que respeta los derechos de los ciudadanos del territorio nacional y al tiempo verifica que el ciudadano cumpla con sus deberes para con el sector salud.

Enfermería mantiene un compromiso personal, familiar, colectivo y social en las diferentes etapas del cuidado, por ello es un deber personal, el fortalecer ejercicios de reflexión constante, los conocimientos científicos, prácticas seguras que ofrezca seguridad, transmitan confianza, asumir los principios éticos que fundamentan la profesión, evitar el sufrimiento en el sujeto de cuidado y se convierta en un ser competente ante un mercado tan movible.

2.3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

En el ámbito internacional, Rodríguez y Domínguez en 2015⁵⁰, realizaron el estudio titulado: Manejo de la sífilis en el embarazo: conocimiento y prácticas de los proveedores de atención médica y barreras para el control de la enfermedad en Teresina, Brasil, cuyo objetivo fue verificar los conocimientos y prácticas de los profesionales de la salud que trabajan en atención prenatal relacionados con sífilis

⁵⁰ CARVALHO RODRIGUES, Danielle. MADEIRA DOMINGUES, Rosa. Manejo de la sífilis en el embarazo: conocimiento y prácticas de los proveedores de atención médica y barreras para el control de la enfermedad en Teresina, Brasil. En: *The International journal of health planning and management*. [En línea]. Teresina: Epub, octubre, 2017, Vol. 33, n. 2, p. 329-344. [Consultado: 28 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28983958/>

gestacional y las barreras que se presentan al implementar o aplicar los protocolos correspondientes en prevención de la enfermedad.

Las autoras concluyen que los profesionales de la salud deben recibir mejor asesoramiento en temas de salud sexual y reproductiva, particularmente en el manejo integral de la gestante con sífilis gestacional, el tratamiento adecuado y oportuno para ella y la pareja, con el fin de prevenir la sífilis congénita.

En la ciudad de Fortaleza- Brasil, Chaves⁵¹, realizó la investigación: conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras sobre el control de la sífilis durante el embarazo, mediante el enfoque cualitativo y aplicación de encuestas a 171 enfermeras de la Estrategia de Salud Familiar.

Las enfermeras reportaron dificultades durante la realización del control prenatal⁵² al manifestar el ingreso tardío de las gestantes, la demora de los resultados de VRDL, y la poca adherencia de las parejas al tratamiento estipulado, por lo que se concluye que la sífilis gestacional, es un problema de salud pública donde las intervenciones de enfermería son fundamentales para el control de esta patología, donde se debe brindar una atención integral y humanizada durante el control prenatal.

De Mello, Saraceni y *et al*⁵³, en el estudio titulado Manejo de la sífilis durante el embarazo: conocimiento, prácticas y actitudes de los profesionales de atención prenatal de la red de SUS en la ciudad de Río de Janeiro- Brasil, buscó evaluar los conocimientos, prácticas y actitudes de los profesionales además de identificar las

⁵¹ CHAVES, Camila. Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação 2012. Tesis para optar por el título de Master en enfermería. Brasil.: Universidade federal do Ceará.

⁵² *Ibíd.*, p. 82.

⁵³ DE MELLO, Lilian. SARACENI, Valeria y *et al*. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. En: *Rev ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva*. [En línea]. Río de Janeiro: Epub, marzo, 2014, Vol. 25, n. 4. p. 1341-1351. [Consultado: 28 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n5/1341-1351/pt>

principales barreras en la implementación de los protocolos de gestión de la atención de la sífilis gestacional. Se realizó bajo un enfoque cuantitativo transversal con una población de 102 profesionales adscritos al programa de atención prenatal, el análisis de datos fue por medio del software SPSS 16.0.

El estudio permitió identificar barreras para la adherencia a los protocolos, lo que genera el desconocimiento, actitudes y prácticas inadecuadas por parte de los profesionales, estos a su vez manifestaron, falta de confianza de los resultados, la falta de capacitación y de estrategias adecuadas para su implementación. De igual manera, los temas relacionados a la sexualidad y la prevención de infecciones de transmisión sexual parecen ser otra barrera por parte de los profesionales, la gestante y las parejas, así como también, la falta de acceso a los exámenes diagnósticos y el ingreso tardío al control prenatal parecen ser factores que contribuyen en el adecuado manejo de la sífilis durante la gestación.

En el territorio nacional, el estudio titulado: La educación del personal de salud: clave para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia, realizado en Cali- Valle del Cauca en el año 2017⁵⁴, por Garcés, Rubiano, et al, se propuso detectar vacíos de capacitación del personal de salud en torno a la prevención de la transmisión materno- infantil de la sífilis y el VIH, con el fin de presentar recomendaciones para mejorar los programas. Se realizó como un estudio de tipo descriptivo mediante 306 encuestas en 39 instituciones al personal de salud, indagando cómo se realizaba el proceso de atención en salud en sus distintas fases a las mujeres gestantes, además de verificar los conocimientos clínicos sobre la sífilis, el VIH, las pruebas rápidas y las distintas capacitaciones recibidas.

El estudio permitió evidenciar que existen deficiencias de conocimientos en el personal de salud acerca de cómo debe ser el manejo integral la sífilis gestacional,

⁵⁴ GARCÉS, Juan. RUBIANO, Luisa. Orobio y *et al.* La educación del personal de salud: clave para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia. En: *Revista Biomédica*. [En línea]. Cali: septiembre, 2017, Vol. 37, n. 3, p. 416-424. [Consultado: 28 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3397>

se detectaron fallas en el control de calidad para el uso adecuado de las pruebas rápidas, y las capacitaciones sobre el manejo de infecciones de transmisión materno- perinatal eran escasas; frente a esto, los autores concluyeron que se requiere de mayor capacitación al personal de la salud para el abordaje integral a las gestantes en la detección y prevención de las patologías mencionadas.

Por otro lado, el estudio realizado por Tobón, Navarro y García de título Adherencia de los profesionales al protocolo de manejo y red de apoyo familiar de sífilis gestacional y congénita⁵⁵ realizado en 10 municipios de un departamento en Colombia mediante un estudio descriptivo longitudinal aplicado a una población de 215 gestantes y una muestra de 11 gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional determinó que no hay adherencia total al protocolo por parte de los profesionales, así mismo, el estudio permitió evidenciar que no hay seguimiento por parte de los profesionales que brindan la atención a las usuarias y que se evidencia falta de educación continua respecto al tema en relación al profesional de enfermería como líder de los procesos en la región.

Por su parte, Cruz, en su investigación: Situación de la sífilis gestacional y congénita en Colombia, un desafío al Sistema General de Seguridad Social en Salud⁵⁶ concluyó que en Colombia las cifras de notificación de casos al SIVIGILA son unas de las más altas en Latinoamérica y el Caribe; y que, en el año 2011 se reportaron 2,9 casos de sífilis congénita/1000 nacidos vivos sobrepasando de esta manera las cifras metas estipuladas por la OPS aproximadamente por 6 veces. Por otro lado,

⁵⁵ TOBÓN-BORRERO, Luz Myriam; NAVARRO-TORO, Claudia Inés; GARCÍA-BAQUERO, Mónica Rosaura. Adherencia de los profesionales al protocolo de manejo y red de apoyo familiar de sífilis gestacional y congénita. En: *Revista Ciencia y Cuidado*. [En línea]. Colombia: Julio-diciembre, 2014, Vol. 11, n. 2, p. 19-30. [Consultado: 28 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/195>

⁵⁶ CRUZ-ACONCHA, Adriana Raquel. Situación de la Sífilis gestacional y congénita en Colombia, un desafío al Sistema general de Seguridad Social en Salud. En: *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*. [En línea]. Colombia: Octubre-diciembre, 2012, Vol. 63, n. 4, p. 304-307. [Consultado: 28 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/133>

el litoral pacífico colombiano es la región que aporta más casos significativos por año, siendo el puerto de Buenaventura ubicado en el Valle del Cauca una de las zonas más afectadas, por ende, se requiere mayor seguimiento e intervención a esta problemática de salud pública en el territorio Nacional.

El estudio Comportamiento epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en usuarios de una E.P.S en Córdoba durante el periodo 2015-2017, por Díaz y Martínez⁵⁷, se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, descriptivo retrospectivo, analizando una base de datos de una E.P.S del departamento que registra un total de 98 casos de sífilis gestacional y 32 de sífilis congénita comparando el comportamiento de estas patologías durante esos últimos tres años.

Dentro de los resultados principales la investigación⁵⁸ arrojó que el mayor número de casos reportados de sífilis gestacional es en la ciudad de Montería afectando a mujeres entre las edades de 19 a 30 años y adolescentes entre los 14 y 18 años. En cuanto a la sífilis congénita la población más afectada varía entre 1 y 5 días de nacidos, incluso una detección tardía de la infección a los 20 días de nacimiento. En conclusión, las autoras consideran que la sífilis gestacional y congénita sigue siendo un problema de salud pública el cual ha ido en aumento, por lo cual se deben fomentar prácticas de autocuidado en el embarazo y educación sexual y reproductiva.

Además, el estudio realizado por Amador, Hanna y Villadiego, titulado: Sífilis Gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba – Colombia, 2015⁵⁹ se trató de un estudio descriptivo retrospectivo analizando la información de 97 casos confirmados de sífilis gestacional en las primeras 15 semanas

⁵⁷ DÍAZ, Tania. MÁRTINEZ, Jalber, Op. cit., p 29.

⁵⁸ *Ibíd.*, p. 52.

⁵⁹ AMADOR AHUMADA, Concepción; HANNA LAVALLE, Mónica; VILLADIEGO CHAMORRO, Marilyn. Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba-Colombia, 2015. En: *Revista Cuidarte*. [En línea]. Córdoba: enero-abril, 2017, Vol. 8, n. 1, p. 1449-1458. [Consultado: 28 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.350>

epidemiológicas comprendidas de 2012 y 2015, logró determinar que el grupo etario más afectado se encuentra entre 15 y 35 años, igualmente 69% de los contactos sexuales no se diagnosticaron, ni trataron, por ende, se refleja una baja cobertura para este evento, falta de gestión para la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento. En consecuencia, se concluye que hay que fortalecer las acciones de los diferentes programas para el control de la misma.

2.4. MARCO LEGAL.

En el siguiente capítulo se describen y contextualizan los aspectos legales que sirvieron de soportes a la investigación y que aportan elementos de interés en la normatividad vigente en Colombia para la atención integral en el primer nivel de atención; a la gestante con sífilis y su hijo por nacer.

Para el año 2015, posterior al cumplimiento del plazo para la consecución de los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los países decidieron crear unos nuevos objetivos denominados Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS). Con esta nueva agenda proyectada hasta 2030, se pretende dar un enfoque en favor de las personas, el medio ambiente y la prosperidad, frente a lo cual se plantearon 17 objetivos y 169 metas, que dan alcance mundial y son de aplicación universal y que pueden ser adaptados a las capacidades, realidades y políticas individuales de las diferentes naciones⁶⁰.

En esta nueva agenda, el Objetivo N° 3 busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal. Sin embargo, en muchas regiones la salud enfrenta situaciones graves como lo son el aumento de tasas de mortalidad materna y neonatal y la propagación de enfermedades infecciosas, entre otras. Por lo tanto, se establecen 9 metas que incluyen: reducir la tasa mundial de mortalidad materna, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años,

⁶⁰ NACIONES UNIDAS GUATEMALA. Objetivos de desarrollo. [Sitio web]. Ciudad de Guatemala. [Consultado: 15 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://onu.org.gt/objetivos-de-desarrollo/>

poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas, fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros⁶¹.

Es decir, a nivel mundial a través de la Organización de Naciones Unidas y organizaciones gubernamentales, se muestra interés en la salud materna e infantil porque esta es un indicador de desarrollo en un territorio, por ello, se debe implementar programas y estrategias para el cuidado del embarazo, el parto y la maternidad, garantizados en un servicio de salud de calidad.

En Colombia, a partir de la promulgación de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 se establece el sistema de seguridad social integral enmarcado en cuatro pilares: pensión, salud, riesgos laborales y servicios complementarios. Esta ley busca garantizar los derechos de las personas y los colectivos para mejorar la calidad de vida, y, que estos sean acordes a la dignidad humana accesible dentro del territorio colombiano.

