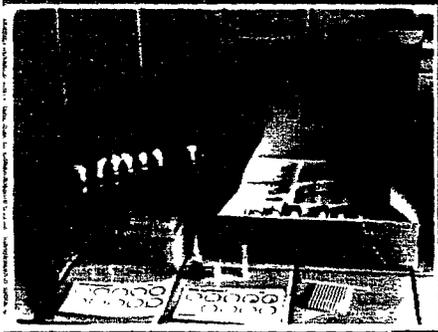
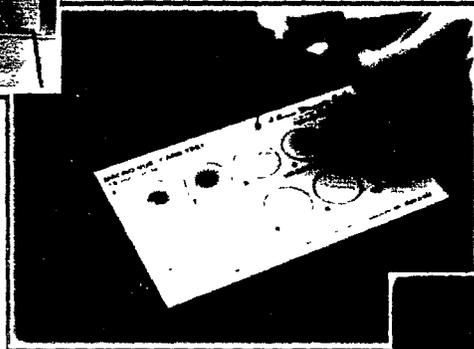


Prevención y Control de la Sífilis Materna y Congénita

Manual de capacitación para proveedores de servicios de salud en programas de atención a la mujer y el niño



RPR
en la primera visita
del Control Prenatal
y en el Parto



Treponema pallidum
Sífilis congénita: Cordón umbilical



**No más sífilis materna
y congénita**



**Módulos de
Capacitación**

**LA PAZ - BOLIVIA
1998**

BEST AVAILABLE COPY

Prevención y Control de la Sífilis Materna y Congénita

*Manual de capacitación para proveedores de servicios de
salud en programas de atención a la mujer y el niño*

Módulos de Capacitación

©  MotherCare™ - BOLIVIA 1998

Lisímaco Gutiérrez - Pasaje 490 N° 4 (Sopocachi)
Casilla N° 9288 - La Paz, Bolivia
Tel/Fax 591 2 430949 - 342509

Esta publicación es posible gracias a la Oficina de Salud de la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) bajo los términos de contrato N° HRN-5966-C-00-3038-00 y de John Snow, Inc. (JSI).

Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente los puntos de vista de USAID y JSI/MotherCare.

DEPOSITO LEGAL N° 4-1-1298-98

Impreso en:
Stampa Gráfica Digital
Tel/fax: 330605
Bernardo Trigo 447
La Paz - Bolivia

MotherCare Bolivia

Dr. Guillermo Seoane Flores, DIRECTOR
Lic. Katherina Capra
Lic. Verónica Kaune
Dr. Stanley Blanco
Dr. Miguel Ugalde
Dr. Juan Carlos Arraya
Lic. Liliana Medinaceli

Original en Inglés:

**TRAINING PACKAGE FOR PREVENTION AND CONTROL OF SYPHILIS
IN MATERNAL AND CHILD HEALTH PROGRAMS**

William E. Brady, Judith Heichelheim, MotherCare
Nancy Newton, PATH, August 1996

TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y EDICIÓN: Dr. Stanley Blanco, asesor en ETS- MotherCare Bolivia,
Noviembre 1998

ILUSTRACIÓN: Reynaldo Lima

VALIDACIÓN:

Servicio Nacional de ETS/SIDA: Dra. María Luisa Melgar

Instituto Nacional de Laboratorios de Salud - INLASA: Dr. Chistian Trigoso, Dra. Marisol Albarracín,
Biotec. Elizabeth Torrico

La Paz.

Dra. Rita Revollo - Responsable Programa SIDA, CCH
Dr. Rolando Gonzales - Pediatra Dirección Nacional de Salud para la Madre y el Niño
Lic. Fanny Cornejo - Gerente Técnico PROISS
Dr. Enrique Gil - Oficial de Salud OPS
Dra. Rose Mary Peñaranda - Neonatóloga - Hospital de la Mujer
Dra. Verónica Carpio - Residente - Hospital de la Mujer
Dr. Ramiro Pando - Presidente Soc. Boliviana de Obstetricia y Ginecología, Obstetra del Hospital de La
Mujer
Dr. Saúl Pantoja - UMSA - CNS
Dr. Raúl Arévalo - UMSA - CNS
Dr. Luis Hurtado - Soc. Pediatría
Dr. Renato Yucra - Salud Sexual y Reproductiva
Lic. Miriam Vargas - Salud Sexual y Reproductiva
Dr. Eduardo Negrón - SEDES LPZ

Cochabamba.

