

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO NORTE MORÓN

TÍTULO: Intervención educativa sobre la sífilis en el personal de salud del Policlínico Universitario Norte, municipio Morón, 2009-2010.

(TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

AUTORA: Dra. Mirella Sol Charles. Especialista de primer grado en Ginecología y Obstetricia. Maestrante en Enfermedades infecciosas.

TUTOR: Dr. José Peralta Terán. Especialista de primer grado en Higiene .Profesor Asistente. Master en Enfermedades infecciosas.

ASESORES: Dr. Jorge Rodríguez Casa. Especialista de primer grado en Medicina Interna.

Dra. Marisel Menéndez Román. Especialista de primer grado en Medicina General Integral y en Bioestadística. Profesora Instructora.

MORÓN 2010

RESUMEN

Se realizó un estudio Pre- experimental (antes después) de tipo intervención educativa con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos que sobre la Sífilis poseía el personal de salud del Policlínico Docente Universitario Norte del Municipio Morón durante el período de Junio de 2009 a Junio del 2010 .El universo de estudio estuvo constituido por los 63 trabajadores de la salud que conformaban los Grupos Básicos de Trabajo y los que estaban ubicados en los Consultorios Médicos de la Familia (25 Médicos, 19 Licenciados en Enfermería, 11 Técnicos en Enfermería y 8 Internos) el cual constituyó la muestra. A los mismos se les aplicó una encuesta (Anexo 2) para evaluar los conocimientos que poseían sobre el tema antes de la intervención educativa, posteriormente se realizaron diferentes actividades correspondientes al programa educativo diseñado según necesidades de aprendizaje (Anexo 4) y se volvió a aplicar el instrumento inicial (Anexo 2) con la finalidad de comparar los resultados obtenidos antes y después de la intervención educativa. Se hizo significativo el valor incomparable de la labor educativa al mejorar el nivel de conocimiento sobre la sífilis alcanzando en un 92.06 % nivel alto, un 4.76 nivel medio y solo dos participantes de nuestro estudio quedaron con nivel bajo representando el 3.18 % en el momento después para un 95 % de confiabilidad, esto conlleva a una mejor prevención y control de la enfermedad y así mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves: Sífilis, estrategia de Intervención educativa, nivel de conocimiento

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa de transmisión sexual producida por una espiroqueta denominada *Treponema pallidum* que ha persistido durante siglos y en la que la ignorancia, ligada a los sentimientos de culpa, han desempeñado un papel importante en su trasmisibilidad

Esta enfermedad ha sido a través de los tiempos, una de las entidades venéreas más temidas, hoy superada únicamente por la blenorragia y por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), los que se asocian con bastante frecuencia, al igual que otras enfermedades de trasmisión sexual (ETS) de las cuales ha aumentado la incidencia en los últimos años, pues con el desarrollo que han experimentado la civilización, el comercio y las comunicaciones, las relaciones entre los hombres se han hecho más heterogéneas, complejas y amplias, de lo que no han escapado las relaciones sexuales, en las que se ha observado la promiscuidad (1)

La sífilis es una enfermedad muy extendida, que afecta principalmente a personas jóvenes (mayor actividad sexual), y del sexo masculino (con alta prevalencia entre los homosexuales varones). La susceptibilidad para el hombre es universal, aunque solo aproximadamente el 10 % de las exposiciones van seguidas de infección. No existe inmunidad natural

El hallazgo de lesiones sifilíticas óseas en las excavaciones arqueológicas ha dividido a los investigadores en dos grandes grupos: uno que sitúa el origen en las América y otro que lo ubica en Europa, Cercano Oriente y África. (2)

Los primeros plantean que hace cinco siglos se introdujo en Europa, proveniente de la América recién descubierta, a través de los conquistadores españoles, y se extendió rápidamente por este continente. (3) Ya a finales del siglo XV se había propagado, tras el sitio infructuoso de Nápoles en 1495, por las tropas francesas de Carlos VIII. Durante el sitio las prostitutas francesas tuvieron relaciones sexuales con los soldados españoles, y probablemente contrajeron así la sífilis, que luego transmitieron también a los soldados franceses, pues estos se retiraron rápidamente abatidos por una misteriosa epidemia; de ahí el nombre de morbo gallico.

Desde principios del siglo XVI se convirtió en un azote para la humanidad. Se consideraba un mal innombrable, y que no era más que el estigma vergonzante que dejaban en el cuerpo los placeres carnales. La iglesia llegó a afirmar que la enfermedad era un castigo divino.

Una epidemia de sífilis arrasó Europa durante los siglos XV y XVI, lo que dio como resultado miles de muertos, pues no había ninguna terapéutica eficaz; sólo se disponía de las plegarias.

A comienzos del siglo XV, alrededor del 15 % de la población europea la padecía. (4) En esta época se destacaron importantes figuras en el estudio de esta

enfermedad, por ejemplo Gerolamo Fracastoro y Paracelso. El primero bautizó la enfermedad con el nombre de sífilis -esto para algunos historiadores- y recomendó el guayacol y los mercuriales como tratamiento, y el segundo afirmó que madres sífilíticas daban hijos sífilíticos.

Otro grupo de investigadores han descubierto lesiones en huesos desenterrados en el Mediterráneo Oriental, lo cual ha reavivado las discusiones y ha planteado la posibilidad de un origen común. (3)

Una infección similar a la sífilis fue descrita por los chinos hace miles de años, y la plaga bíblica de Moab ha sido también reconocida como sífilis por muchos autores. Tanto en Europa como en América, Medio Oriente y África hay testimonios en los escritos y en las manifestaciones artísticas más antiguas acerca de la evidencia de esa enfermedad.

Hay excavaciones que revelan que la sífilis no procede de América; por lo tanto, la teoría que sostienen científicos acerca de que la sífilis fue traída a Europa desde América por exploradores europeos y transmitida a su alrededor o surgida de un modo independiente en cada región, no tiene validez, según recoge el estudio de esqueletos descubiertos en un convento en el norte de Inglaterra. Los investigadores sostienen que esta enfermedad ya estaba presente en Europa antes de que Colón volviera de su primer viaje. (4) Estos esqueletos excavados en Hull y fechados entre el año 1300 y 1450 poseían claros signos de padecer sífilis,

según informes del departamento de Arqueología de la Universidad de Bradford, en el norte de Inglaterra, que realizó las investigaciones.(5)

Sin dudas, este descubrimiento en Hull ayuda a clarificar algunas dudas acerca de los orígenes biológicos de la enfermedad y convierte las preguntas acerca del origen biológico de la sífilis, mucho más interesantes.

Los europeos empezaron a ser conscientes de la enfermedad después del año 1500, pero algunas investigaciones plantean que la sífilis podría haber sido confundida con la lepra en períodos anteriores. (5)

Sus características clínicas fueron precisadas con particular maestría por Fournier en el siglo XIX, y correspondió al zoólogo Fritz Schaudinn y al dermatólogo Erich Hoffmann el mérito de haber descubierto su agente causal: el *Treponema pallidum*, en 1905. En 1906, se desarrollaron por primera vez las serorreacciones de la sífilis por Wassermann, Neisser y Bruck. Entre 1909 y 1910 se introdujo, el Salvarsán por Paul Ehrlich, utilizado en la terapéutica de la sífilis.

En 1911, Noguchi cultivó el treponema, y en 1913 se aisló en el sistema nervioso central de un tabético. (6) En 1943 se impuso el primer tratamiento con penicilina, y años más tarde, en 1949, se realizó la prueba de inmovilización del *treponema pallidum* por Nelson y Mayer.

Después de 500 años de existencia, la sífilis mostró un marcado aumento en los países occidentales a partir de 1955, que se incrementó de un 30 a un 85 % por

año. (7) Entre los años 1958 y 1960 hubo un descenso en la incidencia de esta enfermedad, y ocurrió otro aumento a partir de los años 70 (según datos de la OMS). Se consideró desde esa época la existencia de millones de sifilíticos repartidos en forma desigual entre todas las naciones, y se explicó la diseminación de la enfermedad, y a veces la reaparición, a la mezcla cada vez mayor de poblaciones distintas y a los puertos como grandes reservorios de treponemas. (8)

Las enfermedades de transmisión sexual siguen aumentando en todas partes, y aún persisten epidemias de origen vírico o bacteriano, acentuadas por la insuficiente prevención llevada a cabo, así como también los insuficientes controles y vigilancia epidemiológica. De la población en general debemos tener bien presente las personas que se encuentran bajo riesgo, y de estas las que perciben los síntomas, las que buscan atención médica y las que son atendidas.

Por la alta incidencia y prevalencia de casos de Sífilis, no solo en el municipio sino también en el país nos motivó a realizar este proyecto, para tener preparado al personal de salud del área Norte en esta arista del saber para incrementar su diagnóstico y evitar propagación de la enfermedad.

El objeto de estudio fue el personal de la salud del Policlínico Docente Universitario Norte y el campo de acción estuvo dirigido al incremento de los niveles de conocimientos sobre la Sífilis.

La Sífilis es una de las patologías mas frecuentes dentro de la Infecciones de Transmisión Sexual y que puede repercutir en el estado de salud cuando se hace un diagnostico tardío, además el secundarismo puede cursar con una amplia

gama de síntomas y dejar secuelas irreversibles para el paciente. Esto pudiera provocar que el personal de salud que no tiene los conocimientos adecuados sobre esta enfermedad no llegue a hacer un diagnóstico oportuno.

Por lo que llegamos a la interrogante siguiente ¿Se incrementará satisfactoriamente el nivel de conocimiento sobre la Sífilis en el personal de la salud del Policlínico Docente Universitario Norte del municipio Morón después de aplicar una intervención educativa?

Hipótesis: Si se miden los conocimientos que sobre la sífilis tiene el personal de salud que labora en el Policlínico Universitario Norte de Morón y se aplica una estrategia de intervención educativa con ellos, entonces será posible elevar los conocimientos sobre esta patología mejorando así la prevención y control de la enfermedad y elevar la calidad de vida de estos pacientes. al realizarle un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

OBJETIVOS

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Objetivo General

1.1- Elevar el nivel de conocimiento que sobre Sífilis tiene el personal de la salud que labora en el Policlínico Docente Universitario Norte del municipio Morón antes y después de aplicada la estrategia de intervención educativa diseñada, durante el período de Junio de 2009 a Junio de 2010.

2. Objetivos Específicos

2.1- Relacionar los trabajadores de la muestra de acuerdo a las siguientes variables:

- o Profesión y años de graduados.