Por consiguiente, el libro dos salud dispone que: “forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, todas las personas y entidades públicas, privadas o de cualquier naturaleza, que adelanten actividades de aseguramiento de riesgos de salud, prestación de servicios de salud, y promoción y protección de la salud pública bajo cualquier modalidad, como también, en lo pertinente, entidades de otros sectores que realizan procesos y actividades similares a las descritas, o conexas con estas”.⁶²

⁶¹ NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo sostenible. [Sitio Web]. Ginebra; [Consultado: 15 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

⁶² COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993 (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [En línea]. Santa Fe de Bogotá, D.C.: Diario oficial. 1993. nro. 41148. p. 1-168. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf

En cuanto a la atención materno infantil, el Artículo 166 dispone: “el Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia”.⁶³

Dentro de la presente ley, se puede afirmar que la salud materno perinatal es un indicador a cumplir por parte de los servicios prestadores de la salud en vigilancia del Estado, para garantizar la atención durante todas las fases de la maternidad.

La historia clínica es un documento legal en Colombia que recopila información en salud de una persona de manera cronológica, privada y confidencial, la cual debe permanecer en absoluta reserva por los prestadores de servicios en salud, personas naturales o jurídicas que a ella accedan. En este orden, el Ministerio de Salud y de la Protección Social, expidió el 8 de julio de 1999 la Resolución 1995, por medio de la cual se “establece las directrices para el manejo de la historia clínica como documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector”⁶⁴. Esta debe cumplir con características de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad.

En el Acuerdo N° 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se: “Establece el cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública”⁶⁵. Es

⁶³ Ibíq., p. 281.

⁶⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 (8, julio, 1999). Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. [En línea]. Santa Fe de Bogotá D.C.: El Ministerio. 1999. 7 p. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

⁶⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 117 (22, diciembre, 1998). Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades de demanda inducida y atención de las enfermedades de interés en la salud pública. [En línea]. Santa Fe de Bogotá D.C.: El Ministerio. 1998. 7 p. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf

decir, se dictan medidas para este tipo de enfermedades las cuales deben ser notificadas al sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA, y es deber de las unidades primarias generadoras de datos reportarlas y de las instituciones prestadoras de salud primario, brindar una atención integral enfocada en disminuir la ocurrencia y prevalencia de estas enfermedades.

La vigilancia en salud pública es una de las principales herramientas que surge de la necesidad de establecer patrones de comportamiento de enfermedades epidémicas a través de un proceso de recolección, sistematización, análisis y divulgación de la información de aquellos eventos y enfermedades de mayor relevancia que puedan afectar la salud de la población, en consecuencia, se debe llevar un registro desde unidades primarias a nivel municipal hasta un nivel nacional.

Por lo anterior, el Ministerio de la Protección Social a través del Decreto 3518 de 2006 “crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información que orienten las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva”.⁶⁶

Así mismo, dentro del marco de la vigilancia y el control de interés en salud, se crea y dispone de laboratorios en salud pública para realizar investigaciones epidemiológicas con el fin de tener un control sanitario sobre determinadas situaciones presentes en personas y el medio ambiente, para ello el Decreto 2323 del 12 de julio de 2006 el Ministerio de la Protección Social “establece organizar la red nacional de laboratorios y reglamentar su gestión, con el fin de garantizar su

⁶⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3518 (09, octubre, 2006). Por el cual se reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones [En línea]. Santa Fe de Bogotá, D.C.: El Ministerio, 2006. 17 p. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf

adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación”⁶⁷.

Estos laboratorios, pueden ser de carácter público o privado con capacidad técnica, administrativa y científica con estándares de calidad, además de proteger de manera confidencial los resultados de los procesos desarrollados e investigaciones con el fin de establecer estrategias por medio de la autoridad sanitaria que contribuyan a la salud pública de la población.

La Ley 1098 de 2006 en Colombia, hace referencia al Código de la Infancia y la adolescencia que tiene como finalidad garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes dentro del territorio nacional, prevaleciendo la igualdad y dignidad como seres humanos sin ningún tipo de discriminación, dentro lo cual se enmarca el Artículo 20 señalando que: “El contagio de enfermedades infecciosas prevenibles durante la gestación o después de nacer, o la exposición durante la gestación a alcohol o cualquier tipo de sustancia psicoactiva que pueda afectar su desarrollo físico, mental o su expectativa de vida”⁶⁸. Por el cual, a través de la presente Ley, se debe trabajar sobre la eliminación de la transmisión vertical de ITS como la sífilis durante el embarazo, garantizando el nacimiento de niños y niñas libres de sífilis congénita mediante un tratamiento oportuno y eficaz a la materna.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es un conjunto instituciones de carácter gubernamental que garantiza el acceso y la prestación de los servicios de salud a la población colombiana dentro del territorio nacional. El Congreso de

⁶⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2323 (12, julio, 2006). Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones [En línea]. Santa Fe de Bogotá, D.C.: El Ministerio, 2006. 16 p. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Normatividad/Decretos/DECRETO%202323%20DE%202006.pdf>

⁶⁸ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1098 (8, noviembre, 2006). Por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia [En línea]. Santa Fe de Bogotá, D.C.: Diario oficial. 2006. nro. 46446. 84 p. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm

Colombia por medio de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 reforma este sistema para su fortalecimiento y emprende un nuevo sistema basado en la atención primaria en salud y la creación de un ambiente sano con el fin de mejorar las condiciones y la calidad de salud de los habitantes.

Dentro de esta amplia Ley, se establece en el Capítulo V “calidad y sistemas de información” en el Artículo 114° la “obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna”⁶⁹.

Con la Circular conjunta externa 0005 del 27 de febrero de 2012, a través del Gobierno nacional y los entes reguladores en salud se implementa la intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional⁷⁰. Esta fue una circular emitida en consideración por la mortalidad materna como indicador de la situación, calidad y condiciones de vida y de salud de las mujeres, por lo que se debe garantizar el acceso a los servicios de salud para una atención integral, con enfoque en los derechos sexuales y reproductivos, reduciendo las muertes maternas y perinatales por enfermedades prevenibles e intervenibles mediante una atención médico- sanitaria y el uso de las nuevas tecnologías.

⁶⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438 (19, enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones [En línea]. Santa Fe de Bogotá, D.C.: Diario Oficial. 2011. p. 1-51. [Consultado: 15 de mayo 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

⁷⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Circular Conjunta Externa 005 (27, febrero, 2012). Por medio de la cual se intensifican acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional [En línea]. Santa Fe de Bogotá, D.C.: 2012. p. 1-4. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/CircularConjunta_005_SeguridadMaterna\(1\).pdf](https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/CircularConjunta_005_SeguridadMaterna(1).pdf)

Esta circular dicta directrices que deben cumplir los entes territoriales, las instituciones prestadoras de servicios de la salud y empresas administradoras de planes de beneficios, las cuales serán vigiladas por la Contraloría General de la Republica como organismo de vigilancia y control.

La Resolución 2380 del 28 de junio de 2013, establece directrices para que la población tenga acceso a pruebas para el diagnóstico de VIH/SIDA, sífilis y otras infecciones de transmisión sexual, estableciendo lineamientos para profesionales de la salud, personas capacitadas en asesoría para VIH y laboratorios clínicos, en conformidad al cumplimiento al objetivo del milenio que habla sobre combatir el VIH/SIDA y otras ITS. En referencia al “Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud - CRES en Liquidación, incluye en el Plan Obligatorio de Salud las pruebas presuntivas para VIH y pruebas rápidas para sífilis, las cuales se pueden realizar en el Nivel I de complejidad”⁷¹, se incluye la prueba rápida treponémica la cual arroja el diagnostico de infección y seguido la realización de prueba no treponémica para verificar la efectividad del tratamiento antibiótico realizado.

La calidad de la atención en salud es uno de los pilares fundamentales para aquellas entidades que brinden servicios de salud a usuarios de su sistema, el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la Resolución 0256 del 5 de febrero del 2016 “dicta disposiciones en relación con el Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”⁷². Tiene como

⁷¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2380 (28, junio, 2013). Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS [En línea]. Santa Fe de Bogotá D.C.: El Ministerio. 2013. 14 p. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2338-de-2013.pdf>

⁷² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0256 (05, febrero, 2016). Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud [En línea]. Santa Fe de Bogotá D.C.: El Ministerio. 2016. 28 p. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%2016%20SinfCalidad.pdf>

finalidad aprovechar información para el mejoramiento de la calidad, gestionando conocimiento, aplicando planes estratégicos y acciones de mejora que contribuyan al progreso del desempeño favorable del sistema.

Con la Resolución 3280 del 02 de agosto de 2018, se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral en Salud para la Población Materno Perinatal⁷³; las cuales son de obligatorio cumplimiento estableciendo actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, detección temprana y protección específica y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública.

La anterior, constituye la ruta que deben seguir los profesionales de la salud para brindar una atención integral a las gestantes y su hijo por nacer, en la cual se establecen los diferentes tipos de consultas, atención para el cuidado prenatal, curso de preparación para la maternidad y la paternidad, atención del parto, puerperio y del recién nacido.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud dicta disposiciones para aquellas entidades que presten atención en salud se habiliten de manera obligatoria y se acrediten de manera opcional ante entes reguladores gubernamentales según lo dispuesto por el Ministerio de Salud y la Protección Social en la Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019 la cual “define los procedimientos e inscripción de los prestadores de servicios de la salud y de habilitación de los servicios de la salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de la salud conforme a sus cuatro componentes; sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la

⁷³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 (02, agosto, 2018). Por medio la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral en Salud para la Población Materno Perinatal [En línea]. Santa Fe de Bogotá D.C.: El Ministerio. 2018. 348 p. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

calidad de la atención en salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad”⁷⁴

2.5. MARCO CONCEPTUAL

2.5.1. SIFILIS

Según Organización Panamericana de la Salud, define la sífilis como “una infección de transmisión sexual (ITS) que generalmente se transmite por el contacto con úlceras infecciosas presentes en los genitales, el ano, el recto, los labios o la boca; por medio de las transfusiones de sangre, o mediante la transmisión materno-infantil durante el embarazo”⁷⁵.

Por otra parte, “la sífilis es una infección sistémica producida por el *Treponema pallidum* (*T. pallidum*) subsp. *pallidum* perteneciente a la familia Spirochaetaceae, es una bacteria gramnegativa con una forma helicoidal, se transmite por vía sexual, tanto por sexo oral, vaginal o anal, con una infectividad de alrededor del 30%”⁷⁶. Esta evoluciona según el tiempo transcurrido desde la exposición y se clasifica sífilis precoz; dentro de la cuales se incluye la sífilis primaria y secundaria. La sífilis tardía es la que sea adquirido hace más de un año y en una etapa final la Neurosífilis causante de problemas neurológicos y cardiovasculares irreversibles.

⁷⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3100 (25, noviembre, 2019). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud [En línea]. Santa Fe de Bogotá D.C.: El Ministerio. 2019. 230 p. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf)

⁷⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Infecciones de transmisión sexual: sífilis. [Sitio Web]. Washington, D.C. [Consultado: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14869:stisymphilis&Itemid=3670&lang=es

⁷⁶ OTERO, Luis; ARANDO, Maider. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. En: Elsevier [En línea]. Junio- julio, 2019, Vol. 37, n. 6, p. [Consultado: 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X19300072>

La sífilis al ser un problema de salud pública en el país requiere de una adecuada intervención oportuna para poder mitigar los efectos de esta sobre la salud de la materna y el recién nacido y disminuir los casos relacionados con esta infección de transmisión sexual.

2.5.2. GESTACIÓN

La gestación, es una etapa significativa para la mayoría de las mujeres porque dentro de ella se está formando una nueva vida, y como consecuencia de ello se dan una serie de cambios anatómicos y fisiológicos adecuados para la formación del producto de la gestación. Esta se define como “el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero unos 5 o 6 días después de la fecundación, atravesando el endometrio e invadiendo el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación”⁷⁷

En esta dirección, “se considera que el embarazo dura 266 días desde el momento de la concepción o 280 días desde el último período menstrual si los períodos se producen regularmente cada 28 días. La fecha de parto se estima según el último período menstrual. Un parto hasta 2 semanas antes o después de la fecha estimada es normal”⁷⁸.

⁷⁷ MENENDEZ, Gilberto; NAVAS, Inocencia; HIDALGO, Yusleidy y ESPERT, José. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. En: *Rev Cubana Obstet Ginecol* [En línea]. La Habana: julio-septiembre, 2012, Vol. 38, n. 3, p. 333-342. [Consultado: 11 de febrero de 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006. ISSN 0138-600X.

⁷⁸ HAYWOOD, Brown. Fisiología del embarazo. [En línea]. Manual MSD: Versión para profesionales. California; 2019. [Consultado: 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/fisiolog%C3%ADa-del-embarazo>

La gestación es un proceso fisiológico de la mujer en el cual se da origen a una nueva vida posterior a la unión de un óvulo con un espermatozoide, lo que implica llevar a cabo este proceso sin complicaciones que pongan en riesgo la vida de la madre o gestante y a su vez un parto seguro para el feto, es así como se debe de realizar un seguimiento a este proceso por parte de un profesional de salud a fin de intervenir los factores de riesgo presentes en este proceso.