Consuelo Grigoriu Epidemióloga DIDES CBBA
Dr. Juan Saavedra Director Hospital Sacaba
Dr. Ramiro Rojas Presidente Soc. CBBA de Pediatría
Dr. Angel Maida Presidente Soc. CBBA de Obstetricia, Director Maternidad Germán Urquidi
Lic. Floyd Montañó Enf. Salud Sexual y Reproductiva Maternidad Germán Urquidi
Lic. Marcia Arandia de Ramos Jefe Enfermería DIDES CBBA

af

Dr. Jaime Guevara- Obstetra Maternidad Germán Urquidí
Dr. Humberto Siacara Director de Distrito de Capinota
Dr. Jimmy Montaña- Ginecólogo Obstetra DIDES CBBA
Dr. Rolando Iriarte Tames - Pediatra - Director Hospital Quillacollo

Santa Cruz.

Lic. Fanny Cornejo - Gerente Técnico PROISS
Dra. Ilse Marañón - Pediatra CS San Carlos
Dr. Carlos Álvarez - Médico General CS. San Carlos
Dr. Miguel Herrera - Pediatra DIDES
Aux. Enf. Ana María Morón - CS San Carlos
Aux. Enf. Delfy Solano - CS. San Carlos
Dr. Santos Camvilio - Obstetra CS DIDES Perpetuo Socorro

AUTORIDADES

Dr. Guillermo Cuentas Yañez
Ministro de Salud y Previsión Social

Dr. José Henicke B.
Viceministro de Salud

Dr. Oscar Landivar
Director General de Servicios

Dr. Marco Antonio Caviedes
Director Nacional Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos

Dr. Jaime Tellería
Director Nacional Unidad a las Personas

Dr. Fernando Nuñez
Coordinador Nacional Salud Sexual y Reproductiva

Dra. María Luisa Melgar
Responsable Nacional ETS/SIDA

CONTENIDO

	Pag
Lista de abreviaturas _____	7
Módulos de capacitación - guía del capacitador	
Módulo 1: Generalidades y Propósito de la Prevención y el Control de Sífilis _____	9
Módulo 2: La Sífilis en el Embarazo: El impacto en la Salud Pública _____	17
Módulo 3: La Prevención y Control de la Sífilis en Programas para la Madre y el Niño _____	25
Módulo 4: Diagnóstico y Tratamiento de la Sífilis en el Embarazo _____	39
Módulo 5: El Procedimiento de la Prueba de RPR en Tarjeta _____	51
Módulo 6: Promoviendo el Cambio de Actitudes _____	63
Módulo 7: Consejería a Mujeres Sero-positivas y sus Parejas _____	75
Módulo 8: Utilizando materiales de apoyo para la educación y la consejería _____	87
Referencias _____	97

LISTA DE ABREVIATURAS

SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
CPN	Control prenatal
PF	Planificación Familiar
SIS	Sistema de Información en Salud
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
IEC	Información, Educación y Comunicación
JSI	John Snow, Inc.
SMN	Salud de la Madre y el Niño
PATH	Program for Appropriate Technology in Health
RPR	Reagina Plasmática Rápida
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual
USAID	United States Agency for International Development
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

Manual de Capacitación

Módulo 1

GENERALIDADES Y PROPÓSITO DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA SÍFILIS

1. Aspectos Generales
2. Principios del Control de la Sífilis en Programas de Salud de la Madre y el Niño

1. ASPECTOS GENERALES

La Sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica que se desarrolla desde etapas agudas sintomáticas hasta condiciones crónicas si es que no es detectada y tratada. Es causada por la bacteria *Treponema pallidum*. La sífilis se transmite a través del contacto sexual no protegido con una pareja infectada y por una madre embarazada e infectada a su producto. Puede también ser transmitida por transfusión con sangre infectada. La sífilis congénita es la infección en el recién nacido producto de una madre portadora de sífilis que no ha recibido tratamiento. Congénito significa existente en el nacimiento y adquirido durante el proceso de gestación. Una infección fetal ocurre cuando una madre sero-positiva (VDRL o RPR¹ positiva) para sífilis transmite la infección al feto durante la gestación causando abortos espontáneos, mortinatos o prematuridad.

La Transmisión de la sífilis ocurre por:

- *Contacto sexual sin protección;*
- *De la madre al feto;*
- *Transfusión con sangre infectada*

Aunque se comprenden bien sus efectos sobre los adultos, los recién nacidos y en el feto, la sífilis continúa siendo un reto para la comunidad médica en todo el mundo. No obstante los avances tecnológicos ocurridos en los últimos 50 años en la terapia de la sífilis, con el descubrimiento de la penicilina y con las posibilidades de diagnóstico simple, rápido y de bajo costo, la sífilis continúa siendo la causa de problemas graves en la salud de los adultos infectados y a menudo resulta en la muerte de los fetos y recién nacidos infectados.