2.2- Explorar el conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre Sífilis en cuanto a:

- o Concepto de la enfermedad.
- o Reservorio
- o Vías por la que se puede enfermar una persona con Sífilis
- o Lesión típica.
- o Criterios a tener en cuenta en el diagnóstico
- o Medidas preventivas para evitar la Sífilis.

2.3- Diseñar un plegable sobre aspectos relacionados con la Sífilis

CAPITULO 1. FUNDAMENTACION TEORICA SOBRE SIFILIS

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTACION TEORICA SOBRE SIFILIS

Dicho capítulo lo dividimos en dos epígrafes fundamentales, en el primero se hizo referencia a la historia de la Sífilis, siguiendo un orden cronológico hasta llegar al comportamiento actual de dicha entidad. En el segundo abordamos todo lo relacionado con las características nosológicas y epidemiológicas de la enfermedad.

Epígrafe 1.1: Antecedentes históricos de la Sífilis.

Utilizar el método histórico-lógico nos facilitó la búsqueda de datos con una secuencia en orden cronológico, apareciendo elementos de interés sobre el tema a investigar.

La Sífilis es una enfermedad sistémica transmisible causada por la espiroqueta Treponema pallidum, que se caracteriza por evolucionar con estadios clínicos sucesivos y con periodos de latencia sintomática de varios años de duración, además de afectar cualquier tejido u órgano vascular.

Según opinión hoy aceptada, la palabra sífilis se deriva 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), quien al seguir la costumbre de los humanistas de la época, alteró el nombre y de ahí Syphilis. En este poema, Sífilis era el nombre de un héroe pastor que resultó castigado porque levantó altares prohibidos en la montaña. El castigo consistió en una nueva y desconocida enfermedad. (1)

El término *Lúes*, utilizado también como sinónimo, significa epidemia en latín y en el habla popular se han utilizado otras designaciones, como epidemia del placer y enfermedad francesa. Estas últimas denominaciones proceden de una época en que la sífilis era mucho más frecuente que hoy y en la que el tratamiento posible era muy deficiente.

En la Edad Media, la sífilis causó estragos semejantes a los de la peste, y desbastó pueblos y ciudades enteras. Después de la introducción de la penicilina en la terapia de la sífilis, no parecía estar lejano el día en que se llegara a una total erradicación de la epidemia.

La denominación de venérea le viene de *Venus*, la diosa griega del amor, y su antigüedad y origen constituyen una de las controversias clásicas en la historia de la medicina. (9)

Estimaciones de la OMS plantean que anualmente se presentan cerca de 250 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual en el mundo, y de ese total 3,5 millones son por sífilis.

En general, en las Américas las tasas de incidencia de la sífilis primaria y secundaria, la detectada serológicamente y la congénita, son de 2 a 5 veces más elevadas que en los países industrializados, aunque en la mayoría de los países de la región se observa una disminución en los casos de sífilis, y en algunos se registra un aumento de la incidencia de casos de la congénita, lo que contradice la tendencia notificada en adultos. Esta aparente inconsistencia puede estar

relacionada con la calidad del registro (una mejoría de los registros de sífilis congénita o un empobrecimiento en los registros de sífilis adquirida); un aumento real de la incidencia de sífilis congénita por deficiencias en la cobertura o en la calidad de los servicios de control prenatal o una combinación de varios factores.

La repercusión de la salud más seria tiende a ocurrir en mujeres y recién nacidos. Las complicaciones en las mujeres incluyen la enfermedad pélvica inflamatoria con infertilidad, dolor crónico, embarazo ectópico y mortalidad materna asociada. En los países en vías de desarrollo, las complicaciones maternas que se relacionan directamente con la sífilis no tratada representan la primera causa de morbilidad y mortalidad materna infantil. (10)

No caben dudas de que la sífilis constituye una de las infecciones de transmisión sexual que mayores daños ha ocasionado a lo largo de su historia, solo comparable con el VIH/SIDA. Sus orígenes son aún controvertidos, pues se plantean dos vertientes, ninguna de las cuales queda lo suficientemente clara todavía. Lo cierto es que a más de quinientos años de conocerse y a más de medio siglo de imponerse el primer tratamiento antisifilítico, anualmente se reportan cerca de 3,5 millones de casos nuevos y esto continúa siendo un problema para la salud pública mundial.

En términos generales, se deben trazar políticas certeras que faciliten a las autoridades de salud pública la detección temprana y el tratamiento eficaz de los pacientes en el período de transmisibilidad y de sus contactos, así como la

búsqueda de personas en estadios latentes de la enfermedad, actividades estas que deben tener un cumplimiento inmediato para poder lograr acciones de prevención y control con un mayor impacto. (11)

Desde principios del siglo XVI se convirtió en un azote para la humanidad. Se consideraba un mal innombrable, y que no era más que el estigma vergonzante que dejaban en el cuerpo los placeres carnales. La iglesia llegó a afirmar que la enfermedad era un castigo divino.

Una epidemia de sífilis arrasó Europa durante los siglos XV y XVI, lo que dio como resultado miles de muertos, pues no había ninguna terapéutica eficaz; sólo se disponía de las plegarias.

Antes de la era antibiótica, esta enfermedad constituía un verdadero azote para la humanidad, los tratamientos utilizados a principios de siglo eran torturantes y con importantes efectos colaterales, incluso, muchos de los fenómenos evolutivos de la misma se conocen gracias a científicos audaces que prefirieron no tratar a sus pacientes y someterlos a observación pues el riesgo de tratarlos les pareció superior

Después del descubrimiento de la penicilina por Sir Alexander Fleming a mediados de siglo y su introducción a la práctica clínica, la comunidad médica pensó en la erradicación de la enfermedad; sin embargo, las tasas de incidencia de la enfermedad han hecho caso omiso a ello y la enfermedad constituye un problema

de salud que afecta a un importante grupo de la población joven y sexualmente activa en el mundo entero

A comienzos del siglo XV, alrededor del 15 % de la población europea la padecía.

(4) En esta época se destacaron importantes figuras en el estudio de esta enfermedad, por ejemplo Gerolamo Fracastorus y Paracelso. El primero bautizó la enfermedad con el nombre de sífilis y recomendó el guayacol y los mercuriales como tratamiento, y el segundo afirmó que madres sífilíticas daban hijos sífilíticos.

Otro grupo de investigadores han descubierto lesiones en huesos desenterrados en el Mediterráneo Oriental, lo cual ha motivado discusiones y ha planteado la posibilidad de un origen común. (3)

Epígrafe 1.2: Características nosológicas y epidemiológicas de la Sífilis.

El único reservorio son los humanos. Se transmite durante las relaciones sexuales, por contacto directo con exudados de las lesiones iniciales húmedas evidentes o no de la piel y de las mucosas, y con líquidos y secreciones orgánicas de las personas infectadas, así como por transfusiones de sangre si el donante está en fase temprana de la enfermedad. Algunos profesionales han contraído lesiones primarias después de realizar a un paciente el examen clínico. La vía fetal puede ocurrir durante el embarazo y el parto. (12)

El periodo de incubación es de 10 días a 3 meses, generalmente, 3 semanas. El periodo de transmisibilidad es variable e indefinido, en las etapas primarias y secundarias, y en las recurrencias mucocutáneas que pueden aparecer durante

los primeros 4 años de latencia. No se ha establecido hasta que punto la enfermedad se transmite por contacto sexual en el transcurso de la latencia, aunque las lesiones no manifiestas hacen que tal lapso sea potencialmente infectante. La transmisión congénita es más probable en la Sífilis materna temprana, pero puede ocurrir, también, durante el periodo de latencia. (13)

La susceptibilidad es universal, aunque solo una tercera parte de las exposiciones derivan en infección.

La sífilis es una enfermedad sistémica con características particulares, la primera característica evolutiva que la destaca son los periodos de latencia donde no existen manifestaciones clínicas. Presenta además periodos clínicos que con o sin tratamiento van a la resolución total y a la aparente curación del cuadro y, por si esto fuera poco, las manifestaciones clínicas son variadas lo que la convierte en una gran simuladora en Medicina Clínica.

Con estas características, la enfermedad puede confundir al médico mas hábil, e incluso dermatólogos expertos pueden no sospecharla inicialmente, si a esto le agregamos la posibilidad real de cambios o modificaciones en las formas de presentación de la enfermedad, entonces el diagnóstico definitivo podría tardarse por un lado, pero, la transmisibilidad de la afección podría prolongarse por otro, lo que, a la postre influenciaría en el aumento del numero de casos de la enfermedad. Podría, un caso atípico y no sospechado de sífilis continuar infectando a la o las parejas con las que mantenga relaciones sexuales mientras se dilata el diagnóstico por la falta de sospecha debido a manifestaciones atípicas

La infección genera inmunidad contra el *treponema pallidum* gradualmente, y, en cierta medida, contra *treponemas* heterólogos. No se genera inmunidad si el paciente ha sido tratado en las fases primarias y secundarias. La infección concurrente con el virus de la Inmunodeficiencia humana puede disminuir la respuesta normal del huésped. (14)

Diagnóstico:

Sífilis primaria

La lesión típica es el chancro que se caracteriza por ser una úlcera indolora, indurada, de base limpia, con bordes elevados y duros. Se inicia como una pápula que sufre una erosión superficial. Casi siempre son únicas, pero, a veces, hay múltiples úlceras. La lesión no tratada se cura en varias semanas y deja una cicatriz leve. Se puede detectar adenopatía regional que puede ser unilateral o bilateral.

La mayoría de los chancros se localizan en la región genital, pero se esta observando una proporción mucho mayor de chancro no genital sobre todo en hombres homosexuales que se localizan en el recto o en zonas próximas. Los chancros rectales pueden tener un aspecto atípico y simular otras afecciones. También es posible detectar chancros en la faringe, lengua, labios, dedos de las manos y en los pezones. Los de los dedos pueden tener aspecto erosivo y ser muy dolorosos. Los chancros en las personas previamente infectadas pueden ser muy pequeños y permanecer con aspecto papular. Las infecciones secundarias cambian el aspecto de la lesión que se hace dolorosa. (15)

Sífilis secundaria

Varias semanas después de la aparición de la lesión primaria, como promedio de 4 a 8 semanas, el paciente presenta, de manera característica, las lesiones secundarias. Los enfermos refieren fiebres, cefalea, malestar general, linfadenopatía generalizada y otros síntomas sistémicos. En una tercera parte de los enfermos se puede observar el chancro en fase de curación.

La mayoría de los pacientes con Sífilis secundaria tienen lesiones cutáneas o mucocutáneas exantema pápulo escamoso. El exantema tiene aspecto muy variable, pero posee características distintivas. Las lesiones, por lo general, se presentan diseminadas y simétricas, muy notables en las palmas de las manos y las plantas de los pies, de color rosa cobrizo o rojo oscuro, sobre todo las lesiones maculares iniciales.