2.5.3. CONOCIMIENTOS

Hoy día existe numerosos conceptos de conocimientos por lo cual la Real Academia de la Lengua Española define conocer como “el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas”⁷⁹. Este dependerá de la perspectiva filosófica, teórica y experimental relacionadas con las distintas ramas del saber a la cual se esté asociado el termino y su exigencia.

Así mismo, se puede definir como “un proceso a través de cual un individuo se hace consciente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar”⁸⁰.

⁷⁹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Conocimiento. [En línea]. Diccionario de la lengua española. Madrid; 2014. [Consultado: 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?w=conocimiento>

⁸⁰ MARTÍNEZ, Andrés y RÍOS, Francy. Los conceptos de conocimiento, epistemología y paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado. En: Cinta moebio: Revista de epistemología en Ciencias Sociales, [En línea]. Venezuela: Epub, julio, 2006. [Consultado: 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.moebio.uchile.cl/25/martinez.html>

2.5.4. PROTOCOLO

Se define protocolo como “un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada tarea en la cual son susceptibles de protocolizarse aquellas actividades físicas, verbales y mentales que son planificadas y realizadas por profesionales, incluyéndose tanto actividades autónomas como delegadas”⁸¹. Este se diseña como una herramienta guía con base científica para la toma de decisiones clínicas la cual se aplicará a pacientes y direcciona el actuar del profesional frente a una determinada situación.

2.5.5. EVALUACIÓN

La evaluación permite una valoración o medición desde lo cualitativo o cuantitativo de manera gradual y sistemática los alcances, logros y posibles obstáculos presentados en un determinado tema o situación en la que se requiera una respuesta a un fenómeno de estudio, por lo que *Tobón*, define la evaluación como “proceso de operación continua, sistemática, flexible y funcional, que al integrarse al proceso de intervención profesional, señala en qué medida se responde a los problemas sobre los cuales interviene y se logran los objetivos y las metas; describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y técnicas utilizadas y las causas principales de logros y fracasos”⁸²

En todos los procesos o actividades es importante realizar la verificación del impacto o resultado obtenido, es así, como en el sector salud se utiliza la evaluación para medir el impacto generado por las acciones de los diferentes programas que se brindan por parte de una institución a su población y establecer acciones que

⁸¹ SÁNCHEZ, Yolanda; GONZÁLEZ, Francisco; MOLINA, Olga; GUIL María. Guía para la elaboración de protocolos. En: Biblioteca Lascasas [En línea]. 2011; Ed.1. 15 p. [Consultado: 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.pdf>

⁸² ROCHA, Sofía. Mujeres y vida comunitaria: un acercamiento a las necesidades sociales. [En línea]. Tesis. Hermosillo: Universidad de Sonora. División de Ciencias Sociales. 2011. [Consultado: 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22038/Capitulo6.pdf>

busquen redirigirse a partir de los resultados obtenidos bien sea positivos o negativos.

2.5.6. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Es el actuar del sistema de salud en redes integrada en los distintos niveles y superar los problemas de fragmentación y segmentación que las personas puedan padecer por medio de la promoción, educación y mantenimiento de la salud. Según la Ley 1438 de 2011, la APS “es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios”⁸³

2.5.7. PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Estos se establecen con el fin de brindar información sobre determinadas enfermedades que son de interés para el sector salud, profesionales en el área, pacientes y comunidad en general, el cual está diseñado con el fin de establecer medidas que sean pertinentes con el fin de mitigar o direccionar el actuar para su prevención, eliminación o erradicación de la población afectada. Según la Organización Panamericana de la Salud se entiende como protocolo de vigilancia en salud pública a la “recopilación, el análisis y la interpretación, en forma sistemática y constate, de datos específicos sobre resultados para utilizarlos en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de salud pública”⁸⁴.

⁸³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438 (19, enero, 2011). Op. cit., p. 7.

⁸⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Boletín Epidemiológico: Planificación de un sistema de vigilancia en salud pública. En: OPS. [En línea]. Atlanta: marzo, 1995, Vol. 16, n. 1, p. 7. [Consultado: 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32138/22368.pdf?sequence=1>

2.5.8. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)

Las guías de práctica clínica son documentos que difieren de su fundamento, dentro de las cuáles se encuentran las basadas en la opinión de expertos, basadas en el consenso y basadas en la evidencia. Dentro de las utilizadas en el territorio Nacional se encuentran principalmente las basadas en la evidencia, porque toman como referencia la literatura científica, para así construir las recomendaciones plasmadas posterior a la evaluación de los beneficios y daños según la atención en salud, el fin de las guías permite optimizar el cuidado a los pacientes por parte del personal que brinda la atención, facilitar la toma de decisiones en el lugar y momento en que surjan dudas respecto a un tema de interés⁸⁵.

Por otro lado, las guías de práctica clínica son utilizadas cómo referentes para la elaboración de protocolos y paquetes instruccionales que se adaptan a las diferentes instituciones de salud y que a su vez ayuden a orientar al personal de salud para mejorar los procesos de calidad y atención en salud.

2.5.9. CONTROL PRENATAL

Durante el proceso de gestación, se establecen controles periódicos de revisión por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud para monitorear el estado de salud del binomio madre- hijo, dentro de las actividades programas se encuentran actividades como; la identificación de factores de riesgo, prescripción de micronutrientes, inmunización, procesos educativos, entre otros.

Según el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) el control prenatal se entiende como “la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto

⁸⁵ CASARIEGO, Emilio; COSTA, Carmen. Fistera: ¿Qué son y para qué sirven las GPC? [En línea]. España: Elsevier. (10 de octubre de 2020). [Consultado: 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/que-son-para-que-sirven-gpc/#32247>

y la crianza”⁸⁶. Del mismo modo, la Resolución 3280 de 2018 conceptualiza la atención para el cuidado prenatal como “el conjunto de atenciones que contribuyen a: i) mejorar la salud materna ii) promover el desarrollo del feto, iii) identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y iv) generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro”⁸⁷.

El profesional de enfermería está directamente involucrado en la atención a la gestante, llevando a cabo la coordinación y evaluación del programa, la gestión de los distintos procesos, y planes educativos de acuerdo a las necesidades y requerimientos de la gestante.

⁸⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. El control prenatal. En: Rev Salud Perinatal [En línea]. Montevideo – Uruguay: CLAP, 1990, Vol. 3, N° 10. p. 01. [Consultado: 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49384/BOLETIN%2010.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

⁸⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 (02, agosto, 2018). Op. cit., p. 263.

3. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este trabajo, se utilizó una metodología de naturaleza cuantitativa, la cual analiza a fondo las variables del problema planteado de manera cuantificable, confiando en la medición numérica y el uso de la estadística, para de manera exacta establecer ciertos patrones de comportamiento de una población.

Según Tamayo y Tamayo⁸⁸, consiste en un proceso basado en el método científico que pretende recopilar información de relevancia para verificar, corregir o aplicar el conocimiento, para luego relacionarlo con la hipótesis de los problemas planteados, por lo que se hace necesario obtener una muestra de la población representativa del objeto o fenómeno de estudio.

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente es una investigación fue descriptiva, transversal, puesto que “busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.”⁸⁹ por lo cual se hizo uso de la recopilación y análisis de datos en un periodo de tiempo determinado previamente establecido y describiendo de manera exacta aquello encontrado durante la investigación, utilizando un enfoque cuantitativo.

⁸⁸ TAMAYO Y TAMAÑO, Mario. EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA: Incluye evaluación y administración de proyectos de investigación [En línea]. 4 ed. México: LIMUSA SA. 2002, 64 p. [Consultado el 11 de noviembre 2019]. Disponible en: <http://evirtual.uaslp.mx/ENF/220/Biblioteca/Tamayo%20Tamayo-EI%20proceso%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica2002.pdf> ISBN 968-18-5872-7

⁸⁹ HERNÁNDEZ, Roberto y MENDOZA, Christian. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [En línea]. McGraw-Hill Interamericana. 2018, 713 p. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=5A2QDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=hernandez+sampieri+metodologia+dela+investigacion+pdf&ots=Ti-IYVUmE1&sig=drK0YiSedKW_kqHR2LGE5VG5nJw#v=onepage&q&f=false ISBN 978-1-4562-6096-5

3.2. ESCENARIO DE ESTUDIO

La presente investigación fue desarrollada en una Institución Prestadora de Salud de primer nivel de complejidad de carácter público en la ciudad de Cereté (Córdoba) que presta servicios de baja complejidad a la población del departamento; es considerada una de las más importantes en el mantenimiento y promoción de la salud, brinda atención a la gestante bajo los lineamientos de la estrategia IAMI y AIEPI, con una amplia red de atención conformada por 09 puntos de atención.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio, fueron los profesionales de salud; Médicos y Enfermeras (os) que brindan la atención a la gestante diagnosticada con sífilis durante el control prenatal asistentes en la Ruta Integral en Salud para la Población Materno Perinatal en el segundo semestre del año 2019.

Para el desarrollo de la investigación se tomó una población de 11 profesionales de salud que brindaban la atención durante el control prenatal a las usuarias diagnosticadas con sífilis asistentes en la Ruta Integral en Salud para la Población Materno Perinatal durante el segundo semestre del año 2019 teniendo en cuenta los siguientes criterios:

3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Que den su consentimiento para participar en el estudio.
- Profesionales de Medicina y Enfermería.
- Que presten servicios directamente con la IPS.
- Que no sean especialistas en Ginecología u obstetricia.
- Con experiencia de más de 3 meses en atención a gestantes con sífilis.

3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Auxiliares y profesionales de la salud diferentes a Medicina y Enfermería.
- Qué no presten servicios directamente con la IPS.
- Qué sean especialistas en Ginecología u obstetricia.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Los datos se recolectaron mediante un test de conocimientos diseñado y aplicado directamente por los investigadores que constaba de 13 ítems dividido en 3 dimensiones así: primero, identificación de profesión, tiempo de servicio, capacitación y recursos disponibles compuesto por 4 ítems; segundo, conocimiento y aplicabilidad del protocolo compuesto por 7 ítems, tercero, cuidados y recomendaciones del profesional de enfermería y medicina compuesto por 2 ítems para un total de 13 ítems, el cual fue avalado por 2 expertos con formación en el tema, previa prueba piloto en la cual los participantes entendieron las preguntas y no se presentaron confusiones, la cual fue aplicada a los profesionales de enfermería y medicina involucrados en la atención médica directa a las gestantes diagnosticadas con sífilis, con el fin de identificar y relacionar los conocimientos del profesional y la atención brindada a la gestante sobre esta patología; de acuerdo al protocolo de vigilancia en salud pública⁹⁰ y la Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia sobre la Sífilis Gestacional⁹¹.

Atendiendo los lineamientos legales de la investigación en salud se obtuvo permiso por escrito de la institución objeto del estudio para la aplicación del instrumento; el cual fue diligenciado dentro del consultorio de atención al profesional de salud.

⁹⁰ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia en salud pública: Sífilis gestacional y sífilis congénita. Op. cit., p. 5.

⁹¹ 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. Op. cit., p. 35.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS Statitics versión 25. (Statistical Product and Service Solutions), que utiliza un conjunto de herramientas para el análisis y procesamiento de datos específicos, con función mediante menú desplegable, cuadros de diálogos, gráficos, entre otros, permitiendo trabajar con grandes cantidades y datos en diversos análisis estadísticos, simples o complejos. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva; los resultados se presentan en gráficas en el orden de los objetivos planteados.

3.6. ASPECTOS ÉTICO Y LEGALES.

Se tuvo en cuenta los aspectos ético legales que están enmarcados dentro de la Resolución 0008430 de 1993 del Ministerio de Salud; “la cual establece los lineamientos técnicos, científicos y administrativos de la investigación en salud”⁹², como lo indica en su artículo 5, prevalecerá el respeto a la dignidad del encuestado y por lo tanto la protección de sus derechos, así mismo, como lo describe en el artículo 8 se protegerá la privacidad del sujeto o individuo, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran o el participante lo especifique; de acuerdo a lo establecido en el artículo 11 este será un estudio sin riesgos éticos, debido a que no se intervendrán variables o aspectos de identificación o sensitivos de la conducta. Por lo que se les explicará a los participantes su participación voluntaria y confidencial por medio del consentimiento informado

De acuerdo a lo establecido en el artículo 15, el participante fue informado, se le explicó el objetivo de la investigación, y se obtuvo su aceptación para participar en la investigación, lo cual se evidencio en la firma del consentimiento informado.