Desde la antigua descripción de la sífilis congénita por Mathiolus en 1536 (Diday, 1883), mucho se ha aprendido en la comunidad científica. Los descubrimientos diagnósticos como la prueba de Wassermann en 1906 seguida por la prueba no treponémica del VDRL, para la detección y la introducción de la penicilina en la década de los años 40, condujo al aumento de la esperanza, para importantes programas de la salud pública, de eliminar la sífilis. Aunque se ha alcanzado un impacto considerable sobre la sífilis en estos últimos años en comparación con el siglo pasado, el propósito de la eliminación de la sífilis todavía no ha sido alcanzado. En la realidad, en muchos sitios, la sífilis continúa como un problema de salud pública importante.

Durante el siglo pasado, las tendencias de la prevalencia de la sífilis han sido muy fluctuantes por muchas razones (muchas de ellas desconocidas). Por esas fluctuaciones, el interés en la sífilis y su relación con las prioridades de la salud pública también han sido variables. Aunque la tecnología para el diagnóstico y el tratamiento han evolucionado existen muchos problemas que

1 VDRL - Venereal Disease Research Laboratory RPR Reagina Plasmática Rápida: pruebas no treponémicas para la detección y screening de la sífilis

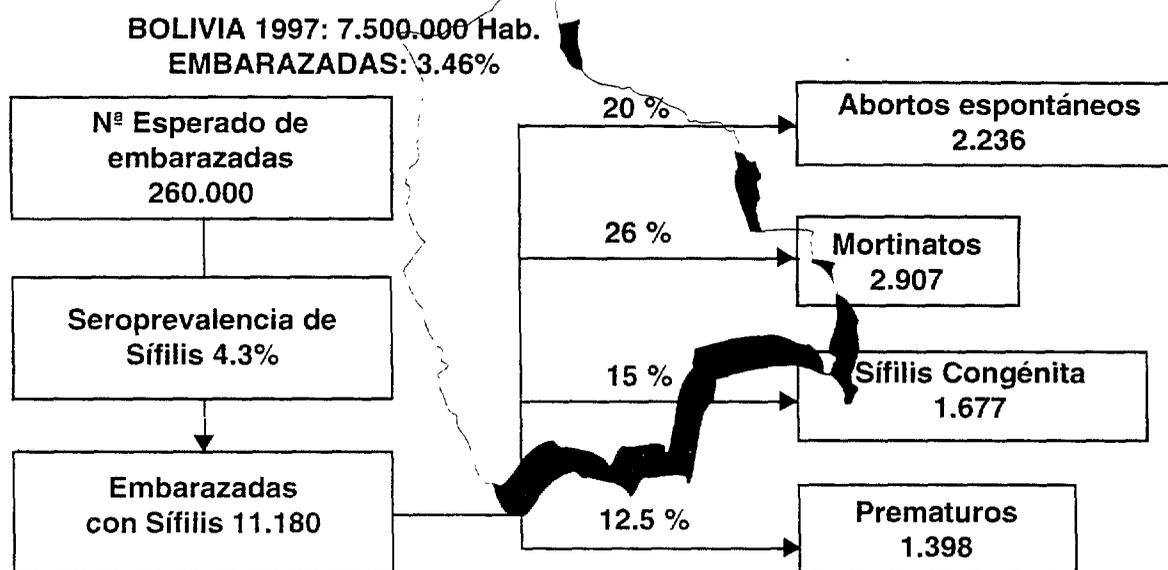
mantiene la demora en la eliminación de esta infección, se incluyen los siguientes:

- Estigmatización y « falta de aceptación social» de las enfermedades de transmisión sexual;
- La posición relativamente desigual de las mujeres dentro de las sociedades;
- El cambio en las prioridades de las políticas de la salud pública dando como resultado la pérdida del interés y voluntad;
- Capacitación inadecuada del personal para el manejo apropiado de esta enfermedad;
- Falta de compromiso para proveer la infraestructura y los recursos;
- Pérdida del interés de la comunidad científica para continuar con el estudio de la causa y el efecto de la sífilis;
- El medio ambiente social cambiante;
- Falta de accesibilidad a los servicios de atención de la salud.
- Falta de adecuación cultural de los servicios de salud;
- Falta de información y conocimiento sobre la sífilis
- Deficiente vigilancia epidemiológica y subregistro

La comunidad científica ha alcanzado grandes avances desde la descripción de la sífilis congénita en el siglo XVI. Ahora, la comunidad de la salud pública necesita utilizar la tecnología existente para desarrollar programas consistentes y costo-efectivos para controlar las consecuencias adversas de la sífilis sobre los fetos, los recién nacidos, las mujeres y sus parejas.