No son pruriginosas y en los adultos casi nunca vesiculares y ampollares. Son induradas y se observan escamas superficiales. Tienden a ser polimorfas y redondeadas y al cicatrizar es posible que dejen pigmentación o despigmentación las lesiones pueden ser difíciles de observar, sobre todo, en personas de piel negra.

Cuando afecta la cara, el exantema puede ser pustuloso y simular acné vulgar y, en ocasiones tan considerable que parece una Soriasis. Las lesiones maculares iniciales se observan con frecuencia en los bordes costales o a los lados del tronco; se diseminan al resto del cuerpo y respetan la cara excepto la zona alrededor de la boca. En pacientes desnutridos puede haber lesiones ulcerosas

con costras y amontonadas, y se denominan lesión en rupias. Las lesiones alrededor de los folículos pilosos pueden causar alopecia.

En áreas húmedas pueden coalescer grandes pápulas planas y pálidas para formar el condiloma plano que son muy infecciosos y, en ocasiones, generalizados.

Otras manifestaciones de Sífilis secundaria son Hepatitis, periostitis, neuropatías, uveítis anterior.

Sífilis latente

Es la etapa en que no hay síntomas clínicos y el LCR es normal. La latencia se inicia después del primer ataque de Sífilis secundaria y puede durar toda la vida. La latencia se divide en dos etapas: temprana y tardía. La latencia temprana se define como el primer año después de la infección. La latencia tardía por lo general, no es infecciosa excepto en la embarazada, que puede transmitirla al feto después de muchos años.

Sífilis tardía

Es la etapa destructiva de la enfermedad, que progresa con lentitud, aunque ciertos síndromes neurológicos se inician de formas súbitas. Afecta a cualquier órgano del cuerpo y existen tres tipos principales de manifestación: tardía benigna, cardiovascular y neurosífilis.

Sífilis tardía benigna o goma

Se desarrolla de 1 a 10 años después de la infección inicial y afecta cualquier parte del cuerpo como los órganos profundos. Es muy destructiva, pero responde con rapidez al tratamiento, por lo que es relativamente benigna. En la actualidad, esta etapa no se observa con frecuencia. Se inicia como un nódulo superficial o una lesión mas profunda que se rompe para formar ulceras en sacabocados. Puede ser únicas o múltiples no dolorosas, con bordes curvos o policíclicos.

Sífilis cardiovascular

Suele iniciarse entre 5 y 10 años de la infección inicial pero puede se puede manifestar clínicamente, 20 a 30 años después. Es mas frecuente en los hombres y en personas de raza negra.

Las principales complicaciones son la insuficiencia aórtica y el aneurisma aórtico.

(16)

Neurosífilis

Existen cuatro formas clínicas:

Asintomática

Menigovascular

Tabes dorsal

Parálisis general.

La forma asintomática se diagnostica cuando el VDRL sea positivo en el LCR, en ausencia de signos y síntomas neurológicos. Las pruebas VDRL falsas positivas son muy raras en el LCR. La terapéutica farmacológica evita su progresión.

La neurosífilis Menigovascular se puede presentar con meningitis aguda o subaguda después de la etapa primaria, por lo general, en el primer año de la infección y, en algunos casos coincidente con el exantema de la sífilis secundaria. Con frecuencia, afecta la base del cerebro y origina parálisis de los nervios craneales.

El LCR muestra linfocitosis, aumento de las proteínas y VDRL positivo.

La Tabes dorsal es una afección degenerativa que progresa con lentitud, afecta la zona posterior y las raíces posteriores de la medula, y causa pérdida progresiva de los reflejos periféricos y ataxia progresiva.

El inicio es de 20 a 30 años después de la inyección inicial. Es más frecuente en el hombre y en pacientes de raza blanca. Los casos típicos presentan dolores, ataxia, pupilas de Argyll Robertson, ausencia de reflejos tendinosos profundos y perdidos de la función de la columna posterior.

En los casos avanzados existen lesiones crónicas en las grandes articulaciones de los miembros afectados- articulaciones de Charcot. En algunos casos se detecta atrofia óptica. El VDRL en el suero es normal entre el 30 y el 40 por ciento de los enfermos y en el LCR entre el 10 y el 20 por ciento.

La parálisis general es una meningoencefalitis crónica, que causa pérdida gradual progresiva de la función cortical. Se presenta de 10 a 20 años después de la

infección inicial. Los síntomas iniciales son inespecíficos como irritabilidad, fatiga, cefalea y alteraciones de la personalidad, después aparece deterioro de la memoria, confusión, delirio, convulsiones, parálisis y afasia. El LCR muestra leucocitosis con linfocitosis, proteínas elevadas y VDRL reactivo.

El diagnóstico debe incluir criterios epidemiológico, historia clínica, pruebas serológicas, examen de campo oscuro, estudio del LCR y exploración radiológica.

El diagnóstico de la sífilis primaria se basa en la demostración del *Treponema pallidum* mediante microscopia de campo oscuro, en los exudados obtenidos del chancro. Si el resultado es negativo se debe repetir y realizar pruebas serológicas. Toda úlcera genital y rectal se debe sospechar como sífilítica. El diagnóstico de la sífilis latente se establece por exclusión de las otras formas clínicas en enfermos con pruebas serológicas persistentemente positiva, pero que no presenta manifestaciones clínicas activas. El LCR y los estudios radiográficos son normales.

La mayoría de los recién nacidos no tienen signos en los primeros días, por lo que se realizan pruebas serológicas. Los resultados serológicos positivos inespecíficos pueden ser causados por la transferencia pasiva de IgG materna a través de la placenta.

Debe sospecharse sífilis secundaria en los casos de sordera inexplicable, deterioro intelectual progresivo o queratitis.

1. Examen de campo oscuro. Es el medio mas definitivo para establecer el diagnóstico. Casi siempre es positivo en la sífilis primaria y en las lesiones en las

mucosas húmedas de la sífilis secundaria y congénita. En ocasiones es positivo en las aspiraciones de los ganglios linfáticos en la sífilis congénita. Los resultados falsos negativos pueden ser causados por la aplicación de jabones u otros compuestos tóxicos en las lesiones, por lo que un resultado negativo aislado no es suficiente para descartar sífilis.

2. Pruebas serológicas. La infección por *Treponema pallidum* estimula dos tipos básicos de anticuerpos humorales: inespecífico contra cardiolipina y treponemales específicos

a) Prueba no treponémica inespecífica:

Prueba rápida de reagina plasmática.

VDRL

b) Prueba treponémica específica:

- Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos por inmunofluorescencia.
- Análisis de micro aglutinación de anticuerpos contra *Treponema pallidum*.
- Prueba de anticuerpo hemoaglutinante *Treponema pallidum*. (17)

Prevención de la infección por *Treponema Pallidum*

- Estas personas infectadas deberán ser notificadas a la autoridad local de salud de sífilis primaria.
- Deberán abstenerse de tener contactos sexuales cuando tienen lesiones chancroide.

- Se tendrá cuidado de evitar el contacto con secreciones de las lesiones abiertas u objetos contaminados con las mismas.
- El aspecto fundamental para lograr el éxito en cualquier campaña para el control de la Sífilis es la entrevista con los pacientes para identificar a los contactos sexuales de los que se adquirió la infección y a las personas a las que el paciente pudo infectar. Los entrevistadores expertos obtendrán los mejores resultados.
- En caso de Sífilis primaria deberá entrevistarse a todos los contactos sexuales durante los tres meses anteriores al comienzo de los síntomas.
- En caso de Sífilis Secundaria deberá entrevistarse los contactos durante los 6 meses anteriores.
- En la Sífilis latente temprana, los contactos de los doce meses anteriores, si es posible precisar la fecha en que se produjeron las lesiones primaria y secundaria.
- En el caso de Sífilis tardía y latente tardía, los cónyuges y los hijos de las madres infectadas.
- En caso de Sífilis congénita, todos los miembros inmediatos de la familia.
- Todos los contactos sexuales identificados de casos confirmados de Sífilis temprana expuestos durante 90 días anteriores al examen deben recibir tratamiento.
- Los hijos de todas las madres seroreactivas deben ser tratados con penicilina, se debe confirmar que la madre recibió tratamiento antes del último mes de embarazo.

- Interconsulta con Dermatología a toda embarazada con serología reactiva para su estudio y definición diagnóstica a todas las que presentan lesiones dermatológicas aun cuando la serología sea no reactiva. (15)

- Tratamiento farmacológico: En términos generales, se deben trazar políticas certeras que faciliten a las autoridades de salud pública la detección temprana y el tratamiento eficaz de los pacientes en el período de transmisibilidad y de sus contactos, así como la búsqueda de personas en estadios latentes de la enfermedad, actividades estas que deben tener un cumplimiento inmediato para poder lograr acciones de prevención y control con un mayor impacto.

1. Tratamiento de la sífilis primaria sintomática y sífilis latente de no mas de un año de evolución, embarazadas con serología reactiva y contacto de sífilis reciente:

- Penicilina G Benzatinica: 2 400 000 U por vía IM en dos inyecciones de 1 200 000 U en dosis única.

- Penicilina repilenta 1000 000 U por via IM diaria durante 10 dias.

- En caso de alergia:

- Tetraciclina: 30 g (2 tab./ 6 h), durante 15 dias.

- Doxiciclina: 100 mg, 2 veces al dia, por 14 dias.

d) En embarazadas: indicar Eritromicina, en dosis de 30 g (2 tab. / 6 h), durante 15 días.

2. Tratamiento de la Sífilis tardía y sífilis latente de más de un año de duración

- Penicilina G Benzatinica: 7 200 000 U im., en 3 dosis de 2 400 000 u por vía i.m., a intervalo de 7 días.

- Penicilina rapilenta 1000 000 U i.m., diaria durante 15 días.
- En caso de alergia Tetraciclina o Eritromicina en dosis de 60 g durante 30 días.

3. Tratamiento de la sífilis congénita temprana- en lactantes:

- Penicilina cristalina: 50 000 U/ Kg. / día, en dos subdosis por 14 días. El seguimiento será por dos años, se sugieren consultas cada 3 meses en el primer año y cada 6 meses en el segundo año.

Criterio de alta clínica:

- Cuando halla recibido tratamiento controlado.
- Examen clínico negativo.
- Curva serológica que muestre una evolución satisfactoria, hacia la negativización con un periodo de un año.