⁹² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (4, octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [en línea]. Santa Fe de Bogotá D.C.: El Ministerio. 1993. 19 p. [Consultado: 11 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

3.7. PROPIEDAD INTELECTUAL Y RESPONSABILIDAD.

Los autores manifiestan que respetan los derechos de autor producto de esta investigación, la cual es el resultado de una investigación propia de los investigadores.

Los resultados de este estudio son propiedad intelectual de los estudiantes que elaboraron el proyecto Eliécer David Macea Beltrán y Walter Enrique Quiñonez Romero, de las docentes Mónica Isabel Hanna Lavallo y Marilyn De los Ángeles Villadiego Chamorro.

Además, cabe resaltar qué es un objetivo específico de un macroproyecto presentado en convocatoria interna la No.144 el cual se titula: “Desarrollo de un sistema tutor inteligente para el aprendizaje del protocolo de atención en la detección temprana de la Sífilis gestacional y congénita” cuyo investigador principal es la docente Mónica Hanna Lavallo adscrita al grupo Huellas, “Calidad de Vida” del programa de Enfermería.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se presentan en el orden de los objetivos planteados, por ello se abordó en primer punto o dimensión la identificación de la población según profesión, tiempo, capacitaciones y recursos disponibles; en un segundo punto se abordaron los conocimientos del profesional de enfermería y medicina durante la atención, el tercer aspecto abordó las recomendaciones y cuidados del profesional de enfermería y medicina en la atención a gestantes con diagnóstico de sífilis del municipio de Cereté, Córdoba.

4.1. IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SUJETO SEGÚN PROFESIÓN, TIEMPO DE SERVICIO, CAPACITACIONES Y RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCIÓN.

El estudio indagó acerca del tipo de profesión que ejercía el participante al momento de la encuesta, el tiempo que lleva en la atención a gestantes, si ha recibido capacitaciones por parte del empleador sobre la Ruta Materno- perinatal según la Resolución 3280 de 2018, y, si contaba con los recursos necesarios para una adecuada intervención y valoración, tal como se evidencia en la gráfica 1:

Gráfica 1. Perfil Profesional.



Fuente: Elaboración propia encuesta Evaluación de Conocimientos del Profesional de Enfermería y Medicina sobre Atención Prenatal a Gestantes con Sífilis.

Con base a la teoría de consecución de los objetivos de imagen King, se establecen la anterior grafica en la cual se buscó identificar la percepción, juicio y acción de los profesionales, a través de ítems como: tipo de profesional (percepción), tiempo de atención (juicio) y capacitaciones (acción), en la cual se identificó que siete (7) son profesionales de la enfermería (63.6%) y cuatro (4) son médicos (36.4%). En cuanto al juicio, que bien lo daría el tiempo que llevan en la atención a gestantes en control prenatal, el 36,4% corresponde a 4 profesionales que han estado menos de un año, el (27,3%) son 3 profesionales entre uno y dos años, seguido del (18,2%) que serían 2 profesionales entre dos y tres años y 2 más (18,2%) entre cuatro años o más, con un promedio de 2.75 años en la atención prenatal.

De acuerdo a las capacitaciones por parte del empleador sobre la Ruta Integral de Atención en Salud Materno - perinatal de la Resolución 3280 de 2018, el 90.9% es decir 10 profesionales, han recibido algún tipo de capacitación, mientras que 1 profesional (9,1%) no ha sido capacitado. Otro dato de importancia, es saber si cuentan con los recursos necesarios para una adecuada intervención y valoración durante los controles, por lo que 10 profesionales (90,9%) aseguran contar con ellos y utilizarlos de manera adecuada, mientras que el (9,1%) no cuenta en su totalidad con los recursos necesarios para hacerlo, esto se debe probablemente al criterio de cada profesional que determina que recursos son necesarios para dicha valoración.

Para una adecuada intervención por parte del profesional, este debe estar capacitado en el saber- saber y saber hacer, además de contar con los recursos necesarios para poner en prácticas dicha formación y realizar de manera integral la atención de la materna. Según De Mello, Saraceni y *et al*⁹³, para la adecuada intervención resulta necesario eliminar las barreras relacionadas con los conocimientos, practicas, actitudes y el contexto organizacional para evaluar a las mujeres embarazadas y su pareja.

⁹³ DE MELLO, Lilian. SARACENI, Valeria y *et al*. Op. cit., p. 4.

4.2. CONOCIMIENTOS DURANTE LA ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y MEDICINA.

4.2.1. Captación oportuna.

Para establecer el nivel de conocimiento que tenían los profesionales de la Salud (Médico – Enfermera), relacionadas con la atención a la gestante con sífilis durante el control prenatal, se tuvo en cuenta la realización de preguntas generales y específicas de acuerdo a lo establecido en el Protocolo para Sífilis Gestacional y la Resolución 3280 de 2018.

En la cual una de las preguntas realizadas es: ¿Según la Resolución 3280/2018 del Ministerio de Salud, la Captación Oportuna para la gestante debe ser?, en relación a la pregunta entre las opciones de respuesta se encontraba el ítem: después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 de gestación, en la que se obtuvo una respuesta del 100% de los profesionales, los cuales contestaron acertadamente puesto que la Resolución 3280/2018 del Ministerio de Salud, establece que la captación oportuna para la gestante debe realizarse después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 de gestación.

Así mismo existe una relación con lo que expresa Aguilera Susana y Soothill Peter,⁹⁴ donde afirman que los controles deben comenzar tan pronto como el embarazo sea sospechado, idealmente antes de las 10 semanas, y en especial en las pacientes con patologías crónicas o que también hayan tenido abortos o malformaciones del tubo neural.

Por lo tanto, hay mucha relación entre las respuestas obtenidas por los profesionales de la salud participantes y lo descrito en el párrafo anterior, es así, como se sostiene que el control debe iniciarse de manera oportuna antes de la semana 10 y realizar un seguimiento adecuado a el proceso de la gestación, de

⁹⁴ AGUILERA, Susana. SOOTHILL, Peter. Control prenatal. En: *Revista médica clínica las condes*, [En línea]. España: Epub, julio, 2014, vol. 25, no 6, p. 880-886. [Consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706340>

igual forma, intervenir los factores de riesgo presentes durante el desarrollo de la misma; para detectar anomalías que lleguen a poner en riesgo la vida bien sea del feto o de la madre, logrando impactar en la salud pública del país y a su vez contribuir de manera eficiente en el objetivo No.3 de Desarrollo Sostenible, además de prevenir el aumento de la mortalidad materna e infantil.

Por lo tanto, se corroboró que el profesional de enfermería y medicina que brinda la atención a la gestante, cumple con la dimensión de conocimientos evaluado en esta investigación. Por ello se hace de gran importancia seguir impartiendo educación que busque crear conciencia sobre la importancia de ingresar oportunamente al control prenatal y asistir puntualmente a las citas asignadas y a su vez fomentar la participación de la pareja en el proceso de la gestación.

4.2.2. Citas de control prenatal.

En lo relacionado con el ítem número 5 de la encuesta realizada a los sujetos de estudio, se establece la pregunta ¿Cuántas citas de control mínimo debe tener durante la gestación según la resolución 3280?, en la cual se obtuvo el 100% en la respuesta: nulípara 10 controles, multípara 7 controles, lo cual está acorde a lo establecido por la Resolución 3280 de 2018. Estas citas tienen como objetivo llevar un estricto seguimiento, para así, permitir la interacción temprana entre el paciente y el profesional de salud, realizar un juicio y una acción, que, a su vez, permita producir reacciones, establecer objetivos e instaurar las medidas para conseguir las metas y llegar a lo conocido como transacción, como lo establece la teoría de consecución de objetivos planteada por King⁹⁵.

Así mismo, los lineamientos del Ministerio de Salud a través de la Ruta materno-perinatal, sirven como herramienta a los profesionales para direccionar su actuar durante el control prenatal, con el fin de que la intervención realizada se brinde de

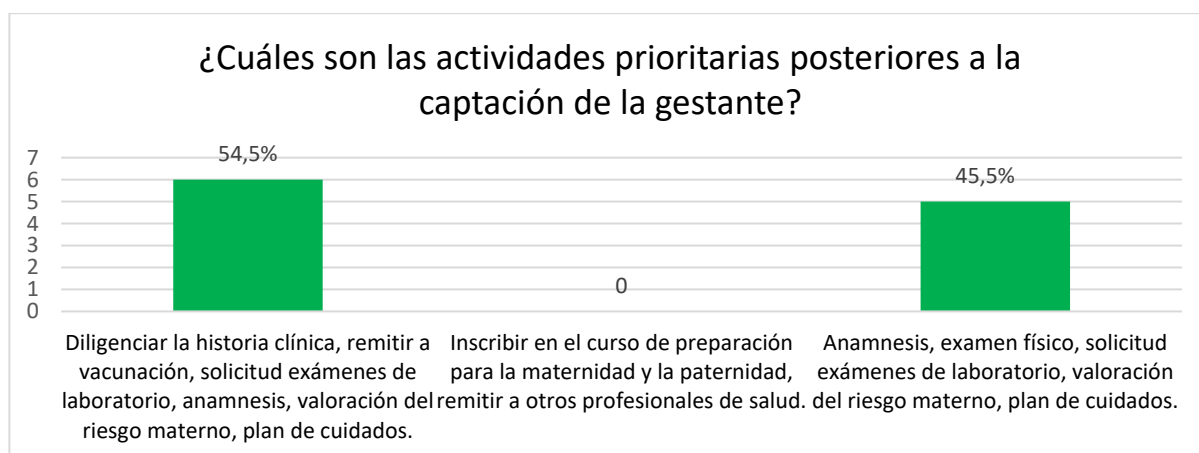
⁹⁵ ACHURY, Luisa. PEÑUELA, Pilar. Aplicación de la teoría de la consecución de objetivos al cuidado del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. investigación en enfermería: imagen y desarrollo [En línea]. 2013, 15 (2), 31- [Citado: 25 de julio de 2020] ISSN: 0124-2059

manera holística e integral a gestante de curso normal o de bajo riesgo, a lo mismo que para aquellas que sufran alteraciones y patologías asociadas al embarazo.

En este sentido, contribuir en la promoción de la salud materna, y mejorar los resultados estadísticos en la salud pública, mediante la atención integral, multidisciplinar e intersectorial con disposiciones técnicas y operativas obligatorias se busca garantizar el bienestar de la madre y su hijo por nacer⁹⁶.

4.2.3. Actividades prioritarias

Gráfica 2. Actividades Prioritarias.



Fuente: Elaboración propia encuesta Evaluación de Conocimientos del Profesional de Enfermería y Medicina sobre Atención Prenatal a Gestantes con Sífilis.

Al indagar sobre las actividades prioritarias posteriores a la captación de la gestante, el 45,5% de los profesionales encuestados respondieron de forma acertada, mientras que el 54,5% restante indicó no incluir el diligenciamiento de la historia clínica ni la remisión a vacunación, por otro lado, ningún profesional indicó qué es

⁹⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN número 3280 del 02 de agosto de 2018, por medio la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral en Salud para la Población Materno Perinatal. P.239.

prioritario inscribir en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, ni la remisión con otros profesionales de la salud.

Según Bolaños Inés y Játiva Rosa⁹⁷, en su estudio realizado concluyeron que las actividades prioritarias incluyen diligenciamiento de la historia clínica perinatal, en la cual se incluye la anamnesis, valoración del riesgo, examen físico, solicitud de exámenes de laboratorio, vacunación, control odontológico y control nutricional por lo tanto, no tienen en cuenta en relación con las actividades contempladas en la Resolución 3280 de 2018 en Colombia el plan de cuidados y la inscripción al curso de preparación para la maternidad y la paternidad; siendo así el control prenatal un programa incluyente que permite intervenir factores de riesgo a través de actividades que se priorizan con relación a las semanas de gestación.