Desde la década de los 1970s, las tendencias de la incidencia de la sífilis congénita ha reflejado muy de cerca la incidencia de la sífilis primaria y secundaria en las mujeres. Esta correlación indica que la mayoría de los casos de sífilis congénita son el resultado del fracaso en la detección y/o del tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas y en sus parejas. La infección congénita es muy rara después de que las madres han sido tratadas oportunamente, durante el primer trimestre del embarazo con el tratamiento recomendado.

El diagrama siguiente proporciona el escenario representativo del resultado del embarazo debido a la sífilis: (Modelo derivado de Hira et al., 1990 y adaptado para Bolivia 1996)



En aproximadamente dos tercios de los embarazos en mujeres con sífilis temprana no tratada, el feto o el recién nacido estará infectado, tales embarazos tendrán un resultado adverso, siendo casi un tercio de ellos mortinatos²; 20 % abortos espontáneos; 15 % alcanzarán el embarazo a término y serán recién nacidos con infección congénita; y 12.5% serán recién nacidos prematuros³.

El interés en el control y prevención de la sífilis ha sido recuperado en esta era donde el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un problema importante. Puesto que la sífilis es una de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) que generalmente se presenta con una úlcera genital y como este tipo de lesiones facilita la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana -VIH- es importante reconocer su asociación. Sin embargo, en sitios donde la sífilis es una enfermedad común, su consecuente morbilidad y mortalidad son muy significativas y la importancia en la provisión de prevención y control efectivos en el embarazo deben constituir una prioridad.

2. PRINCIPIOS DEL CONTROL DE LA SIFILIS EN PROGRAMAS DE SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO

Los pilares fundamentales para el control de la sífilis en los programas de salud materno-infantil son: la detección en las mujeres embarazadas y el tratamiento adecuado de las mujeres embarazadas y de sus parejas sexuales. La detección y el tratamiento de la sífilis durante el embarazo previenen los embarazos con resultados patológicos y es una intervención costo-efectiva.

Todas las mujeres embarazadas que llegan a su control prenatal (CPN) en el servicio de salud tienen que ser examinadas para sífilis en su primera visita. En muchos países esto se realiza con una muestra de sangre de la embarazada que es enviada al laboratorio central donde se realiza el examen para sífilis con la prueba no-treponémica de detección ya sea Reagina Plasmática Rápida (RPR) o prueba de VDRL. Este programa así establecido no ha sido efectivo en muchas situaciones puesto que se solicita que la embarazada regrese al servicio de salud para recibir los resultados y cuando requiere tratamiento es derivada a otro centro especializado. En estas situaciones, se pierden muchas oportunidades de dar tratamiento a las mujeres infectadas. A menudo los laboratorios toman días y aún semanas para enviar los resultados, y con frecuencia los resultados nunca llegan a ser conocidos por el proveedor quien indicó las pruebas. También con frecuencia las mujeres no regresan con sus resultados y por lo tanto nunca se realiza la referencia para el tratamiento. Este tipo de programa ocasiona que muchas mujeres infectadas no sean tratadas siendo los resultados adversos tanto para las madres como para sus productos.

2 Mortinato. Nacido muerto.

3 Recién Nacido Prematuro. Recien nacido de menos de 37 semanas de gestación

Programas descentralizados, tales como los de Kenya y Zambia, los cuales llevan a cabo la detección de la sífilis en el control prenatal han incrementado notablemente el número de mujeres en quienes se ha detectado y se ha tratado la enfermedad en una misma visita de su control prenatal (Jenniskens et al., 1995 y Hira et al., 1990).

La prevención y el control de la sífilis en el embarazo se basan en los siguientes principios:

- Comprensión del impacto en la salud pública de la sífilis en el adulto, en el recién nacido y en el feto.
- Promoción de la asistencia al control prenatal temprano (primer trimestre).
- Detección de todas las embarazadas durante su primera visita mediante un examen de sangre rápido (la detección debería realizarse en el consultorio del control prenatal y podría ser realizado por cualquier trabajador en el servicio de salud; los resultados de la prueba deberán estar disponibles antes de que la embarazada abandone el servicio de control prenatal).
- La consejería a la mujer infectada sobre formas de prevenir la reinfección durante su embarazo, formas de mantener relaciones sexuales seguras y protegidas, el tratamiento tanto para ella como para su pareja (incluyendo otras ETS y VIH/SIDA).
- Tratamiento de la embarazada sero-positiva (VDRL o RPR positivo) antes de que abandone el servicio de control prenatal y en la primera visita.
- Tratamiento y consejería a la pareja sexual de la embarazada seropositiva.
- Abstinencia sexual durante la fase de tratamiento por lo menos durante siete días (o uso del condón si no hay opción de abstinencia).
- Repetir la prueba de detección hacia la semana 28 del embarazo, en caso de que la primera prueba fue sero-negativa en la primera visita.
- Seguimiento de la consejería y re-educación hacia la semana 28 del embarazo, en caso de que la primera prueba fue sero-positiva en la primera visita.
- Identificación y tratamiento de los recién nacidos con la infección congénita, con signos y/o con evidencia clínica de sífilis o con antecedentes de sífilis (por ej. Prueba de RPR positiva en la madre) que no ha sido adecuadamente tratada.
- Informe y notificación de los casos a las autoridades de salud pública (sistema de vigilancia).