Criterio de alta epidemiológica:

- Cuando halla logrado detectar no menos de un caso nuevo secundario en la investigación.
- Cuando se halla logrado detectar el indicador de contactos, sospechosos y asociados en le entrevista epidemiológica. (18)

CAPITULO 2. ESTRATEGIA METODOLOGICA PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIFILIS

CAPÍTULO 2: ESTRATEGIA METODOLOGICA

Este Capítulo se dividió en dos epígrafes, en el primero se abordó todo lo relacionado con la metodología utilizada en nuestra investigación y en el segundo se reflejó los aspectos metodológicos de la estrategia de intervención diseñada.

Epígrafe 2.1 Aspectos Metodológicos de la investigación.

Se realizó un estudio Pre- experimental (antes después) de tipo de intervención educativa con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos que sobre Sífilis tiene el personal de salud del Policlínico Universitario Norte del Municipio Morón durante el período de Junio de 2009 a Junio del 2010 .

Universo y muestra.

El universo de estudio estuvo constituido por los 63 trabajadores de la salud que se encuentran en los GBT y en los consultorios de esta área de salud del cual se conformó la muestra teniendo en cuenta los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Que sean médicos y enfermeras del Área de salud escogida.
2. Que estén de acuerdo a participar en el estudio previo consentimiento informado. (Anexo N° 1)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Todos aquellos que tengan más de dos ausencias a las sesiones quedarán automáticamente excluidos.

2. Los que no cumplan con los criterios antes mencionados.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Conocimiento sobre la Sífilis: La adquisición de conocimientos relacionado con la Sífilis durante su labor como profesional en cuanto a temas como: concepto de la enfermedad, reservorio, las vías por la que se puede enfermar una persona con Sífilis, lesiones típicas y criterios a tener en cuenta en el diagnóstico y medidas preventivas para evitar la Sífilis.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población; Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Operacionalización de esta variable:

Centrado en el sujeto: El personal de salud es el centro de la actividad, siendo sujeto y objeto a la vez.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

Implicado afectivamente: Cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivos. La

estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del Materialismo Dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

- Análisis – síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- Análisis histórico –lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, por lo que se empleó para indagar sobre la Sífilis.
- Inducción – deducción: Se estableció generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Hipotético –deductivo: Estableció una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

- La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logró resolver el objetivo de la investigación.

Se utilizaron diferentes técnicas, tales como:

- La encuesta o instrumento: Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a los profesionales de la salud que intervinieron en el estudio para saber los conocimientos que tienen los mismos acerca de la Sífilis.
- Medición: Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se realizó la validación y revisión de la misma. Los datos obtenidos de la encuestas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el Test de comparación de medias para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$:
- Nos planteamos la siguiente hipótesis de trabajo para comparar la diferencia entre las medias de uno y otro momento:

Ho: $\mu_a = \mu_d$ Las medias son iguales en ambos momentos lo que su diferencia se debe al azar.

H1: $\mu_a \neq \mu_d$ Las medias difieren en ambos momentos y la intervención educativa elevó el nivel de conocimiento de los profesionales

Estadígrafo de prueba:

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\sigma / \sqrt{n}}$$

Entonces la regla de decisión sería rechazar H_0 si la $Z_{\text{observada}} > Z_{\text{tabulada}}$ ($Z_0 > Z_{1-\alpha/2}$), en caso de utilizar un software estadístico se rechazara la H_0 si la probabilidad asociada al estadígrafo ($p < \alpha$). Se calcularon también los Intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Estos datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS v.15 y para los textos y gráficos se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007.

En esta investigación tropezamos con un inconveniente que es bueno resaltar, no encontramos la bibliografía necesaria para comparar los resultados con otros estudios realizados al respecto, solamente encontramos un estudio internacional que nos habla sobre el conocimiento de los médicos sobre esta enfermedad en dos aspectos analizados en nuestro estudio.

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escalas	Descripción
Profesión	Cualitativa Nominal	-Médico General -Interno -Especialista -Técnico de Enfermería -Licenciada en enfermería	Según certificado de graduado.

Años de Graduado	Cuantitativa	Menos de 2 años Entre 2 y 5 años Entre 6 y 9 años 10 y más años	Según último año cumplido
Nivel de conocimiento	Cualitativa Nominal	Alto Medio Bajo	80-100 70-79 Menos de 70

Los resultados se expresaron en forma de tablas los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones.

Para dar respuesta a dichos objetivos se confeccionó un informe final teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación y los principios de la ética médica que resguarda la información y el respeto al individuo; cumpliendo para ello con los requisitos docentes exigidos por el departamento de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Epígrafe 2.2: Aspectos Metodológicos de la estrategia de intervención

Según los Documentos Normativos de la Vice-Dirección de Post-grado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, se elaboró un programa de Intervención Educativa correspondiente a la sífilis, diseñado en forma de Taller y debidamente acreditado según la metodología establecida. La investigación se implementó en **tres etapas** esenciales: diagnóstico, intervención y evaluación.

1.-Diagnóstico.

Para la ejecución del estudio se estableció la comunicación con la dirección del Policlínico Universitario Norte con el objetivo de lograr la participación de los

médicos y personal de enfermería que intervienen en el estudio, lo que quedó validado a través de un documento (consentimiento informado), que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio (anexo 1). Se explicaron los objetivos del estudio y se aplicó un instrumento (anexo 2) que permitió caracterizar la muestra de estudio.

2.-Intervención.

Para dar cumplimiento a la segunda etapa de la investigación se impartió un Programa Educativo (TALLER) prediseñado sobre el tema, al cual se le añadieron las necesidades de aprendizajes encontradas luego de la aplicación inicial del instrumento (anexo2). La muestra se dividió en los tres grupos básicos de trabajo a los cuales pertenecen en su atención médica, lo cual nos permitió utilizar la técnica de grupos focales.

Se realizaron cuatro encuentros de 90 minutos de duración, con cada grupo, con una frecuencia semanal en cada grupo básico de trabajo. El programa educativo consta con cuatro sesiones de actividades donde se concibieron diferentes formas de enseñanza y métodos participativos de ocho horas cada una, para un equivalente total de 128 horas .Se trabajó con las variables antes mencionadas mediante conferencia, videos-debate, técnicas reflexivas y técnicas participativas. Las sesiones fueron realizadas cada siete días y se evaluó el aumento del nivel de conocimiento adquirido en esa arista del saber (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la Influenza Aviar), los datos se obtuvieron mediante la aplicación del instrumento.

3.- Evaluación

Tres semanas después de haber terminado el programa educativo se aplicó nuevamente el instrumento inicial con las mismas características que en la primera etapa para comprobar los conocimientos adquiridos como resultado de la intervención educativa.

Para la evaluación del nivel de conocimiento de manera general, es decir a la encuesta se le otorgó 100 puntos y se distribuyó entre las seis (6) preguntas que miden conocimientos de dicha encuesta aplicada, Por lo que se evaluó de forma general en: (anexo 3).

En tres de las preguntas aplicadas en la encuesta el nivel medio de la clasificación quedó exceptuado por ser la respuesta de una sola opción.

Alto: Calificación entre 80 y 100 puntos

Medio: Calificación entre 70 y 79 puntos

Bajo: Calificación menos de 70 puntos

Programa educativo para incrementar los conocimientos sobre la sífilis en el personal de salud del Policlínico Universitario Norte de Morón.

1) Título:

Actualización de conocimientos sobre sífilis como fortalecimiento al programa de Infecciones de transmisión sexual.

2) Fundamentaciòn:

Después del triunfo de la Revolución el Ministerio de Salud publica se dio a la tarea de cambiar el cuadro de salud existente en nuestro país, por lo cual comenzó a organizar los Programas de Enfermedades Transmisibles comenzando por las Enfermedades de Transmisión Digestivas para disminuir la mortalidad por Enfermedades Diarreicas Agudas y las Enfermedades de Transmisión Sexual entre las que se encuentran la sífilis y blenorragia. Así surgió el Programa nacional de prevención y control de las ITS para controlar y prevenir la sífilis entre otras enfermedades. En aras de garantizar una correcta vigilancia epidemiológica sobre esta patología y teniendo en cuenta el número elevado de personal de riesgo de esta enfermedad en nuestro municipio, es que se elaboró un programa que incluye un total de cuatro sesiones de trabajo con actividades participativas y un tiempo de duración de 26 horas.

3) Objetivo general:

- Desarrollar competencias específicas en los profesionales del Sistema de Salud (Médicos y Enfermeras) para la vigilancia, prevención y control de la sífilis a nivel local.

Objetivos específicos:

- Profundizar en los conocimientos necesarios para el desarrollo de investigaciones epidemiológicas y sociales

- Desarrollar conocimientos y habilidades necesarios para la evaluación del Programa de Prevención y Control de la Sífilis en los servicios de salud del nivel primario de atención.
- Desarrollar conocimientos y habilidades necesarios para la toma de decisiones en la solución de problemas de salud ante un caso sospechoso o confirmado.

4) Requisitos de ingresos:

- Médicos Generales, MGI, Internos, Licenciados en Enfermería, afines con el tema que laboren en los Consultorios del Médico de la Familia pertenecientes al Policlínico Universitario Norte de Morón. Dominar el idioma español.

5) Duración:

- 4 semanas

6) Modalidad:

- Curso Municipal.

7) Perfil del egresado:

- El egresado de este taller contará con las competencias necesarias para desempeñar correctamente sus funciones en la ejecución del Programa de control de la Sífilis y realizar los controles de foco de la enfermedad en el nivel primario de atención, En este curso se describen los lineamientos de la investigación epidemiológica de campo desde el punto de vista operativo y aplicado a los

niveles locales de salud. Desarrolla los procedimientos básicos de generación de datos, información y conocimiento orientados a la detección, caracterización, confirmación y control oportuno de brotes y situaciones de alerta epidemiológica en la población.

8) Estructura del plan de estudio y aspectos organizativos:

Semanas lectivas: 4

Frecuencia semanal: 6h

Total de horas: 24

Se realizará en el municipio fundamentalmente en la APS con una matrícula de 63 profesionales de la salud en la semana lectiva del curso.

El mismo se planificará de la siguiente forma

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	22/1/2010	4/3/2010

Programa Analítico: Todos los temas que se son tratados en el taller se han preparados con aplicación a problemas de salud en relación con la Sífilis

Sede: Policlínico Universitario Norte de Morón

Programa educativo (temático) para enfrentar un caso de Sífilis.

Tema No.1: Presentación del programa

Sumario:

1. Presentación de los participantes y del programa.

2. Aplicación de la encuesta.

Objetivo: Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro del personal de salud a capacitar.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo

Recursos: Papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez

Responsable: Psicóloga del área.

Participantes: Personal a capacitar

Tema No.2: Epidemiología de la Sífilis.

Sumario:

1. Características del *Treponema pallidum*.
2. Cadena epidemiológica de la Sífilis.
3. Principales síntomas de la Sífilis.