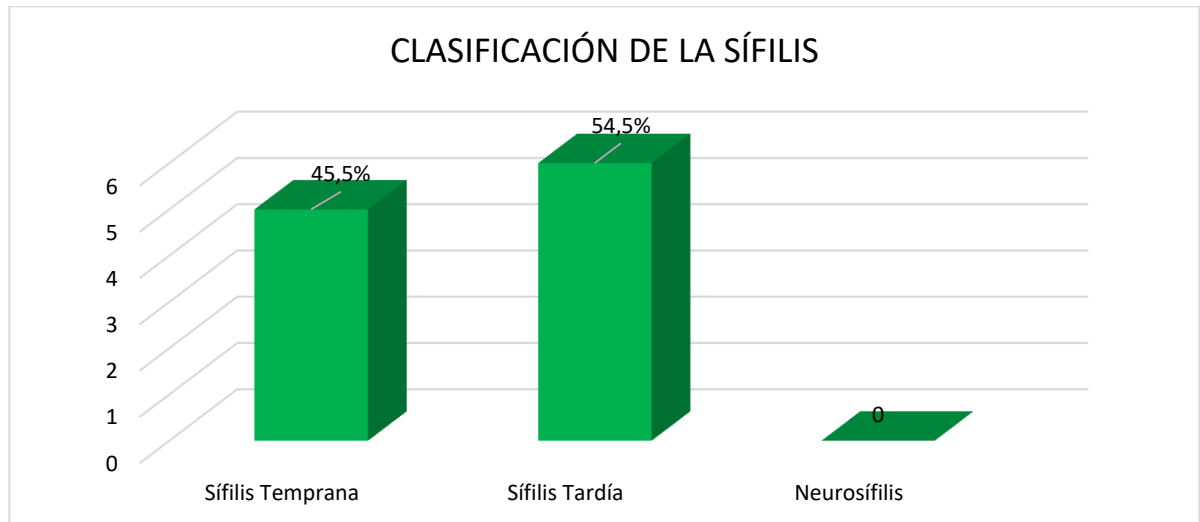
En la atención para el cuidado prenatal como lo establece la Resolución 3280 de 2018: “conjunto de atenciones que contribuyen a: i) mejorar la salud materna ii) promover el desarrollo del feto, iii) identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y iv) generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro”⁹⁸ se debe brindar capacitación al personal que labora en las diferentes instituciones de salud para que estén en la capacidad de llevar a cabo un manejo adecuado y tengan en cuenta el orden de prioridades de acuerdo a los hallazgos encontrados durante la valoración en cada cita de control, y en especial posterior a la captación de la gestante y cita de ingreso al programa, así mismo, no pasar por alto detalles que puedan influir en el adecuado desarrollo de la gestación.

⁹⁷ BOLAÑOS BÁEZ, Inés. JÁTIVA ARGUELLO, Rosa. 2016. Repositorio Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [En línea] Diciembre de 2016. [Citado el: 26 de Junio de 2020.] <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12679/TESIS%20%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁹⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN número 3280 del 02 de agosto de 2018, por medio la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral en Salud para la Población Materno Perinatal. Pág. 263. [en línea]: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

4.2.4. Clasificación de la sífilis

Gráfica 3. Clasificación de la Sífilis.



Fuente: Elaboración propia encuesta Evaluación de Conocimientos del Profesional de Enfermería y Medicina sobre Atención Prenatal a Gestantes con Sífilis.

En cuanto a los estadios de la sífilis, se realizó la descripción de un concepto de acuerdo a las manifestaciones clínicas de erupciones en piel incluyendo palma de mano y planta de pies, lesión en genitales, artralgia, fiebre, entre otros. El 45,5% concluyó que hace referencia a la sífilis temprana, mientras que el 54,5% contestó de manera acertada a la sífilis tardía. En relación con Arando y Otero⁹⁹, la sífilis se clasifica como precoz o tardía dependiendo el tiempo transcurrido desde la infección al diagnóstico, por lo tanto, la tardía, ha sido adquirida hace más de un año. Este tipo de infección de transmisión sexual ha sido estudiado desde hace muchos años, por lo que se conoce ampliamente las características que la identifican, dentro de

⁹⁹ ARANDO, Mairder. OTERO, Luís. SÍFILIS; FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA: INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. En: *Rev.Elsevier*. Vol 37 Núm 6. Julio 2019. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-avance-resumen-sifilis-S0213005X19300072>

ello el agente causal, los modos de transmisión, la sintomatología, el tratamiento efectivo, posibles complicaciones en el resto del organismo, entre otras.

Por otra parte, el profesional de salud que trabajan directamente con pacientes portadoras de esta infección, debe tener claridad de la sintomatología presentada por la patología, por como lo establece de la teoría de la consecución de los objetivos “Si existe precisión en las percepciones que se generan en la interacción enfermero-paciente, se producirán transacciones”¹⁰⁰. Es decir, las percepciones son esenciales al momento de realizar la historia clínica del paciente y se confirmaran con el conocimiento que tengan los profesionales a través de valoración, por lo tanto, para llevar acabo el logro de los objetivos que sería: abordar de manera integral a la gestante y determinar el tratamiento adecuado, se necesita mantener los sistemas de interacción dinámica; personal, interpersonal y social del profesional de salud y paciente.

4.2.5. Prueba diagnóstica para la sífilis

En relación al ítem 8 ¿Cuál de estas es una prueba no treponémica? para el diagnóstico de la sífilis, se postularon las siguientes respuestas: enzimmunoensayos, TPHA-TPPA, VDRL y pruebas rápidas, en la cual se obtuvo que el 100% de los profesionales de la salud respondió de manera acertada al marcar VDRL, esto demuestra que conocen los diferentes tipos de prueba para diagnóstico de la sífilis y cuál es la indicada a realizar según la normatividad vigente en el territorio nacional.

Según el estudio titulado Interpretación de las pruebas diagnósticas de sífilis en gestantes publicado en el año 2018 de Álvarez Carrasco Iván¹⁰¹, concluye que no existe prueba diagnóstica ideal para la sífilis gestacional, que cumpla con los criterios de tener alta sensibilidad y especificidad, que sea adecuada para la monitorización para la respuesta al tratamiento y a su vez sea negativa posterior a

¹⁰⁰ ACHURY, Luisa. PEÑUELA, Pilar. Op. cit., p. 36.

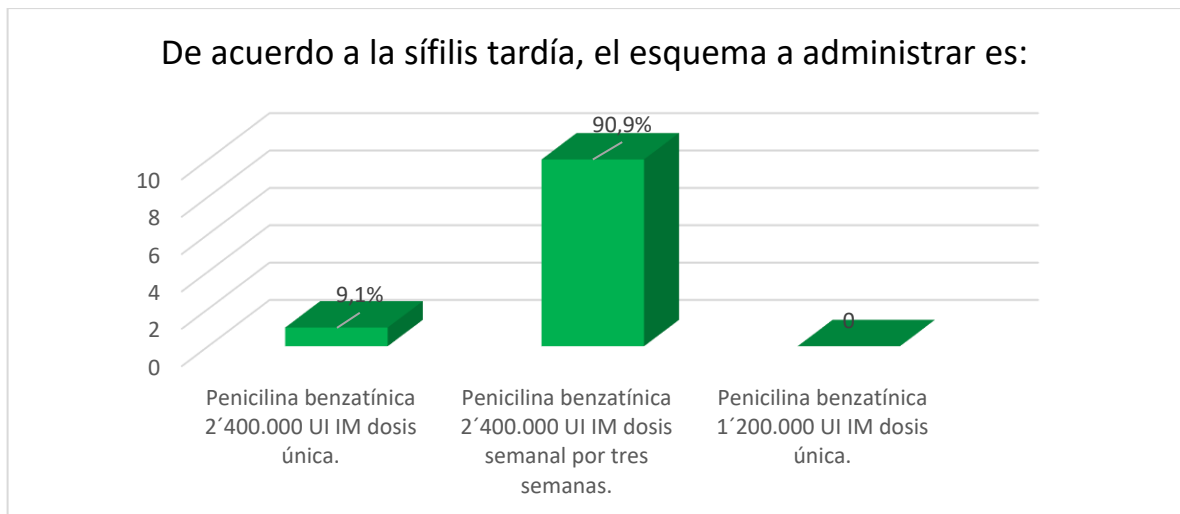
¹⁰¹ Álvarez Carrasco RA. Interpretación de las pruebas diagnósticas de sífilis en gestantes. En: Rev Peru Ginecol Obstet [En línea]. 2018;64(3):345-352

una terapia eficaz y pueda demostrar claramente una reinfección dado el caso. Por otro lado, se usaba de manera tradicional un tamizaje a las gestantes con pruebas no treponémicas (VDRL, RPR y USR) debido a su reactividad obligaba a una titulación y su confirmación mediante pruebas treponémicas (FTA-Abs y MHA-TP). Ahora recientemente emplean una lógica inversa, es decir, utilizar como tamiz las pruebas treponémicas y al ser positivas efectuar la RPR para establecer la actividad y comportamiento de la enfermedad.

Lo anterior, permite establecer las diferencias entre los dos sistemas de salud de ambos países en cuanto al diagnóstico y seguimiento para la sífilis gestacional, dejando ver cuál de los dos métodos es más efectivo para el tratamiento de esta patología teniendo en cuenta la población y los recursos disponibles para su tratamiento, es importante para los profesionales de la salud tener claro los conceptos pertinentes a las diferentes pruebas y los casos en que se apliquen además de esto la correcta interpretación para no cometer errores e incurrir en un mal diagnóstico y tratamiento para esta infección de gran interés para la salud pública.

4.2.6. Esquema de tratamiento para sífilis tardía

Gráfica 4. Esquema a administrar para Sífilis Tardía.



Fuente: Elaboración propia encuesta Evaluación de Conocimientos del Profesional de Enfermería y Medicina sobre Atención Prenatal a Gestantes con Sífilis.

Al preguntar a los profesionales de salud cual era el tratamiento de primera elección para la sífilis gestacional de clasificación tardía, el 90,9% concluye de manera correcta, que el más adecuado es el esquema de penicilina benzatínica 2'400.000 UI IM dosis semanal por tres meses, y un porcentaje de 9.1% infiere que es el esquema de penicilina benzatínica 2'400.000 UI IM dosis única. Para realizar de manera adecuada la prescripción de un tratamiento medicamentoso, los profesionales deben tener en cuenta la evolución o curso de la infección, que dependiendo de los hallazgos encontrados se instaure el tratamiento, se supervise el cumplimiento y se realice el nexo epidemiológico, lo que tiene relación con lo que sostuvo Imogene King que la meta de los profesionales sanitarios "es ayudar a las personas a mantener su salud para que puedan desempeñar sus roles"¹⁰².

Para ello, como herramienta de ayuda para el Gobierno, Instituciones de Salud y profesionales del área, la Organización Mundial de la Salud¹⁰³, establece la Guía de detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas, dentro de la cual, en la recomendación 8 propone como primera elección para la sífilis tardía en el embarazo, la administración de penicilina intramuscular 2,4 millones de unidades internacionales, y al ser esta una patología en el embarazo de interés en la Salud Pública, se debe evitar el desabastecimiento de penicilina benzatínica destinada a la atención prenatal.

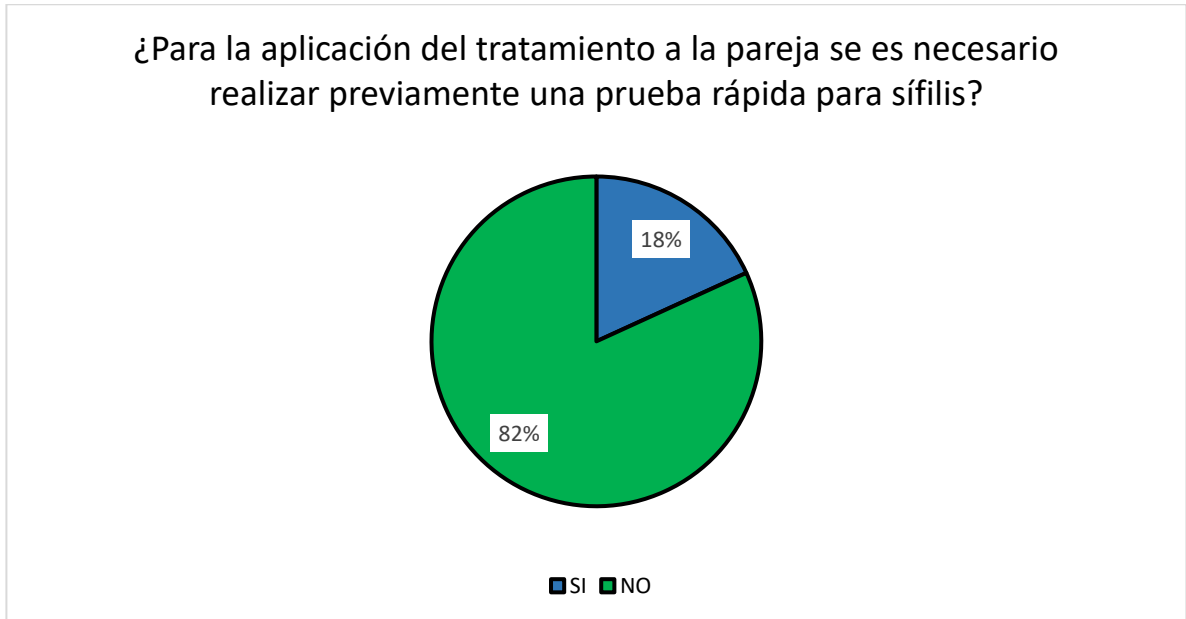
Esto debido a que la mortalidad materno- perinatal es un indicador de desarrollo de una nación y la adherencia a las políticas de salud materna, se debe minimizar de todas las maneras posibles complicaciones en el embarazo y posterior, en el producto de la gestación.