La mayoría de los sistemas de atención de la salud en países en desarrollo están organizados de acuerdo a la pirámide de la salud, con un hospital general de referencia en la cúspide, hospitales de distrito, centros de atención primaria de la salud (centros de salud y puestos de salud) en el medio, y la comunidad que es atendida por estos servicios de salud en la base.

Los programas de control de la sífilis requieren ser integrados en todos los niveles de atención del país. Generalmente las políticas son elaboradas en el nivel de los ministerios. Los niveles regionales y de distritos tienen tanto un papel en la implementación como en la supervisión. La coordinación con los programas de control de ETS/SIDA y de salud de la madre y el niño y salud reproductiva (SMI/SR) requiere ser estricta en todos los niveles. Un pre-requisito para el control de la sífilis es el establecimiento de una estructura especializada para la capacitación y para la supervisión en los diferentes niveles. Sin supervisión no es posible mantener la calidad de

la atención en los servicios de salud ni de mantener un programa de esta naturaleza con éxito en los servicios de salud. Una información adicional sobre la capacitación y supervisión puede encontrarse en Normas para la Prevención y Control de la Sífilis en programas de salud para la madre y el niño. OPS/OMS 1991.

Para mayor información sobre los componentes esenciales en la prevención y control de la sífilis en programas para la madre y el niño vea el Módulo 3 de este manual.

RESUMEN MODULO 1

- 1) La sífilis es una enfermedad sistémica, infecciosa que se presenta desde estadios agudos sintomáticos y evoluciona hacia estados crónicos si es que no se la detecta y no se realiza tratamiento. Es causada por la bacteria *Treponema pallidum*. La sífilis congénita es la infección que ocurre en el recién nacido de una madre con sífilis no tratada. Una infección fetal ocurre cuando una madre sero-positiva transmite la infección a su feto en el útero ocasionando aborto espontáneo, mortinato o prematuridad.
- 2) La Sífilis es principalmente transmitida por el contacto sexual no protegido con una pareja infectada, de la madre al feto y por transfusión con sangre infectada.
- 3) La prevención y el control de la sífilis en programas de salud para la madre y el niño se basan en:
 - La promoción del acceso al control prenatal temprano (primer trimestre)
 - Detección en todas las embarazadas con una prueba sanguínea rápida
 - Consejería destinada a la madre sobre la prevención y el tratamiento
 - Detección y tratamiento inmediato y en la misma visita a las mujeres embarazadas sero-positivas
 - Tratamiento a la pareja sexual
 - Una segunda prueba de detección hacia la semana 28 del embarazo o en el momento del parto si la primera prueba fue negativa
 - Seguimiento en la consejería y educación hacia la semana 28 si la primera prueba fue positiva
 - Identificación y tratamiento de los recién nacidos con la infección congénita.
- 4) Los resultados patológicos y adversos en el embarazo son prevenibles.
- 5) La infección en el recién nacido es prevenible

Módulo 2

LA SÍFILIS EN EL EMBARAZO: EL IMPACTO EN LA SALUD PUBLICA

1. Magnitud del problema
2. Impacto de la sífilis en el embarazo

1. SÍFILIS, MAGNITUD DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en todo el mundo por lo menos 315 millones de casos nuevos de ETS ocurren anualmente en adultos entre 15 - 49 años de edad. De estos, 15 millones corresponden a casos de sífilis primaria y secundaria (vea Módulo 4 para las definiciones sobre las etapas de la sífilis).

Las tasas específicas de sífilis en los países en mujeres que acceden al control prenatal se sitúan en el rango desde 0.03 por ciento en el Reino Unido hasta el 22 por ciento en Fiji. Estos resultados provienen de estudios transversales («estudios de estimación rápida») institucionales. Puesto que tasas poblacionales no están disponibles en ninguna parte. Las tasas de sífilis congénita, en la mayoría de los países, son en general desconocidas, pero se puede obtener tasas aproximadas por la estimación de la prevalencia de sífilis primaria y secundaria en las mujeres embarazadas.