Objetivo: Evaluar los conocimientos acerca del tema, así como las nuevas experiencias a las que se puedan enfrentar el personal de salud que participa en el estudio.

Tipo de actividad: Video -Debate

Recursos: Papel, lápiz y televisor

Frecuencia: Una vez

Responsable: Jefe del Programa de ITS.

Participantes: Personal de salud a capacitar.

Tema No.3: Prevención de la Sífilis.

Sumario:

1. Principales medidas para prevenir la Sífilis.
2. Conducta a seguir en caso confirmado o sospechoso.

Objetivo: Orientar en el personal de salud que participa en el estudio la medidas preventivas y su conducta a seguir en caso de un sospechoso o confirmado.

Tipo de actividad: conferencia

Recursos: Papel, lápiz y computadora.

Frecuencia: Una vez

Responsable: Responsable de los programas de ITS.

Participantes: Personal de salud a capacitar.

Tema No.4: Cierre y evaluación

Sumario:

1. Reafirmación del contenido
2. Aplicación de la encuesta

Objetivo: Que el personal de salud que participa en el estudio eleven sus conocimientos sobre la conducta a seguir ante un caso de Sífilis.

Tipo de actividad: Debate

Recursos: papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez

Responsable: Responsable de los programas de ITS.

Participantes: Personal de salud capacitado.

METODOS Generales;

- Conferencias, clases prácticas, debates en grupos y trabajo de terreno
- **Programa de clases**

Tema	Contenido	Tipo de enseñanza				Total de Horas	Profesor
		Conf .	CTP	Sem .	Taller		
Metodología para el Control de la Sífilis	*Elementos Generales Sobre Sífilis.	2			4	6	Dra. Mirella Sol Charles y Dr. José Peralta Terán.
	*Aspectos clínicos epidemiológicos de la Sífilis	2	4		2	8	
	*Prevención Principales medidas, Conducta a seguir ante un caso sospechoso y confirmado.						
	Vigilancia Epidemiológica.	2	2		2	6	
	*Cierre y evaluación	2				4	
Total		8h	6h		8h	24h	
Horas totales						24	

13) EVALUACION: Cualitativa

- La asistencia y puntualidad.

La participación, habilidades demostradas durante el desarrollo del curso

Bibliografía:

1. Castillo Salgado C. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Washington: OPS: 2008:88.
2. Colectivo de autores: Infecciones de transmisión sexual, pautas para su Tratamiento. Ciudad de La Habana, Cuba, MINSAP, 2007. P.: 7 y 63-65.
3. Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. Washington, DC: OPS; 2001; 581: 571-73.
4. Chio Naranjo G. Pouymiró Bertan T, Perez Felpeto R, Hechavarría Puente A, Vargas Torres J. Mortalidad perinatal en embarazadas adolescentes. Rev
5. Dallabeta MD, Gina A. El control de las enfermedades de transmisión sexual: un manual para el diseño y la administración de programas. Washington: OPS 2006:3-24,174-81.
6. González GH. El embarazo adolescente. Un Fenómeno de gran Magnitud en Cuba. Rev. Sexología y Sociedad. 2000 ago; (15): 22-6
7. González Heacher. El embarazo en adolescentes en cuba. Aspectos

Sociodemográfico, sexología y sociedad Año 6, No 16, p13-8, Dic 2000

8. González. H. A. La sexualidad del adolescente. Sexología y Sociedad.

Año 7 No.17,PA-11 Abr 2001

9. Medivisión. Historia de las enfermedades: sífilis y gonorrea. (Citado 13 de enero de 2007). Disponible en: <http://www.revistamedica.8m.com/>

10. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 2005:35, 55, 72, 84. Cubana Obstet Ginecol 2006;14(2):31-8.

11. Organización Panamericana de la Salud. Salud de la Familia y de la Comunidad. Taller Nacional de capacitación en Consejería en Promoción de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de VIH/ SIDA para jóvenes y adolescentes. Washington, dc, Organización Panamericano de la Salud,2007. p356.

12. Peláez m. J. Adolescente embarazada. Sexología y Sociedad. Año 1, No. 2,P2-3,Sept.1995

13. Programa de Atención Integral a la Familia. En: Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. La Habana: MINSAP, 2004:5-25.

14. Sánchez MD. Las enfermedades transmitidas sexualmente (STD) son un formidable desafío a la Salud Pública. Med Interamericana 2006:34-87.

15. Schyver A, Meheus A. Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. Panorama Mundial. Bol Ofic Sanit Panamá 1993; 114(1):45-9.

**CAPITULO 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA
ESTRATEGIA METODOLOGICA PARA ELEVAR EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SIFILIS**

CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo reflejamos en forma de tablas los resultados de nuestra investigación, así como la discusión de los mismos.

Intervención Educativa sobre la sífilis en el personal de salud del Policlínico

Universitario Norte del Municipio Morón.

La Sífilis por ser una enfermedad de transmisión sexual y tener algunos períodos en que los pacientes no presentan síntomas ni signos se le ha nombrado como enfermedad simuladora, en nuestro medio también ha existido el diagnóstico tardío de esta enfermedad y además se agrega la gran cantidad de grupos de riesgos existentes en nuestro municipio, por todo esto realizamos este trabajo para indagar sobre los conocimientos que el personal de salud del área norte de Morón tenía sobre la prevención y control de la enfermedad y si era necesario realizar una estrategia de intervención para mejorar el nivel de conocimiento de este personal y que puedan desempeñar sus funciones con más calidad.

Intervención Educativa sobre la sífilis en el personal de salud del Policlínico Universitario Norte del Municipio Morón.

Tabla 1: Distribución del personal de salud encuestado del Policlínico Universitario Norte de Morón según profesión y años de graduados en el período Junio 2009 a Junio 2010.

Ocupación	AÑOS DE GRADUADOS											
	No		Menos de									
	Graduados		2		2 a 5		6 a 9		10 y más		TOTAL	
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%
Médicos	-	-	-	-	9	69.27	11	55.00	5	33.33	25	39.73
Lic.												
Enfermería	-	-	7	100	4	30.73	6	30.00	2	13.35	19	30.12
Téc. Medio												
Enfermería	-	-	-	-	-	-	3	15.00	8	53.32	11	17.43
Internos	8	100	-	-	-	-	-	-	-	-	8	12.72
TOTAL	8	12.70	7	11.11	13	20.74	20	31.71	15	23.74	63	100

Fuente: Encuesta

Según profesión y años de graduados (tabla 1) la mayoría del personal encuestado en nuestro estudio fueron médicos con un 39.7 % del personal, seguido por los Licenciados de Enfermería (30.1%); la mayoría tenían entre seis a nueve años de graduados representando el 31.7 % (20 encuestados) seguidos por lo que llevan 10 y más años de graduados para un 23.8 % (15 profesionales) y 13 (20.7 %) con dos a cinco años de graduados por lo que podemos inferir que la mayor parte del personal de nuestro estudio estaba calificado pues eran médicos y licenciados y más del 50 % llevaban más de cinco años de graduados.

Los internos no tienen años de graduados ya que son estudiantes de sexto año de la carrera de Medicina que están ubicados en los consultorios del médico de la familia de esta área de salud.

Tabla 2: Distribución del personal de salud encuestado según conocimiento sobre el concepto de Sífilis antes y después de la Intervención Educativa.

Conocimientos sobre el concepto de Sífilis	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	43	68.30	63	100
Bajo	20	31.70	-	-
Total	63	100	63	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 2 se observa la distribución del personal de salud según conocimientos sobre el concepto de sífilis antes y después de la intervención educativa. Del total de encuestados (63) el 68.30 % del personal tenían un nivel alto de conocimientos sobre el concepto de sífilis antes de la intervención educativa y después de realizarse esta se elevó hasta un 100 % (los 63 encuestados) no quedando ningún personal con bajos conocimientos ya que refirieron que la sífilis es una enfermedad sistemática transmisible causada por la Espiroqueta *Treponema pallidum*. Este resultado coincide con el estudio realizado por García Hernández T, Rodríguez Ferrà R y Castaño Hernández S en adolescentes donde el 87,5 % tenían conocimiento del concepto de sífilis y otras ITS y en el momento después se elevó a 100 % de ellos con conocimiento sobre el concepto (19)

Tabla 3: Distribución del personal de salud encuestado según conocimiento sobre el reservorio natural antes y después de la Intervención Educativa.

Conocimientos sobre el reservorio natural	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	31	49.20	58	92.06
Bajo	32	50.80	5	7.94
Total	63	100	63	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 3 se muestra la distribución del personal encuestado según conocimientos sobre el reservorio natural de la enfermedad antes y después de la intervención educativa. En el primer momento (antes) el 49.20 % (31 encuestados) obtuvieron altos conocimientos y el 50.80 % con bajo nivel de conocimiento, en el segundo momento (después) el 92.06 % del personal adquirió altos conocimientos sobre el reservorio de la enfermedad y solamente el 7.94 % quedó con bajo nivel de conocimiento sobre este aspecto. El resultado coincide con un estudio realizado en adolescentes que antes de la intervención el 77.5 % tenían conocimiento de este aspecto y después de la intervención se elevó el conocimiento al 100 % de ellos. (19)

Tabla 4: Distribución del personal de salud encuestado según conocimiento sobre el modo de contagio antes y después de la Intervención Educativa.

Conocimientos sobre el modo de contagio	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	10	15.87	59	93.64
Medio	42	66.66	2	3.18
Bajo	11	17.47	2	3.18
Total	63	100	63	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 4 analizamos los conocimientos sobre el modo de contagio de la enfermedad antes y después de la intervención educativa; vemos que antes de la intervención solamente el 15.87 % tenían conocimientos altos pues contestaron correctamente las tres vías de contagio de la enfermedad, el 66.66 % con nivel de conocimiento medio contestando correctamente dos vías de contagio y 17.47 % con nivel bajo pues no contestaron correctamente ninguna de las vías o sólo una. Después de la intervención el 93.64 % del personal adquirió altos conocimientos sobre este aspecto de la enfermedad, y 3.18 % quedaron con conocimientos medio y bajo respectivamente. Estos resultados no coinciden en el momento antes con un estudio internacional realizado en el Hospital Brookeday de Paris en el personal médico donde el 96,4 % tenían conocimiento sobre este aspecto (20)

Tabla 5: Distribución del personal de salud encuestado según conocimiento sobre la lesión típica antes y después de la Intervención Educativa.