¹⁰² KING, 1981, P. 3-4. Citado de RAILE ALLIGOOD, M. (2014). *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona: ELSEVIER. Pág. 249.

¹⁰³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Guía de detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. Pp 29. ISBN: 978-92-4-155009-3. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/SIFILIS_EN_LA_EMBARAZADA.pdf

4.2.7. Prueba rápida a la pareja

Gráfica 5. Prueba Rápida a la Pareja.



Fuente: Elaboración propia encuesta Evaluación de Conocimientos del Profesional de Enfermería y Medicina sobre Atención Prenatal a Gestantes con Sífilis.

Se indagó también sobre el requerimiento de prueba rápida a la pareja previa aplicación del tratamiento, el 82% de los profesionales respondió de forma acertada al indicar que NO se debe de realizar la prueba previa para la aplicación del tratamiento, mientras que el 18% restante responde que SI debe hacerse la prueba.

En la recomendación #13 de la Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita se establece: “En el o los contactos sexuales de la mujer con sífilis gestacional se recomienda NO realizar pruebas diagnósticas para sífilis”¹⁰⁴, para así eliminar barreras que haya

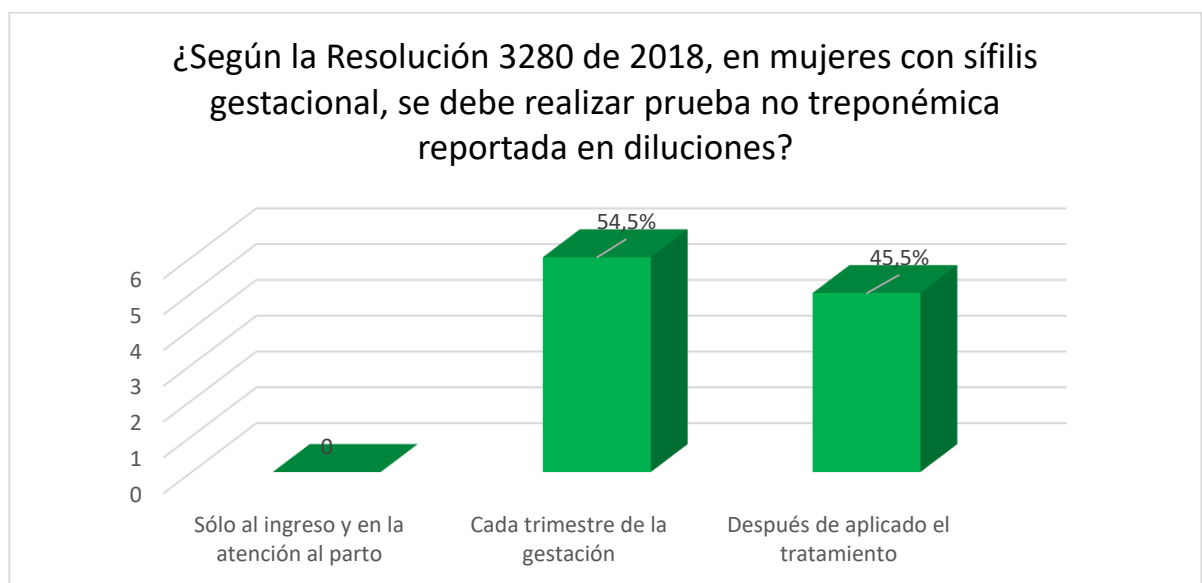
¹⁰⁴ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014. Bogotá: il. ISBN: 978-958-8735-87-0

para la administración del tratamiento (Penicilina Benzatínica) y así prevenir casos de reinfección para la gestante. Y se da por entendido que al ser la pareja sexual potencialmente se encuentra infectado y se le administra la dosis para sífilis cómo si fuera desconocida, es decir, 2´400.000 UI IM dosis semanal por 3 semanas.

Por lo anterior, se ratifica el no realizar la prueba previa para la administración del tratamiento a la o las parejas sexuales de la gestante, así mismo, se debe seguir brindando educación al personal de salud teniendo como referencia la GPC para el manejo adecuado de la patología y no incurrir en acciones que lleven a un mal manejo de la misma, en especial con las parejas que tienden a tornarse reacios al tratamiento.

4.2.8. Diagnostico con prueba No Treponémica reportada en diluciones.

Gráfica 6. Prueba No Treponémica Reportada en Diluciones.



Fuente: Elaboración propia encuesta Evaluación de Conocimientos del Profesional de Enfermería y Medicina sobre Atención Prenatal a Gestantes con Sífilis.

En lo relacionado con la realización de la prueba no treponémica reportada en diluciones, el 45,5% es decir, 5 profesionales, están de acuerdo en que se debe realizar al terminar el tratamiento, mientras que el 54,5% afirman que se debe realizar cada trimestre del embarazo respondiendo de manera acertada, ya que los lineamientos del Ministerio de Salud por medio de la Resolución 3280 de 2018 en la Ruta Materno- perinatal¹⁰⁵ redacta que, en la atención integral al estado de salud de la gestante, dentro de la solicitud de exámenes para mujeres con sífilis gestacional, se debe solicitar la prueba no treponémica (VDRL O RPR) reportada en diluciones por cada trimestre de gestación.

Así mismo, la Guía para el diagnóstico y manejo de la sífilis en el embarazo y prevención de la sífilis congénita de México¹⁰⁶, concuerda en que para la sífilis gestacional el seguimiento serológico debe realizarse trimestralmente incluso meses después de finalizado el tratamiento, debido a que cuando no se tiene un historial detallado del tiempo de exposición de la infección, esta se clasifica clínicamente como sífilis tardía, por lo que en el reporte serológico seguirán apareciendo diluciones con títulos bajos, sin que esto indique reinfección o fallos en el tratamiento.

Por otro lado, en la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para Colombia la recomendación 10 estipula que en seguimiento a pacientes con sífilis gestacional el seguimiento o control al tratamiento debe realizarse por laboratorio con pruebas no treponémicas (VDRL o RPR) reportada en diluciones por cada trimestre de la

¹⁰⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN número 3280 del 02 de agosto de 2018, por medio la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral en Salud para la Población Materno Perinatal. P.271.

¹⁰⁶ ÁLVAREZ, Gerardo. SALAZAR, Sergio. BOCANEGRA, Claudia. GUÍA DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SÍFILIS EN EL EMBARAZO Y PREVENCIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA. 2012. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_diagnostico_manejo_sifilis_congenita.pdf

gestación, además de esto al momento del parto, post aborto, así como en la consulta postparto en caso de parto domiciliario¹⁰⁷.

Según la perspectiva de Álvarez Ricardo¹⁰⁸, la seroreversión de las pruebas no treponémicas luego del tratamiento es un proceso lento, que depende de la etapa de la infección en que fue administrado, por lo que si se realizó el tratamiento en fase tardía se obtiene poco efecto en los títulos, así mismo el autor sostiene que se necesita un cambio de dos diluciones en el título para demostrar una diferencia clínicamente significativa entre dos pruebas consecutivas, lo que permite concluir es indispensable la realización de la prueba trimestral para observar la fase inicial de las titulaciones de la infección y la reducción significativa de esta y plantear si el tratamiento fue efectivo o no.

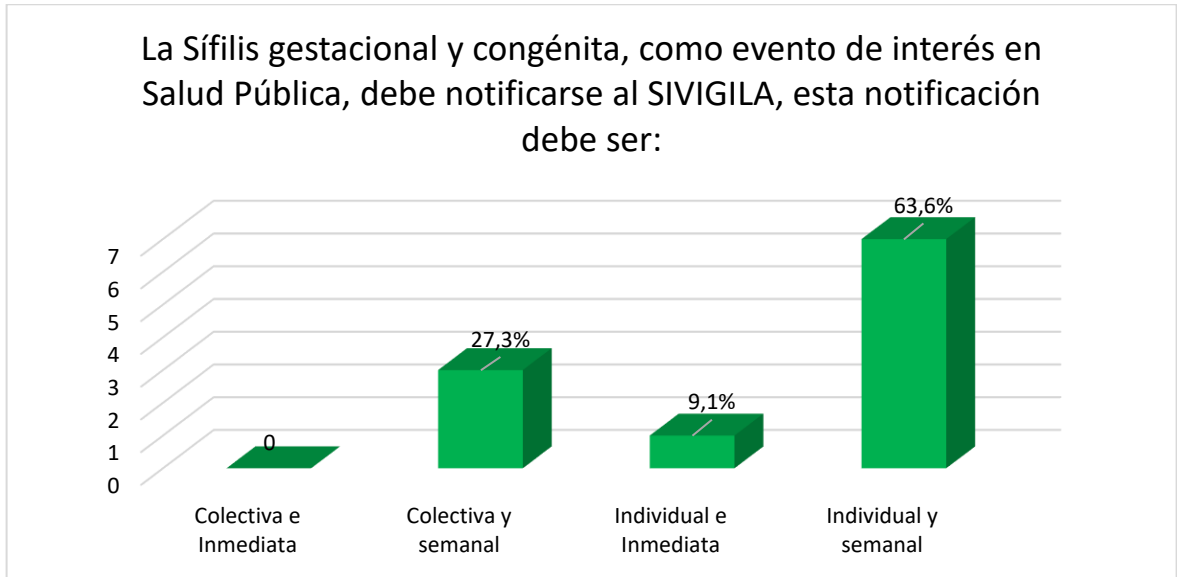
No obstante, es de vital importancia el fortalecimiento de los conceptos y actividades estipuladas en la normatividad vigente en el territorio Nacional o según los lineamientos y protocolos establecidos por la institución de salud, lo cual se evidencia en la teoría de la consecución de los objetivos de King, el personal de salud debe “generar aportes a partir de sus conocimientos científicos y de sus habilidades concretas”¹⁰⁹, por lo que los sujetos de estudio están fallando en la transacción para lograr los objetivos, por no tener claridad en los tiempos estipulados para la realización de las pruebas no treponémicas y así eliminar la interferencia de salud.

¹⁰⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. Pp. 51. 2014. Bogotá: il. ISBN: 978-958-8735-87-0.

¹⁰⁸ ALVAREZ, Ricardo Iván. Interpretación de las pruebas diagnósticas de sífilis en gestantes. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [online]. 2018, vol.64, n.3 [citado 2020-07-27], p.345-352. ISSN 2304-5132. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2095>.

¹⁰⁹ RAILE ALLIGOOD, M. (2014). Op. Cit ., p. 252

Gráfica 7. Notificación al SIVIGILA.



Fuente: Elaboración propia encuesta Evaluación de Conocimientos del Profesional de Enfermería y Medicina sobre Atención Prenatal a Gestantes con Sífilis.

En cuanto a la notificación al SIVIGILA, como evento de interés en Salud Pública, el 63,6% de los profesionales de salud respondieron de manera asertiva que la notificación debe ser de manera individual y semanal, mientras que un 27,3% respondieron que la notificación se realiza de manera colectiva y semanal, por otro lado, un 9,1% respondieron que la notificación es de manera individual e inmediata, y por último ningún profesional respondió que la notificación debe ser de manera colectiva e inmediata lo cual deja en evidencia que un 36,4% no tiene claro el tipo de notificación de esta patología y se entiende esto como una de las razones para la falla en la notificación dentro del sistema de vigilancia.

Es así, como en el protocolo de vigilancia en salud pública para sífilis gestacional y congénita del Instituto Nacional de Salud¹¹⁰ indica que la notificación para este

¹¹⁰ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia en salud pública: Sífilis gestacional y sífilis congénita. Versión 05. 2017.

evento de interés en salud pública debe ser de manera individual y semanal evidenciando así la respuesta de los profesionales que dieron esta respuesta.

Según un estudio realizado por Cáceres Karen y Martínez Rocío¹¹¹, en Chile el médico tratante debe notificar diariamente ante la base de datos de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) dependiente del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) al ser una infección de vigilancia Universal.