La sífilis no tratada en embarazadas podría tener consecuencias graves en el embarazo. Cada mujer embarazada con sífilis reciente que no haya recibido tratamiento tiene la posibilidad en un 66 por ciento que su embarazo tendrá como resultado un aborto espontáneo (fracaso), un mortinato, infección congénita o un recién nacido prematuro.

BOLIVIA: ESTUDIO DE CASO

Un ejemplo de la posible magnitud de resultados adversos durante el embarazo se demuestra en el escenario de la población de Bolivia (MotherCare, Estudio de Seroprevalencia de Sífilis, 1996-1997)

Con una población de aproximadamente 7 millones y medio y una tasa de natalidad de 35 por mil, nacen cada año 260.000 niños. Suponiendo que la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas en el país es 4.3 por ciento (dato de la investigación hospitalaria de sífilis), el número de mujeres embarazadas con sífilis sería de 11.180. Por lo tanto como dos de tres de estos embarazos pueden tener consecuencias adversas por la infección, el número de los recién nacidos infectados con sífilis y el número de muertes perinatales que pueden ser prevenidas y evitadas serían 7.453.

La siguiente tabla, basada en documentos recientes del grupo de trabajo de la OMS en Sífilis Congénita, muestra las tasas de sífilis informadas en la población que accede a los servicios de maternidad.

Tabla 2.1 Porcentaje de pruebas de VDRL/RPR positivas en servicios de maternidad

País	VDRL/RPR (%)	Source
Australia	0.3	Billingham
Bolivia	4.3	MotherCare. CDC
Brasil	16.0	Azulay et al.
Chile	3.4	Grinspun et al.
Etiopía	17.6	WHO
	10.9	Friedmann et al.
Fiji	22.0	Cyaneshwar et al.
Gambia	15.0	WHO
India	3.4	WHO
	1.4	Nair et al.
Kenya	4.7	Temmerman et al.
Malasia	3.3	WHO
	2.0	Jagathesan et al.
Polonia	0.27	Zoionz et al.
Rwanda	4.4	WHO
	1.2	Meheus et al.
Saudi Arabia	1.1	WHO
Sud Africa	20.8	WHO
Swazilandia	10	WHO
Reino Unido	0.03	Schofield
Zimbabwe	0.5	WHO

Source: WHO Informal Task Force on Congenital Syphilis, 1993-1997

2. IMPACTO DE LA SÍFILIS EN EL EMBARAZO

Como se dijo antes, la sífilis no tratada en las mujeres embarazadas tiene consecuencias que pueden ser muy graves sobre el embarazo. Este impacto ha sido estudiado en varios países en el mundo y se resume en la tabla siguiente:

Tabla 2.2 Porcentaje de embarazadas con sífilis temprana y con resultados adversos

DIAGNOSTICO	MORTALIDAD FETAL (mortinatos)	BAJO PESO (prematurez)	INFECCION CONGENITA/ PERINATAL
Sífilis Temprana	20-25%	15-55%	40-70%

Fuente: Adaptado de Wasserheit et al. «Advances in host defense mechanisms». Immunopatogénesis de las ETS, Volumen 8, 1992.

- De acuerdo con la OMS, las tasas de sífilis en las embarazadas, en diferentes partes del mundo se hallan en un rango entre 0.03 por ciento hasta 22 por ciento. En general, la información en muchos países en desarrollo es muy limitada como para precisar estas tasas.
- Dos tercios de los embarazos de mujeres con sífilis no detectada ni tratada darán resultados adversos. (Hira et al., 1990).
- Los efectos más significativos sobre los recién nacidos ocurren temprano en el embarazo. Los efectos adversos sobre el embarazo, en la mayoría de las embarazadas no tratadas ocurren durante el primer y segundo trimestre del embarazo (Hira et al., 1990).
- La sífilis durante el embarazo produce recién nacidos con bajo peso quienes son más susceptibles a tener problemas médicos, muestran un desarrollo pobre y altas tasas de mortalidad infantil (McDermott et al., 1993).
- La sífilis puede ser contagiada en cualquier etapa del embarazo. Una mujer puede reinfectarse durante su tratamiento si es que no se trata a la pareja sexual (US Centers for Disease Control, 1993).
- Las investigaciones realizadas en todo el mundo sugieren que el diez por ciento de todas las embarazadas acuden al control prenatal durante las primeras 16 semanas de su embarazo, tiempo en el cual la prevención y el control de la infección fetal es más efectiva.