Conocimientos sobre lesión típica	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	48	73.01	61	96.82
Bajo	17	26.99	2	3.18
Total	63	100	63	100

Fuente: Encuesta

La distribución del personal de salud encuestado según conocimiento sobre la lesión típica antes y después de la intervención educativa se analiza en la tabla 5 donde el 73.01 % del personal de nuestro estudio tenían nivel de conocimientos alto sobre este aspecto y el 26.99 % con nivel bajo, después de la intervención educativa el 96.82 % del personal resultó con nivel de conocimiento alto y solamente el 3.18 % quedaron con conocimientos bajo. Los resultados de este estudio coincide con uno realizado por Nápoles Pérez, Díaz de la Hoz y Miranda Gómez en una institución cerrada con 162 jóvenes y antes de la intervención educativa tenían conocimiento de la lesión típica un 75.6 % y después de la intervención educativa se elevó a un 98.27 %.(21)

Tabla 6: Distribución del personal de salud encuestado según conocimiento sobre el criterio de diagnóstico antes y después de la Intervención Educativa.

Conocimiento sobre criterios diagnóstico	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	12	19.04	60	95.22
Medio	41	65.07	2	3.18
Bajo	10	15.89	1	1.60
Total	63	100	63	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 6 podemos observar la distribución del personal de salud encuestado según conocimiento sobre el criterio de diagnóstico antes y después de la intervención educativa donde vemos que el 65.07 (41 encuestados) tenían conocimientos medio, es decir, que sólo contestaron correctamente dos criterios de diagnóstico, el 19.04 % alcanzaron un nivel de conocimiento alto por contestar correctamente los tres criterios diagnósticos y 15.89 % con nivel de conocimiento bajo por no contestar correctamente ningún criterio o sólo uno, después de la intervención educativa se elevó los conocimientos sobre este aspecto y el 95.22 % del personal alcanzaron nivel de conocimiento alto, el 3.18 % quedaron con nivel medio y sólo el 1.60 % con nivel bajo. Coincide los resultados con un estudio

realizado por García Hernández T, Rodríguez Ferra R y Castaño Hernández S en 39 médicos de la familia de los consultorios del municipio Guanajay donde se evaluó las respuestas en satisfactoria y no satisfactoria resultando antes de la intervención un 43,6 % respondieron de forma satisfactoria y un 56,4 % no satisfactoria, después de llevar a cabo la estrategia de intervención educativa se elevó a un 94,9 % la respuesta satisfactoria y sólo en un 5,1 % la respuesta fue no satisfactoria. (22)

Tabla 7: Distribución del personal de salud encuestado según conocimiento sobre las medidas preventivas antes y después de la Intervención Educativa.

Conocimiento sobre Medidas Preventivas	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	17	26.99	59	93.64
Medio	37	58.73	3	4.76
Bajo	9	14.28	1	1.60
Total	63	100	63	100

Fuente: Encuesta

La distribución del personal de salud encuestado según conocimiento sobre las medidas de prevención de la enfermedad antes y después de la intervención educativa se plasma en la tabla 7 donde observamos que el 58.73 % del personal tenían nivel de conocimiento medio pues contestaron correctamente de seis a ocho medidas preventivas, el 26.99 % tenían nivel alto al contestar correctamente nueve o más medidas preventivas y 14.28 % con nivel bajo al contestar correctamente cinco o menos medidas preventivas de la enfermedad, después de la intervención educativa predominó el nivel alto con 93.64 % del personal, seguido por el nivel medio con 4.76 % y sólo quedó con nivel bajo un encuestado que representó el 1.60 % del estudio no coincidiendo en el momento antes con un estudio internacional realizado en el Hospital Brookeday de Paris donde el 96,7 %

de los médicos tenían conocimiento de las medidas preventivas de esta enfermedad. (20)

Es opinión de la autora que no coincide porque en estos países no se acostumbra a elevar los conocimientos de los trabajadores de forma permanente como sucede en Cuba pues es responsabilidad del trabajador la superación ya que si no tienen conocimiento sobre aspectos de su trabajo no pueden desempeñar su labor y quedan sin trabajo.

Tabla 8: Distribución del personal de salud encuestado según conocimiento sobre Sífilis antes y después de la Intervención Educativa.

Conocimiento sobre Sífilis	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Alto	12	19.04	58	92.06
Medio	35	55.55	3	4.76
Bajo	16	25.41	2	3.18
Total	63	100	63	100

Fuente: Encuesta
n= 63 $\alpha = 0.05$

Al evaluar los conocimientos sobre la sífilis en el personal de salud del área norte de Morón (tabla 8) podemos observar que antes de la intervención educativa el 55.55 % del personal poseía nivel de conocimiento medio sobre esta enfermedad y sólo el 19.04 % tenían nivel alto de conocimiento, después de la intervención educativa el 92.06 % del personal de nuestro estudio tienen un conocimiento alto quedando solamente 4.76 % y 3.18 % con nivel medio y bajo respectivamente, por lo que se encuentran mejor preparados para prevenir y controlar la enfermedad en esta área de salud.

Los dos profesionales que quedaron con nivel bajo de conocimiento no asistieron a dos sesiones de trabajo por lo que pudiera ser una de las causas por la que no incrementaron sus conocimientos.

Al realizar el análisis de la comparación de medias en el análisis estadístico y comparar ambos momentos buscando comprobar la efectividad de la intervención aplicada encontramos los siguientes resultados:

Momentos	Media	Desviación típica.	Intervalo de confianza
ANTES	72,9048	10,90533	[70,15; 75,65]
DESPUÈS	91,2063	6,44119	[89.58; 92.82]

En este caso para una prueba de dos cola los resultados fueron significativos para un nivel de 0 05 pues el estadígrafo $Z = - 9.05$ no se encuentra entre el recorrido entre $- 1.96$ a 1.96 por lo que llegamos a la conclusión que a un nivel de 0.05 existen diferencias significativas entre el antes y después y rechazamos H_0 .

Al calcular los intervalos de confianza de cada momento obtuvimos que con una confianza del 95 % podemos asegurar que las medias en ambos grupos se encuentran en el mismo. Para el antes el IC: [70,15; 75,65] y para el después el IC: [89.58; 92.82]

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

La realización de este estudio nos permitió elevar los conocimientos sobre la sífilis en el personal de salud que labora en los consultorios del médico de la familia pertenecientes al Policlínico Universitario Norte de Morón, relacionados con: concepto de la enfermedad, reservorio natural, modo de contagio, lesión típica, criterios diagnóstico, medidas preventivas y características nosológicas de la enfermedad después de aplicada la Intervención, quedando demostrado así el valor y la eficacia de la labor educativa propuesta, lo que conlleva a una mejor prevención y un adecuado control de la enfermedad en esta área de salud del municipio.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en nuestra investigación, recomendamos generalizar la Estrategia propuesta sobre la sífilis en otros profesionales de la salud de nuestro municipio para que realicen un mejor manejo de la enfermedad y disminuir la morbilidad de esta y elevar la calidad de vida de nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Colectivo de autores: Infecciones de transmisión sexual, pautas para su Tratamiento. Ciudad de La Habana, Cuba, MINSAP, 2007. P.: 7 y 63-65.
2. Sífilis. Presentación de Power Point. <http://fcmjtrigo.sld.cu/virtual/productos/Sífilis.2006.ppt3>. Dixan MR, Wasserheit J. La cultura del silencio. Infecciones del tracto reproductivo entre las mujeres del tercer mundo. Nueva York: International Women's Health Coalition 2006:1-4.
3. Salud sexual y reproductiva. Washington (DC): OPS-OMS; 2005:17-8 (Comunicación para la salud # 8).
4. Schyver A, Meheus A. Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. Panorama Mundial. Bol Ofic Sanit Panamá 1993; 114(1):45-9.
5. Dallabeta MD, Gina A. El control de las enfermedades de transmisión sexual: un manual para el diseño y la administración de programas. Washington: OPS 2006:3-24,174-81.
6. Peláez Mendoza J. Sexualidad, imaginación y realidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1997:91-110.
7. Willar CN. Gonorrhea, Chlamydia and Pelvic Inflammatory Disease. Current Opinion Infect Dis 1990; 30:10-9.
8. Schryver A, Mehers A. Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. Panorama Mundial. Bol ofic Sanit Panam 1993; 141(1):1-14

9. Pelve J. Enfermedades de Transmisión Sexual. Causas. Transmisión, riesgos y prevención. Impacto juvenil, su importancia. La Habana: Sociedad Científica Cubana 1996:19-25.
10. Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. Washington, DC: OPS; 2001; 581: 571-73.
11. Spence RM. Gonococcia. Clin Obstet Ginecol 2005; 1(3):129-31.
12. Medivisión. Historia de las enfermedades: sífilis y gonorrea. (Citado 13 de enero de 2007). Disponible en: <http://www.revistamedica.8m.com/histomed11A.htm>.
13. Masemann S. Enfermedades cutáneas e infecciones venéreas. La Habana: Editorial Científico-Técnica 1987:126-7.
14. Armijo Rojas R. Epidemiología t II. Buenos Aires: Editorial Intermédica 1976:289-305.
15. Asociación para la difusión de la historia en Internet. Sífilis: la maldición de Venus. (Citado 13 de enero de 2005). Disponible en: <http://www.portaldehistoria.com/secciones/epidemias/sífilis.asp>.
16. Lugones Botell MA. Hipócrates. Rev Cubana Med Gen Integr 1990; 6(3):461-
17. Unas excavaciones revelan que la sífilis no procede de América. (Citado 15 de enero de 2007). Disponible en: <http://www.diariomedico.com/entorno/ent040900comtris.htm>
18. Sánchez MD. Las enfermedades transmitidas sexualmente (STD) son un formidable desafío a la Salud Pública. Med Interamericana 2006:34-8.

19. García Hernández T, Rodríguez Ferrà R y Castaño Hernández S. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de los adolescentes sobre infecciones de Transmisión Sexual. Rev Cub Med Gen Integr Sep-Oct 1999; 15(5): 72-8
- 20.- Fouchier R, Osterhaus A, Brown J. Person to Person transmission of sífilis. N Engl J Med 2007; 358: 221
- 21.- Nápoles Pérez M, Díaz de la Hoz M, Miranda Gómez O. Intervención de salud sobre Infecciones de Transmisión Sexual en una institución cerrada, 2005-2006. Rev Cub Med Mil, Jul-Sep2008;37(3):10-6
- 22.- Berdasquera Corcho D y Rodríguez González C. El médico de familia y el control de la sífilis después de una estrategia de intervención Mayo 2001 a Agosto 2003. Rev Cub Med Gen Integr Jul-Sep2006;22(3): 24-33

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Actividad sexual y parto pretérmino. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2000:96-7.
2. Álvarez Castillo O, Rodríguez Gabella C, Ais Fernández M. Métodos empleados en la vaginitis por *Clamidia*. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 12(2):189- 92.
3. Barmeti B. El miedo. La vergüenza y la desesperación. Network en español: 2000. Vol.20. No 3
4. Betancourt Marbella: La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes. Colomb. med: 36 (3,supl.2) 33-42-Jul 2005
5. Cabeza Cruz E, Herrera Alcázar V, Ortega Blanco M, Santiesteban Alba S. Infección vaginal. En: Procederes de obstetricia y ginecología para el médico de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003:33-40.
6. Castillo Salgado C. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Washington: OPS: 2008:88.
7. Cordero Martínez J, García Domínguez M, Losoa Aguilar AL, Velazco Boza A. Epidemiología del aborto. Estudio preliminar. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999;8:429-41.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil y planificación familiar. Procederes en obstetricia y ginecología, para el médico de la familia. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 2007:5-9.