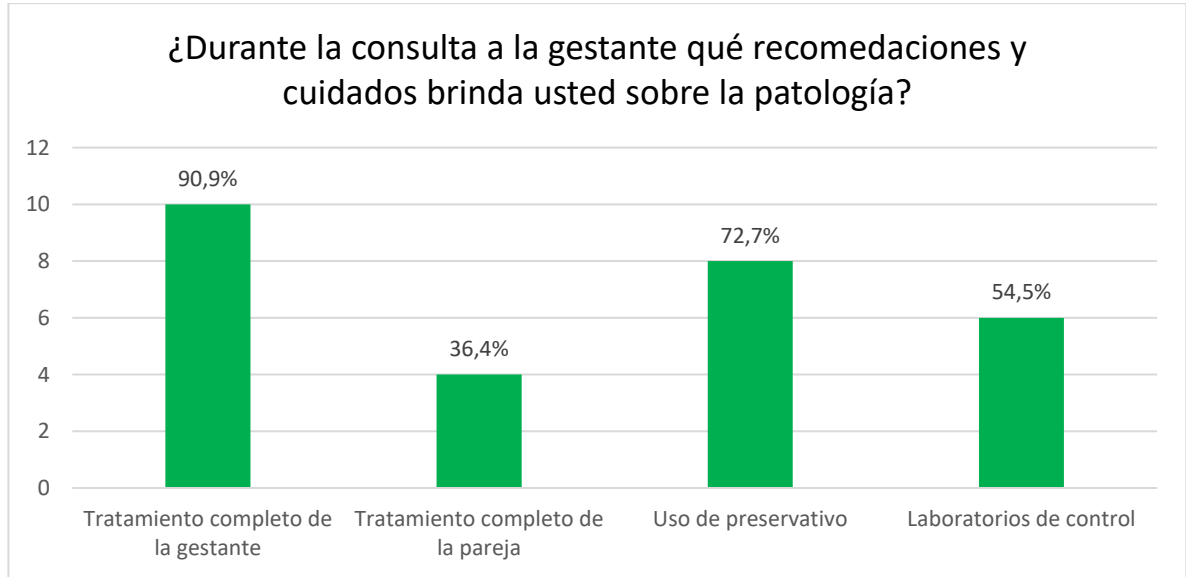
Ahora bien, en los diferentes sistemas de salud se evidencian diferencias en cuanto a la notificación de esta infección, en relación a lo anterior la normativa colombiana es más flexible en la notificación de la misma.

Por otro lado, a pesar de estar estipulado en el protocolo de vigilancia en salud pública se evidencia que algunos profesionales no tienen muy claro los conceptos y los tipos de notificación sobre esta patología, por lo tanto, es indispensable promover acciones que permitan socializar los protocolos de vigilancia epidemiológica y los tipos de notificación para no reportar de manera inadecuada.

¹¹¹ CÁCERES, Karen. Situación epidemiológica de sífilis (CIE 10: A50-A53. 9). Chile, 2016. *Revista chilena de infectología*, 2018, vol. 35, no 3, p. 284-296.

4.3. RECOMENDACIONES Y CUIDADOS QUE SE IMPARTEN A LA GESTANTE CON SÍFILIS

Gráfica 8. Recomendaciones y Cuidados.



Fuente: Elaboración propia encuesta Evaluación de Conocimientos del Profesional de Enfermería y Medicina sobre Atención Prenatal a Gestantes con Sífilis.

En lo relacionado con las recomendaciones y cuidados que brinda durante la consulta a la gestante sobre la patología, el 90,9% de los encuestados coincide en la importancia de explicar el tratamiento completo a la gestante, un 72,7% coincide en la importancia de explicar el uso del preservativo durante las relaciones sexuales, por otro lado, el 54,5% brinda educación sobre la importancia de la realización de los laboratorios de control y su resultado, finalmente, el 36,4% educan sobre la importancia del tratamiento completo a la o las parejas sexuales de la gestante con el fin de evitar reinfecciones.

La sífilis como problema de salud pública requiere de una intervención directa no sólo con la gestante sino también con su pareja, dado que, en un estudio realizado por Agudelo, Medina y Cardona: “Independiente del régimen en salud las parejas

de gestantes con sífilis no acuden a los servicios de salud”¹¹². Evidenciando la importancia de la educación por parte del profesional durante el control a la gestante y la inclusión de la o las parejas sexuales.

En el estudio realizado por Garcés Rubiano, titulado: La educación del personal de salud: clave para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia, realizado en Cali- Valle del Cauca en el año 2017¹¹³, tuvo como objetivo detectar vacíos de capacitación del personal de salud en torno a la prevención de la transmisión materno- infantil de la sífilis y el VIH, con el fin de presentar recomendaciones para mejorar los programas, en las que se evidenció falta de conocimiento por parte del profesional de salud entorno a la sífilis, tratamiento de elección, alternativas en relación al tratamiento de elección y otros temas concernientes, por lo tanto, se hace necesario seguir implementando estrategias que fomenten una atención adecuada y con el conocimiento pertinente por parte del profesional de salud para así replicarlo durante la atención.

La educación es un factor fundamental en el diagnóstico, prevención y tratamiento para la sífilis, el disminuir los factores de riesgo contribuyen a la disminución de los casos de sífilis en la población colombiana, por otro lado, el personal de salud durante la consulta debe de hacer énfasis en la inclusión de la pareja y la importancia de cumplir con el esquema para evitar reinfecciones en los mismos, además de esto cumplir con las citas programadas para el seguimiento qué se lleva a cabo con los laboratorios de control y sus resultados, las prácticas sexuales con el uso del preservativo por parte de la pareja sexual que en muchos casos hace caso omiso sobre el uso del mismo.

¹¹² AGUDELO, Rubén. MEDINA, Martha. CARDONA, Dora. Caracterización de la Sífilis Congénita y Gestacional en Caldas, Colombia. *Archivos de Medicina (Manizales)*. Vol. 16 N°2. 2016. Pp. 333. [Online]. Disponible en:

<http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1736/2033>

¹¹³ GARCÉS, Juan. RUBIANO, Luisa. Orobio y *et al.* La educación del personal de salud: clave para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia. *Rev Biomédica*. Vol 37 N°3. 01 septiembre de 2017. [online]. [citado 2019-09-28]. Disponible en:

<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3397>

De acuerdo a la teoría de consecución de Objetivos de Imogene King, es importante la interacción entre los sistemas de manera interpersonal por parte del yo, en un ambiente externo produciéndose así la interacción de información, transacción de cuidados y de conocimientos correspondientes a la atención brindada por el profesional de salud durante la consulta y la gestante en un ambiente privado representado por el consultorio en dónde bien sea el médico o el profesional de enfermería indagan a la paciente y le brinda cuidados, recomendaciones y tratamientos sobre la patología, en especial al ser los profesionales de enfermería los directos implicados en el manejo de los programas y veedores del cumplimiento de los protocolos promoviendo la humanización del cuidado, es así como la interacción de estos sistemas confluyen de tal manera que el binomio madre – hijo culmine en buenos términos.

5. CONCLUSIONES

Con esta investigación se logró evaluar los conocimientos del profesional de enfermería y medicina sobre la atención prenatal a gestantes con sífilis, por lo que se puede concluir que:

De los once participantes, cuatro son médicos y siete son enfermeras (o), con un tiempo de atención a gestantes en control prenatal mayormente de menos de un año, con una media de 2.75 años en la totalidad de la población sujeto, los cuales reciben capacitación en más del 90% por parte del empleador para brindar los servicios a las usuarias, y aseguran contar con los recursos necesarios para una adecuada atención y valoración integral.

Así mismo, al buscar examinar la adherencia y aplicabilidad del protocolo de sífilis gestacional por medio de conocimiento, funciones y roles, de los profesionales de salud se halló que el 50% respondieron de manera acertada las 4 preguntas basadas en la resolución 3280 del 2018, mientras que el 50% restante aún le falta aclarar pocos conceptos estipulados en la resolución antes mencionada. Por otro lado, en relación a las 5 preguntas relacionadas con el protocolo de Vigilancia en Salud Pública para Sífilis Gestacional y Congénita el 100% del personal médico respondió acertadamente 3 preguntas mientras que en las 2 restantes sólo respondieron acertadamente el personal de enfermería, lo cual indica que en cuanto al conocimiento y aplicación del protocolo el personal de enfermería se encuentra más capacitado y apegado al mismo en especial al momento de la notificación ante el SIVIGILA.

Por lo tanto, de manera general los profesionales involucrados directamente con la atención se encuentran capacitados y con un grado de conocimiento pertinente para desempeñar su función en la de atención a gestantes con sífilis en control prenatal. Sin obviar que se deben reforzar estos conocimientos y retroalimentarlos con el fin de actualizarse y estar a la vanguardia de la atención primaria en el embarazo.

Cabe resaltar que los profesionales de salud a pesar de tener el conocimiento para brindar una atención adecuada a la gestante con sífilis, ameritan repasar conceptos de relacionados con el tratamiento, tiempo de realización de las pruebas y además la vigilancia sobre tipos de notificación para los eventos de interés en salud pública, por otro lado, en cuanto a la aplicación del protocolo de vigilancia en Salud Pública para sífilis Gestacional y congénita, los profesionales actúan acorde a lo estipulado en este.

Las prácticas educativas en relación a la sífilis gestacional; deben impartirse con el fin de sensibilizar a la gestante sobre las posibles complicaciones de la sífilis y la afectación para su salud y la del bebé si no sigue un tratamiento adecuado, y el fomento del autocuidado en relación a las prácticas sexuales seguras son indispensable para evitar nuevos cuadros clínicos de reinfección, todo ello con el fin de que la gestación culmine de manera satisfactoria y contribuir a la eliminación de la transmisión materno- perinatal de la sífilis y otras infecciones de transmisión sexual en el embarazo.

En relación a lo anterior, se coincide señalar que los profesionales de la salud participantes brindan recomendaciones adecuadas con los cuidados y precauciones que se deben de tener en cuenta con la patología, no obstante, como seña King en la teoría de la consecución de los objetivos, se debe brindar información sanitaria que sea oportuna y útil, cuidados propiamente para la prevención de enfermedades, y ayuda cuando las necesidades de auto cuidado no puedan ser satisfechas completamente¹¹⁴, por lo tanto, queda pendiente reforzar necesidades fundamentales para la gestante y su pareja en control como son: las recomendaciones del tratamiento y la inclusión de la (s) pareja (s) sexuales, apoyo en la educación y acompañamiento por parte del equipo interdisciplinario, para lograr un impacto positivo en los programas y actividades, y así disminuir los

¹¹⁴ RAILE ALLIGOOD, M. (2014). Op. Cit ., p. 252

factores de riesgo, futuras complicaciones durante el transcurso de la gestación, y llevar a feliz término el producto de la gestación.

6. RECOMENDACIONES

A la IPS objeto de estudio

De acuerdo con los resultados de la investigación, se sugiere a la Institución Prestadora de Salud, continuar capacitando integralmente a los médicos y enfermeras(o) sobre los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno - perinatal de acuerdo a la Resolución 3280 del 02 de agosto de 2018 vigente en el territorio nacional, así como aquellos internacionales promulgados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de atender de manera holística a la gestante y cumplir las metas establecidas por el Gobierno Nacional.

A los profesionales de la salud que brindan atención a la gestante en control prenatal,

Reforzar los conocimientos, prácticas y actitudes sobre la sífilis gestacional y congénita, actualizándose en base a las Guías de Práctica Clínica y los protocolos de atención que orientan en gran parte al quehacer. Así mismo, se extiende la invitación a investigar sobre el tema de interés en otros países de la región, para tener una perspectiva más amplia sobre la sífilis y enriquecer los conocimientos ya adquiridos y promover acciones que enriquezcan el qué hacer para mejorar la calidad de la atención y a su vez influir de manera positiva sobre la calidad de vida de los individuos.