La información de la OMS y otros estudios muestran datos específicos sobre las consecuencias de la sífilis en el embarazo:

Zambia

- 18 por ciento de los abortos son atribuidos de la sífilis
- 43 por ciento de las mujeres cuyo producto fue un mortinato tuvieron pruebas positivas para la sífilis
- La sífilis en el embarazo fue el mayor factor de riesgo asociado con 30% del total de la mortalidad perinatal.

Bolivia

- 26 por ciento de las mujeres cuyo producto fue un mortinato tuvieron pruebas positivas para la sífilis
- 15 por ciento de los recién nacidos de madres con pruebas positivas para la sífilis están infectados y tienen la sífilis congénita. (MotherCare, US CDC 1997)

Etiopía

- Las mujeres embarazadas con pruebas positivas para la sífilis mostraron una probabilidad de cinco veces más de tener un aborto o un mortinato que las mujeres embarazadas con pruebas negativas.
- La sífilis es la cuarta causa más común de muerte perinatal.

Zimbabwe

- De 19 mujeres con productos mortinatos 12 tuvieron sífilis.

Swazilandia

- La mortalidad perinatal debida a la sífilis está estimada en 35 por 1000 nacidos vivos. Se constituye en más de la mitad de la tasa de mortalidad perinatal la cual alcanza a 53 por 1000.
- El riesgo de prematurez es 12 veces mayor para las mujeres con sífilis no tratada en el embarazo

Malawi

- El riesgo de un producto mortinato es 11 veces mayor entre las mujeres embarazadas seropositivas.
- La mortalidad perinatal es 8 veces mas alta para las mujeres embarazadas e infectadas con sífilis.
- La posibilidad de muerte infantil entre las mujeres con sífilis activa fue tres veces mayor que para las mujeres con sífilis (McDermott et al., 1993).

RESUMEN MÓDULO 2

- 1) El problema de la sífilis congénita es muy significativo en todo el mundo. Cada mujer embarazada con sífilis temprana y que no ha recibido tratamiento tiene la probabilidad de hasta el 66 por ciento (dos de cada tres) de que su embarazo resulte en aborto espontáneo mortinato, infección por sífilis congénita o un recién nacido prematuro.

Módulo 3

LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA SÍFILIS EN PROGRAMAS DE SALUD PARA LA MADRE Y EL NIÑO

1. Componentes de los programas de control de enfermedades
2. Componentes de la Prevención y Control de la Sífilis en programas de salud para la madre y el niño
3. Importancia de la notificación a las parejas
4. Importancia de los registros de información
5. Seguimiento del Programa: Eficacia y Calidad de Atención

1. COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE ENFERMEDADES

Los programas de control de enfermedades buscan erradicar o limitar a un nivel aceptable la carga de la enfermedad y su impacto sobre la comunidad. Son tres las categorías de la prevención en los programas de control de enfermedades: Prevención Primaria, Prevención Secundaria y Prevención Terciaria

Prevención Primaria se dirige a disminuir la enfermedad por medio de la promoción de prácticas y actitudes saludables, las cuales a cambio disminuyen el riesgo individual de contagio o transmisión de una enfermedad específica.

Prevención Secundaria dirigida a la detección temprana de las infecciones en la persona y al tratamiento precoz y oportuno para evitar el desarrollo de complicaciones y de mayor transmisión de la infección a otras personas.

Prevención Terciaria dirigida al manejo efectivo de cualquier complicación ocasionada por una enfermedad específica la cual no fue detectada ni tratada en forma temprana. El tratamiento de la sífilis terciaria puede reducir las probabilidades de muerte temprana. Durante este estadio de la enfermedad, generalmente las intervenciones son las más costosas.

OBJETIVOS Y PROPÓSITOS DE LARGO PLAZO EN EL CONTROL DE LA SÍFILIS

A continuación se describen los propósitos y los objetivos de largo plazo en el control de la sífilis en relación a la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Prevención Primaria - Disminuir la transmisión de la sífilis mediante:

- Implementación de una estrategia comunicacional en los servicios de salud y en la comunidad incluyendo campañas de educación comunitaria y consejería para reconocer los síntomas y acudir al servicio de salud lo más tempranamente posible
- Disminuir la exposición a la enfermedad mediante el cambio de actitud por el reconocimiento de la probabilidad de infectar a otras parejas sexuales
- Incremento del uso del condón
- Tratamiento y consejería para las parejas sexuales evitando la reinfección y promoviendo la reducción del riesgo

Prevención secundaria Detección temprana y tratamiento de las personas infectadas evitando las complicaciones que podría causar la sífilis por medio de:

- Detección en todas las embarazadas que acuden al control prenatal, lo más temprano posible y por lo menos una vez durante su embarazo
- Dar tratamiento a aquellas mujeres con pruebas positivas lo más temprano posible y con las medicinas apropiadas.
- Identificar y tratar a todos los recién nacidos con evidencias clínicas de sífilis o con antecedentes maternos de sífilis (prueba de RPR positiva durante el embarazo) o cuando la madre no haya recibido un tratamiento adecuado.
- Implementación de una estrategia comunicacional en los servicios de salud incluyendo a la consejería para prevenir la reinfección por medio de campañas comunitarias de salud referidas a reconocer los síntomas de la sífilis y promover la prevención.
- Promover la notificación de la pareja sexual, realizar el tratamiento y dar consejería.