9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil y planificación familiar. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. La Habana: Edit.Ciencias Médicas; 2007:7-17.
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. En: Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007:6-9.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 2005:35, 55, 72, 84.
12. Chio Naranjo G. Pouymiró Bertan T, Perez Felpeto R, Hechavarría Puente A, Vargas Torres J. Mortalidad perinatal en embarazadas adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006;14(2):31-8.
13. Davies Adetugbo AA. Promotion of breast feeding in the community: Impact of health education programme in rural communities in Nigeria. J Diarrh Des Res 2001;14(1):5-11.
14. De la Cuesta B. C . Signicado del embarazo en la adolescencia; La dimensión sentim
15. Gallardo J, Valdés S, Díaz ME, Román C. Comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes con sepsis ginecológica. Rev Cubana Obst Ginecol 2000; 26(1): 10-4.
16. González GH. El embarazo adolescente. Un Fenómeno de gran magnitud en Cuba. Rev. Sexología y Sociedad. 2000 ago; (15): 22-6

17. González Heacher. El embarazo en adolescentes en cuba. Aspectos sociodemográfico, sexología y sociedad. Año 6, No 16, p13-8, Dic 2000
18. González T. M. Isabel, Aguirre .C. M. Luisa. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. Rev. Chil. Pediatr: 76 (6) 573-579 Nov-Dic.2005
19. González. H. A. La sexualidad del adolescente. Sexología y Sociedad. Año 7 No.17,PA-11 Abr 2001
20. Guinn DA, Goldenberg RL, Hauth JC. Risk factors for the development of preterm premature rupture of membranes after arrest of pater labor. Am J Obstet Ginecol 2008;173(4):1310-5.
21. Heredia Hernández B, Velazco Boza A, Cutié Lión E, Álvarez Pineda AB. Enfermedades de transmisión sexual y su relación con el embarazo. Rev Cubana Obst Ginecol 2000; 26(1):28-33.
22. Huston WJ, Gaileen HE, King D. Preguntas usuales que las pacientes formulan durante el embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr 2007;12(1):74-6.
23. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud. Salud materna-infantil. OPS. México: Edit. Pax 2002:187-362.
24. Lamiras Fernández, María, Rodríguez Castro Yolanda; Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos/ Univ. Psxychd: 3 (1) 27-34-Enero-2006
25. Leonard Castillo A, Hernández Salgado E. Semiología y ginecología anticonceptiva. En: Manual de enfermería ginecoobstétrica. Programa, guías y temas. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1999:113-30.

26. Lugones Botell M, Córdova Armengol M. de, Quintana Riverón T. Análisis del bajo peso en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 119(40):332-6.
27. Main Trial collaborative Group (2006) preparing for breast feeding: Treatment of inverted and non-protractile nipples in pregnancy. Midwifery, 10:200-214.
28. Martha Vázquez, Ángela Argote Luz: Educación en derechos sexuales y reproductivos: Una perspectiva integral en adolescentes escolarizados. Colombia med: 36 (3,supl2) : 6-13, Jul.2005
29. Martínez González LM, Valladares Hernández M, Villate JL. Análisis de los casos con rotura prematura de membranas y menos de 34 semanas. Rev Cubana Ginecol Obstet 2006; 145-150.
30. Monterosa CA. Áreas M. Partos vaginales y operación cesárea en adolescentes. WWW en Colombia. Com/ Obstetricia 50299 investigaciones O. Him-10k
31. Organización Mundial de la Salud. Salud y desarrollo del niño. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS; 2007: 1-111.
32. Organización Panamericana de la Salud. Salud de la Familia y de la Comunidad. Taller Nacional de capacitación en Consejería en Promoción de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de VIH/ SIDA para jóvenes y adolescentes. Washington, dc, Organización Panamericano de la Salud,2007.356p.ilus

33. Paz FM, Eruztsch, Barriera QM. El embarazo en edades temprana. Algunas consideraciones al respecto. Rev. Cubana en Ferer 2006;15 (1): 22-7
34. Peláez m. J. Adolescente embarazada. Sexología y Sociedad. Año 1, No. 2,P2-3,Sept.1995
35. Programa de Atención Integral a la Familia. En: Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. La Habana: MINSAP, 2004:5-25.
36. Pugin E. Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breast feeding promotion program? J Hum Lact 12(1):15-19.
37. Redel SI, Martín LL, Koniak D. Enfermedades infecciosas durante el embarazo. En: Enfermería materno infantil. 17 ed. México, DF: Nueva Editorial Interamericana, 2008:872-98.
38. Rivero Rodríguez C, Tizón González O, Copo Jorge JA, Díaz Alfonso OM. Empleo del método directo para el diagnóstico de vaginitis por *Gardnerella vaginalis*. Rev Cubana Enfermer 2006; 8 (1):36-42.
39. Salud Pública. Programa Nacional de Atención Integral a la salud de adolescentes. La Habana, Cuba 2006
40. Santana Pérez E, Lugones Botell M, Pérez Stuart O, Castillo Brito B. Parasitismo vaginal y cervicitis aguda. Tratamiento local con propóleos. Informe preliminar. Rev Cubana Enfermer 2007; 11(1): 51-6.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

Me comprometo a participar en el estudio que se realizará que tiene como tema. Intervención educativa sobre Sífilis en los profesionales de la salud del Policlínico Comunitario Norte del Municipio Morón. He sido debidamente informado sobre la importancia del tema para la salud de la familia y la mía propia por lo que necesito aprender sobre el tema.

Firma del Profesional: _____.

ANEXO 2

Encuesta

Tu participación en este proyecto será muy útil para tu vida profesional en cuanto la Sífilis. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cual es la mejor respuesta y cual es tu criterio personal. (Marcar las respuestas con una o más X si fuera necesario).

NO ES IMPRESCINDIBLE QUE ESCRIBAS TU NOMBRE.

1) Edad _____ Años.

2) Sexo. 2.1-Femenino _____ 2.2-Masculino _____

3) Profesión

3.1- _____ Médico General

3.2- _____ Especialista

3.3- _____ Interno (a)

3.4- _____ Técnico Medio de Enfermería

3.5- _____ Licenciado (a) en enfermería

4) Marque con una x el concepto de Sífilis.

4.1- _____ Una enfermedad sistémica transmisible causada por la espiroqueta
Treponema pallidum.

4.2- _____ Es una infección que se transmite solamente por contacto sexual.

4.3- _____ Es una infección que se transmite por contacto sexual aunque se use
preservativo.

5) Marque con una "X" cual constituye el reservorio natural de Sífilis

5.1 _____ Cerdo.

- 5.2 ____ Hombre.
- 5.3 ____ Aves.
- 5.4 ____ Ganado vacuno.
- 5.5 ____ Peces.

6) Cual es la vía de contagio de la infección por Sífilis.

(Marca con una X los que usted conoce).

- 6.1 ____ Por contacto con secreciones vaginales o uretrales de personas infectadas.
- 6.2 ____ Por transfusiones de sangre si el donante esta en fase temprana de la enfermedad.
- 6.3 ____ Por vía transplacentaria.
- 6.4 ____ Por ingestión de agua y alimentos contaminados con heces y orina de enfermos

7) ¿En la sífilis primaria cual es la lesión típica?

- 7.1- ____ Chandro
- 7.2- ____ Nódulos
- 7.3- ____ Exantema.
- 7.4- ____ Papula.
- 7.5- ____ Macula.
- 7.6- ____ Ulcera.

8) ¿Cuales son los criterios a tener en cuenta en el diagnostico?

- 8.1 ____ Criterio epidemiológico.
- 8.2 ____ Pruebas serológicas.
- 8.3 ____ Exudado vaginal con cultivo
- 8.4- ____ Estudio del LCR.

9) Marque con una x las medidas preventivas que usted conoce.

9.1 _____ Estas personas infectadas deberán ser notificadas a la autoridad local de salud de sífilis primaria.

9.2 _____ Deberán abstenerse de tener contactos sexuales cuando tienen lesiones chancroide.

9.3 _____ Se tendrá cuidado de evitar el contacto con secreciones de las lesiones abiertas u objetos contaminados con las mismas.

9.4 _____ El aspecto fundamental para lograr el éxito en cualquier campaña para el control de la Sífilis es la entrevista con los pacientes para identificar a los contactos sexuales de los que se adquirió la infección y a las personas a las que el paciente pudo infectar. Los entrevistadores expertos obtendrán los mejores resultados.

9.5 _____ En caso de Sífilis primaria no deberá entrevistarse a todos los contactos sexuales durante los tres meses anteriores al comienzo de los síntomas.

9.6 _____ En caso de Sífilis Secundaria deberá entrevistarse los contactos durante los 6 meses anteriores.

9.7 _____ En la Sífilis latente temprana, los contactos de los doce meses anteriores, si es posible precisar la fecha en que se produjeron las lesiones primaria y secundaria.

9.8 _____ En el caso de Sífilis tardía y latente tardía, los cónyuges y los hijos de las madres infectadas.

9.9 _____ En caso de Sífilis congénita, todos los miembros inmediatos de la familia.

9.10 _____ Todos los contactos sexuales identificados de casos confirmados de Sífilis temprana expuestos durante 90 días anteriores al examen deben recibir tratamiento.

9.11 _____ Los hijos de todas las madres seroreactivas deben ser tratados con penicilina, se debe confirmar que la madre recibió tratamiento antes del último mes de embarazo.

.

ANEXO 3

Dimensiones e Indicadores para evaluar el nivel de conocimiento general sobre Sífilis.

DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR PARA ITEM
1. Conocimiento en profesionales de la salud sobre Sífilis.	- Alto: Cuando el total de puntos alcanzados en la encuesta estuvo entre 80 y 100 puntos. -Medio: Cuando el total de puntos alcanzados en la encuesta estuvo entre 70 y 79 puntos. - Bajo: Cuando el total de puntos alcanzados en la encuesta fue menos de 70 puntos.	- Encuesta Pregunta 4: Inciso 4.1 Valor 15 puntos. Pregunta 5: Inciso 5.2 Valor 15 puntos. Pregunta 6: Incisos 6.1, 6.2 y 6.3 Valor 18 puntos. Pregunta 7: Inciso 7.1 Valor 15 puntos. Pregunta 8: Incisos 8.1, 8.2 y 8.4 Valor 15 puntos. Pregunta 9: Incisos 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.6, 9.7, 9.8, 9.9, 9.10 y 9.11. Valor 22 puntos.

Pregunta 4: Concepto: Se le asignó un valor de 15 puntos por responder correctamente el inciso 4.1

Pregunta 5. Reservorio natural. Se le asignó un valor de 15 puntos por responder correctamente el inciso 5.2

Pregunta 6. Vías de contagio: Se le asignó un valor de 18 puntos distribuido en seis puntos por cada inciso correcto (6.1, 6.2 y 6.3)

Pregunta 7: Lesión típica: Se le asignó un valor de 15 puntos por responder correctamente el inciso 7.1

Pregunta 8: Criterios de diagnóstico: Se le asignó un valor de 15 puntos distribuido en cinco puntos por cada inciso correcto (8.1, 8.2 y 8.4)

Pregunta 9: Medidas preventivas: Se le asignó un valor de 22 puntos distribuido en dos puntos por cada inciso correcto (9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.6, 9.7, 9.8, 9.9, 9.10, y 9.11)

Para evaluar los niveles de conocimiento en alto, medio y bajo en cada pregunta o ítem que se analizó seguimos los siguientes parámetros:

Pregunta 4: Sólo se le asignó el nivel alto y bajo, no se asignó el nivel medio por sólo tener una opción de respuesta

Alto: Si respondió el inciso 4.1

Bajo: Si no respondió correctamente

Pregunta 5: Sólo se le asignó el nivel alto y bajo, no se asignó el nivel medio por sólo tener una opción de respuesta

Alto: Si respondió el inciso 5.2

Bajo: Si no respondió correctamente

Pregunta 6: Se le asignó el nivel alto, medio y bajo por tener más de una opción de respuesta.

Alto: Si respondió los incisos 6.1, 6.2 y 6.3

Medio: Si respondió dos incisos correctos

Bajo: Si respondió un o ningún inciso correcto

Pregunta 7: Sólo se le asignó el nivel alto y bajo, no se asignó el nivel medio por sólo tener una opción de respuesta

Alto: Si respondió el inciso 7.1

Bajo: Si no respondió correctamente

Pregunta 8: Se le asignó el nivel alto, medio y bajo por tener más de una opción de respuesta.

Alto: Si respondió los incisos 8.1, 8.2 y 8.4

Medio: Si respondió dos incisos correctos

Bajo: Si respondió uno o ningún inciso correcto

Pregunta 9: Se le asignó el nivel alto, medio y bajo por tener más de una opción de respuesta.

Alto: Si respondió correctamente nueve o mas incisos

Medio: Si respondió correctamente de seis a ocho incisos

Bajo: Si respondió correctamente cinco o menos incisos

Aclaración: En las preguntas en la que sólo existió una posibilidad de respuesta, los que señalaron todos los incisos no se le asignó puntos.

En las preguntas en las que existió varias opciones de respuesta, los que señalaron todos los incisos se le otorgó la mitad de los puntos.

ANEXO 4

Programa educativo para enfrentar un caso de Sífilis.

Tema No.1: Presentación del programa

Sumario:

- 1.- Presentación de los participantes y del programa educativo.
- 2.- Aplicación a la encuesta

Objetivo: Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro del personal a capacitar.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo

Recursos: Papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez

Responsable: Psicóloga del área.

Participantes: Personal a capacitar

Tema No.2: Epidemiología de la Sífilis.

Sumario:

4. Características del *Treponema pallidum*.
5. Cadena epidemiológica de la Sífilis.
6. Principales síntomas de la Sífilis.

Objetivo: Evaluar los conocimientos acerca del tema, así como las nuevas experiencias a las que se puedan enfrentar el personal de salud del área salud norte.

Tipo de actividad: Video -Debate

Recursos: Televisor, papel y lápiz

Frecuencia: Una vez

Responsable: Jefe del Programa de ITS.

Participantes: Personal de salud a capacitar

Tema No.3: Prevención de la Sífilis.

Sumario:

3. Principales medidas para prevenir la Sífilis.
4. Conducta a seguir en caso confirmado o sospechoso.

Objetivo: Orientar en el personal de salud que participa en el estudio la prevención de la Sífilis y su conducta a seguir en caso de un sospechoso o confirmado.

Tipo de actividad: conferencia

Recursos: Papel, lápiz, pizarra y computadora.

Frecuencia: Una vez

Responsable: Responsable de los programas de ITS.

Participantes: Personal de salud a capacitar.

Tema No.4: Cierre y evaluación

Sumario:

3. Reafirmación del contenido
4. Aplicación de la encuesta

Objetivo: Que el personal de salud que participa en el estudio eleven sus conocimientos sobre la conducta a seguir ante la un caso de Sífilis.

Tipo de actividad: Debate

Recursos: Papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez

Responsable: Responsable de los programas de ITS.

Participantes: Personal de salud capacitado.

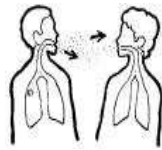
ANEXO 5

¿Qué es la sífilis?

La sífilis es una enfermedad sistémica desde el inicio y su agente etiológico es la espiroqueta *Treponema pallidum*. La infección puede clasificarse como congénita (transmitida de madre a hijo in útero) o adquirida (transmisión por vía sexual o transfusional).

¿Cómo se transmite?

Por contacto de piel y mucosa sobre todo por contacto sexual o con secreciones orgánicas: semen, secreciones vaginales y sangre. Después del cuarto mes del embarazo por transmisión transplacentaria



¿Qué factores pueden contribuir a su incremento?

- La promiscuidad sexual
- Inicio precoz de relaciones sexuales
- Falta de protección en las relaciones sexuales
- Práctica de relaciones sexuales fortuitas
- Antecedentes de ITS
- Prostitución

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de la sífilis se hace por examen en campo oscuro de las lesiones ulcerosas de los genitales (chancro sifilítico), en otras etapas se hace mediante la realización de pruebas de Antígenos treponémicos aunque debe confirmarse por pruebas que utilicen antígenos no treponémicos como la absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes y otras cuando se dispongan de ellas.

¿Cuál es el agente etiológico?

El *Treponema pallidum*

¿Qué características tiene?

Es una bacteria –espiroqueta de la sífilis- subespecie *Pallidum* del orden Spirochaeta y la familia Treponemataceae. Las espiroquetas son microorganismos móviles cuyo movimiento se produce por un mecanismo de rotación espiral.



Diagnóstico de laboratorio:

- Examen de campo oscuro de las lesiones ulcerosas de los genitales (Sífilis primaria)



- Pruebas de antígenos treponémicos: la más utilizada en nuestro país es la VDRL



- Pruebas de antígenos no treponémicos como la absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes.



Reservorio

Humano exclusivamente

Puerta de salida

Meato uretral e introito vaginal así como lesiones cutáneas. En la sífilis congénita el mucus de las fosas nasales es rico en treponemas.

Vía de transmisión

Fundamentalmente por contacto sexual aunque existe la vía transplacentaria.

Puerta de entrada

Meato uretral e introito vaginal. Menos frecuente por ano, boca, punturas para extraer sangre o transfusiones.

Huesped susceptible

Ser humano sano. La susceptibilidad es universal, pero sólo alrededor del 30 % de los contactos sexuales culminan en infección.

Periodo de incubación

Entre 10 días y 3 meses, pero más frecuente 3 semanas

Periodo de transmisibilidad

Cuando existe lesiones mucocutáneas húmedas de la sífilis primaria y secundaria. La transmisión es rara después del primer año. De madre a feto es más probable si ella está en la fase temprana.

Medidas de control fundamentales:

- o Diagnóstico de certeza por examen físico y métodos de laboratorio.

- o Notificación inmediata de todos los casos
- o No tener relaciones sexuales mientras no se complete el tratamiento y no desaparezcan las lesiones. Después de curado, abstenerse de mantener relaciones sexuales con los contactos anteriores que no hayan sido tratados para no reinfectarse.
- o Tratamiento específico con Penicilina de acción prolongada (Penicilina Benzatinica)
- o Educación sanitaria que incluya orientaciones acerca de las infecciones de transmisión sexual.
- o Historia epidemiológica dirigida a la investigación de contactos, sospechosos y asociados a quienes se les realiza examen clínico y estudios de laboratorio.
- o Actividades de promoción de salud para toda la población y los grupos de riesgo en relación con la educación sexual.

Recomendaciones al médico de atención primaria

- * Indicar y comprobar que se realicen la serología (VDRL) a todas las embarazadas en el primer y tercer trimestre del embarazo o cuando comience a atenderla.
- * Ante toda serología reactiva indicar tratamiento indicado y comprobará su cumplimiento según esquema establecido
- * Los pacientes con serología reactiva deben ser interconsultados con el Dermatólogo para su notificación y aplicación del tratamiento.

Vigilancia Epidemiológica

Realizar vigilancia epidemiológica de la sífilis e indicar serología VDRL a:

- Contactos sexuales, sospechosos y asociados detectados en la entrevista de los casos de sífilis.
- Personas especialmente expuestas, como enfermos de otras infecciones de transmisión sexual personas con conductas sexuales y sociales de alto riesgo.
- Embarazadas en el 1er trimestre y tercer trimestre del embarazo.
- Donantes de sangre
- Mujeres a quienes se les interrumpe el embarazo.

Seguimiento.

- o A los casos de sífilis reciente se le realizará VDRL a los 3, 6, 9 12, 18 y 24 meses y cada 3 meses durante dos años y a las personas con serología reactiva no concluidas como caso a los
- o 6, 12, 18 y 24 meses cada 6 meses por 2 años.
- o Interconsultar con el dermatólogo a todos los casos de serología reactiva y a los sospechosos de sífilis.
- o Asegurar la adecuada recogida de los resultados de exámenes de laboratorio indicado por él.

- o Realizar acciones educativas y de promoción de sexo seguro con énfasis en el uso el condón entre la población de riesgo de su consultorio.

Si desea recibir más información especializada sobre el tema, acuda al Centro Municipal de Higiene y Epidemiología de Morón, donde un personal calificado le brindará la ayuda necesaria.

Contactar con:

Mirella Sol Charles

Especialista primer grado en Gineco-obstetricia

Maceo Edif. 1 Apto 2. Morón.