A la Universidad de Córdoba y al Programa de Enfermería

Continuar fomentado la realización de investigaciones que fortalezcan las líneas de investigación en cuanto a la temática en Instituciones de Salud públicas y privadas en los distintos municipios del departamento, con el fin de tener información precisa y confiable sobre los conocimientos de los profesionales de medicina y enfermería que brindan atención prenatal a la gestante con sífilis, con el fin de que direccionen

futuras estrategias desde el sector de la educación superior, a eliminar la sífilis gestacional y congénita como problema de Salud Pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALVAREZ CARRASCO, Ricardo Iván. Interpretación de las pruebas diagnósticas de sífilis en gestantes. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [online]. 2018, vol.64, n.3 [citado 2019-11-10], pp.345-352. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2304-5132. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2095>.
2. BERDASQUERA CORCHO, Denis; LAZO ALVAREZ, Miguel Ángel; GALINDO SANTANA, Belkys María y GALA GONZALEZ, Angela. Sífilis: pasado y presente. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [online]. 2004, vol.42, n.2 [citado 2019-11-11]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613003200400020008&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3003.
3. CACERES, Karen. Situación epidemiológica de sífilis (CIE 10: A50-A53.9). Chile, 2016. *Rev. chil. infectol.* [online]. 2018, vol.35, n.3 [citado 2019-11-17], pp.284-296. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182018000300284&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0716-1018. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000300284>.
4. CARRADA, Teodoro. Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. En: Revista de la facultad de medicina UNAM. No 6 (2003) [en línea] [citado en 10 de noviembre 2019]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2003/un036g.pdf>>
5. COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución Política (04, julio, 1991). [en línea]. Santa Fe de Bogotá, D.C.: 1991. p. 154. [Consultado: noviembre 15 de 2019]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>

6. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 4505 (28, diciembre, 2012). Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento” [en línea]. Santa Fe de Bogotá D.C.: El Ministerio. 2012. 47 p. [Consultado: 15 de noviembre de 2017]. Disponible en:
http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol_d2d0a1f4676102d4e0430a01015102d4
7. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 100 de 1993 (diciembre 23) por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial no. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. P.221 libro II, el sistema general de seguridad social en salud. Título I. disposiciones generales. Capítulo I objetos, fundamentos y características del sistema [En línea]
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf.
8. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 1098 de 2006 (noviembre 8) por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia. Diario oficial no. 46.446 de 8 de noviembre de 2006. P.1 libro I, la protección integral. Título I. disposiciones generales. Capítulo II. Derechos y libertades. Artículo 20. Derechos de protección. P. 5. Punto 14. [En línea]
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm.
9. DÍAZ, Tania; MARTÍNEZ JALBER. Comportamiento epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en usuarios de una E.P.S en Córdoba durante el periodo de 2015-2017. [en línea]. Disponible en:
<https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/802/COMPORTAMIENTO%20EPIDEMIOLOGICO%20DE%20LA%20SIFILIS%20GESTACIONAL%20Y%20CONGENITA%20EN%20USUARIOS%20DE%20UNA%20EPS%20EN%20CORDOBA%20DURANTE%20EL%20PERIODO%20DE%202015-2017>

[20EN%20USUARIOS%20DE%20UNA%20E.P.S%20EN%20C.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

10. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia en salud pública: Sífilis gestacional y sífilis congénita. Versión 05. 2017.
11. PLOS. PLOS ONE. [En línea] 27 de Febrero de 2019. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211720>
12. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. DECRETO 3518 DE 2006 (octubre 09) Diario Oficial No. 46.417 de octubre 10 de 2006 por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Capítulo I. disposiciones generales. Artículo 1o. objeto [en línea] https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf
13. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. ET AL. CIRCULAR CONJUNTA EXTERNA número 005 del 27 de febrero de 2012 intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional [en línea] [https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/CircularConjunta_005_SeguridadMaterna\(1\).pdf](https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/CircularConjunta_005_SeguridadMaterna(1).pdf)
14. MINISTERIO DE SALUD Y EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ACUERDO 117 de 1998 (22 de diciembre). Santafé de Bogotá. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades de demanda inducida y atención de las enfermedades de interés en la salud pública. P.1 [En línea] https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf
15. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014. Bogotá: il. ISBN: 978-958-8735-87-0

16. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN número 2380 del 28 de junio de 2013, Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS. P. 2. [en línea] <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2338-de-2013.pdf>
17. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN número 3280 del 02 de agosto de 2018, por medio la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral en Salud para la Población Materno Perinatal. P. 1. [en línea] https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
18. NACIONES UNIDAS. NACIONES UNIDAS GUATEMALA. [En línea] [Citado el: 15 de Mayo de 2020.] <https://onu.org.gt/objetivos-de-desarrollo/>
19. NACIONES UNIDAS. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE. [En línea] [Citado el: 15 de Mayo de 2020.] <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
20. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Epidemiología. [en línea]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
21. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Evaluación del impacto en salud. [en línea]. (2019). Disponible en: https://www.who.int/water_sanitation_health/resources/hia/es/
22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Infecciones de transmisión sexual. [en línea]. (2019). Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
23. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018. ETMI Plus. Washington, D.C.: OPS; 2019. [en línea].

Disponible

en:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50993/978927532067_9_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías de enfermería. 8 ed. Barcelona: ELSEVIER. 2015, 740 p. ISBN 978-84-9022-727-5.
25. ROS-VIVANCOS, Cristina; GONZÁLEZ, María; NAVARRO, Juan Francisco; et al. Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia. *Revista española de quimioterapia* [online]. 2018, vol.31, n.6. [citado 2019-11-11]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254479/>
26. TAMAYO Y TAMANO, Mario. El proceso de la investigación científica. [citado en 11 de noviembre 2019] [en línea] <http://evirtual.uaslp.mx/ENF/220/Biblioteca/Tamayo%20Tamayo-EI%20proceso%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica2002.pdf>.
27. Salazar, Carlos;. Teología e Historia. [En línea] Teología e Historia, 23 de Junio de 2008. [Citado el: 22 de Noviembre de 2019.] <https://csalazar.org/2008/06/23/evaluacin-y-control-de-los-resultados/>
28. Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima. Saludcolima.gob. [En línea] Diciembre de 2014. [Citado el: 20 de Noviembre de 2019.] <http://www.saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf>
29. TOBÓN-BORRERO, Luz Myriam; NAVARRO-TORO, Claudia Inés; GARCÍA-BAQUERO, Mónica Rosaura. Adherencia de los profesionales al protocolo de manejo y red de apoyo familiar de sífilis gestacional y congénita. *Revista Ciencia y Cuidado*, 2014, vol. 11, no 2, p. 19-30.
30. AHUMADA, Concepción Amador; LAVALLE, Mónica Hanna; CHAMORRO, Marilyn Villadiego. Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud

pública, Córdoba-Colombia, 2015. *Revista Cuidarte*, 2017, vol. 8, no 1, p. 1449-1458.

31. CRUZ-ACONCHA, Adriana Raquel. Situación de la Sífilis gestacional y congénita en Colombia, un desafío al Sistema general de Seguridad Social en Salud. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 2012, vol. 63, no 4, p. 304-307.
32. AGUIRRE RAYA, Dalila Aida; HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, Ana Bárbara. Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad de Enfermería. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2014, vol. 13, no 3, p. 487-499.
33. AGUDELO, Rubén. MEDINA, Martha. CARDONA, Dora. Caracterización de la Sífilis Congénita y Gestacional en Caldas, Colombia. *Archivos de Medicina (Manizales)*. Vol. 16 N°2. 2016. Pp. 333. [Online]. Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1736/2033>

ANEXOS

ANEXO A. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
Facultad ciencias de la salud
Programa Enfermería



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

El presente instrumento pretende recopilar información respecto a los conocimientos del médico y la enfermera en la atención de la gestante con sífilis durante el control prenatal. Esta información será manejada con absoluta confidencialidad y **con fines investigativos**. Siendo necesaria para el estudio denominado: "EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y MEDICINA SOBRE ATENCIÓN PRENATAL A GESTANTES CON SÍFILIS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL EN CERETÉ, 2020". Esta investigación se realiza como trabajo de grado en el programa de Enfermería de la Universidad de Córdoba.

El instrumento es un Test de conocimiento sobre lo contenido en la Resolución 3280 de 2018 y el Protocolo de vigilancia en Salud Pública sobre sífilis gestacional y congénita del Ministerio de Salud. Se abarcan preguntas de tipo general para identificar aspectos relevantes como; el tiempo que lleva brindando atención a la gestante, si recibe capacitaciones y si cuenta con los recursos necesarios para la adecuada intervención, así mismo preguntas de tipo específicos del control prenatal y la sífilis gestacional como patología en el embarazo.

Adicionalmente se me informó que: mi participación en esta investigación la realizo de manera libre y voluntaria, en la cual puedo retirarme cuando así lo desee y en donde no recibiré beneficio personal de ningún tipo por la participación en este proyecto de investigación según los aspectos ético legales enmarcados dentro de la resolución 0008430 de 1993 del Ministerio de Salud; la cual establece los lineamientos técnicos, científicos y administrativos de la investigación en salud. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar los procesos de atención en la consulta para la gestante y la información sobre salud sexual y reproductiva en las instituciones de primer nivel de atención en la ciudad de Cereté. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán

Por una universidad con calidad, moderna e incluyente
Carrera 6ª. No. 77-305 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 – 7860920
www.unicordoba.edu.co





UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
Facultad ciencias de la salud
Programa Enfermería



tratados confidencialmente, la cual será archivada en papel y medios electrónicos en la Universidad de Córdoba bajo la responsabilidad de los investigadores.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad de manera libre y espontánea.

FIRMA

Nombre: _____

CC N° _____ de _____



ANEXO B. Encuesta



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
Facultad ciencias de la salud
Programa Enfermería



EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y MEDICINA SOBRE ATENCIÓN PRENATAL A GESTANTES CON SÍFILIS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL EN CERETÉ, 2020.

El objetivo de esta investigación es evaluar los conocimientos del profesional de medicina y enfermería en la atención prestada a la gestante con sífilis gestacional durante el control prenatal.

La siguiente encuesta permitirá la recolección de la información, recuerda que esta encuesta es individual y las respuestas dadas serán anónimas.

Profesional de Salud:

Fecha: ____ / ____ / ____

Médico ____ Enfermera (o) ____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- ¿Qué tiempo lleva usted en la atención a gestantes en control prenatal?
 - Menos de un año
 - Entre 1 y 2 años
 - Entre 2 y 3 años
 - 4 años o más.
- ¿Ha recibido capacitaciones por parte del empleador sobre la Ruta Materno-perinatal de la Resolución 3280 de 2018?
 - SI ____
 - NO ____
- ¿Cuenta con los recursos necesarios para la adecuada intervención y valoración a la gestante?
 - SI ____
 - NO ____

DATOS ESPECÍFICOS

- Según la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud, la captación oportuna para la gestante debe ser:
 - Después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 de gestación.
 - Después de la primera falta menstrual y antes de la semana 12 de gestación.
 - Después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación.
 - Después de la primera falta menstrual y antes de la semana 16 de gestación.
- Dentro de la atención brindada a la gestante de curso normal, ¿cuántas citas de control mínimo debe tener durante la gestación según la resolución 3280?
 - Nulípara 12 controles, Multipara 9 controles.
 - Nulípara 10 controles, Multipara 7 controles.
 - Nulípara 10 controles, Multipara 6 controles.
 - Ninguna de las anteriores.

Por una universidad con calidad, moderna e incluyente
Carrera 6ª. No. 77-305 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 – 7860920
www.unicordoba.edu.co





UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

Facultad ciencias de la salud
Programa Enfermería



6. Posterior a la captación, en la atención a la gestante, que actividades son prioritarias:
- Diligenciar la historia clínica, remitir a vacunación, solicitud exámenes de laboratorio, anamnesis, valoración del riesgo materno, plan de cuidados.
 - Inscribir en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, remitir a otros profesionales de salud.
 - Anamnesis, examen físico, solicitud exámenes de laboratorio, valoración del riesgo materno, plan de cuidados.
7. Se caracteriza por la aparición de las úlceras entre 2 y 8 semanas, después se presentan erupciones en la piel incluyendo palmas de manos y plantas de pies, lesiones en la boca y genitales, inflamación de ganglios linfáticos, alopecia, fatiga, pérdida de apetito, artralgias y fiebre.
La anterior definición hace referencia a:
- Sífilis temprana.
 - Sífilis tardía.
 - Neurosífilis.
8. Dentro de las pruebas para diagnóstico de la sífilis, ¿Cuál de estas es una prueba no treponémica?
- Enzimoensayos.
 - TPHA- TPPA.
 - VDRL.
 - Pruebas rápidas.
9. El tratamiento de primera elección para la sífilis gestacional es penicilina benzatínica. De acuerdo a la sífilis tardía, el esquema a administrar es:
- Penicilina benzatínica 2'400.000 UI IM dosis única.
 - Penicilina benzatínica 2'400.000 UI IM dosis semanal por tres semanas.
 - Penicilina benzatínica 1'200.000 UI IM dosis única.
10. Al diagnosticar a la gestante con sífilis, ¿para la aplicación del tratamiento a la pareja se es necesario realizar previamente una prueba rápida para sífilis?
- SI ___
 - NO ___
11. Según la Resolución 3280 de 2018, en mujeres con sífilis gestacional, se debe realizar prueba no treponémica reportada en diluciones:
- Solo al ingreso y en la atención al parto.
 - Cada trimestre de la gestación.
 - Después de aplicado el tratamiento.
12. La Sífilis gestacional y congénita, como evento de interés en Salud Pública, debe notificarse al SIVIGILA, esta notificación debe ser:
- Colectiva e inmediata.
 - Colectiva y semanal.
 - Individual e inmediata.
 - Individual y semanal.
13. ¿Durante la consulta, brinda usted recomendaciones y cuidados acerca de la patología?
- SI ___
 - NO ___

¿Describa cuáles?