Es importante tomar nota de que tanto la detección temprana como el manejo y tratamiento de la sífilis materna se incluyen también en la prevención primaria.

Prevención Terciaria manejo y tratamiento de la sífilis y sus complicaciones, por medio de:

- Manejo de cada caso individual de anomalía congénita y/o prematuridad, con lo cual se disminuyan las posibilidades de mortalidad infantil.

2. COMPONENTES DE LA PREVENCIÓN DE LA SÍFILIS EN PROGRAMAS DE SALUD PARA LA MADRE Y EL NIÑO

Propósitos

La primera actividad en cualquier programa de salud es la de establecer los propósitos. En el caso del control de la sífilis en programas de salud para la madre y el niño, los propósitos incluirían:

1. Reducción de la transmisión sexual de la sífilis (prevención primaria - uso del condón - reconocimiento de la probabilidad de infectar a otra pareja sexual).
2. Eliminar la transmisión de la enfermedad de las madres a sus fetos (prevención secundaria - detección temprana en el embarazo antes que la infección se transmita al feto).
3. Reducir la mortalidad y la morbilidad debida a la sífilis en los recién nacidos (prevención secundaria y terciaria - tratamiento temprano y oportuno de los casos de sífilis congénita).

Componentes

Un programa efectivo para la prevención y control de la sífilis en el embarazo incluye:

- Promoción para el incremento de la cobertura del control prenatal temprano
- Detección y diagnóstico en todas las embarazadas y tratamiento precoz y oportuno de aquellas con pruebas sero-positivas.
- Notificación y tratamiento a las parejas sexuales de las embarazadas con sífilis y seguimiento en la comunidad para asegurar el cumplimiento.
- Consejería a las mujeres y sus parejas para prevenir la reinfección.
- Establecimiento y adecuado manejo de un registro clínico con la información sobre la detección de los pacientes, el tratamiento y seguimiento de las parejas sexuales y los informes correspondientes a las autoridades del sistema de salud
- Motivación de alerta y provisión de educación sobre la prevención y la transmisión de la sífilis en la comunidad.

Actividades en los servicios de salud y en la comunidad

Puesto que tanto las actividades de los servicios de salud como las comunitarias son importantes para la prevención y el control efectivos de la sífilis, éstas debe complementarse entre sí y deben incluir lo siguiente:

- El establecimiento de un sistema de información en salud para el registro de los datos sobre sífilis y de análisis de la información para la toma de decisiones.
- La implementación de un sistema logístico adecuado y sostenible para la adquisición, almacenaje y distribución, de insumos de laboratorio, medicinas, equipo y reabastecimiento continuo
- Desarrollo de una estructura de monitoreo y supervisión apropiada al programa que facilite el proceso.

ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE SALUD	ACTIVIDADES COMUNITARIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Promover el incremento de las visitas de control prenatal a través de la consejería individual • Realizar la detección y diagnóstico tempranos en todas las embarazadas y dar el tratamiento a todas aquellas con serología positiva. • Dar consejería a la mujer embarazada y registrar los antecedentes de la pareja • Notificar a la pareja sexual de la embarazada sero-positiva y realizar el seguimiento correspondiente asegurando el cumplimiento del tratamiento. • Extremar los esfuerzos para encontrar y seguir a la pareja sexual de las embarazadas sero-positivas, y promover la propia decisión de obtener el tratamiento. • Coordinar y cooperar con otros servicios de salud, donde los hombres buscan la atención para resolver este tipo de problemas. • Mantener un registro preciso de la detección, tratamiento, notificación y tratamiento de la pareja y reporte de casos. • Dar a conocer y educar sobre cómo prevenir la sífilis y otras ETS incluyendo el VIH; asegurar la disponibilidad de condones. • Establecer e implementar un sistema logístico para el abastecimiento de insumos y equipo. • Asegurar la supervisión adecuada del personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el control prenatal temprano • Dar a conocer la importancia de la detección, el diagnóstico y el tratamiento en los servicios de control prenatal • Consejería para la mujer embarazada y su pareja. • Promover la prevención de la sífilis en la población masculina • Informar a la comunidad sobre los logros en relación a la disminución de la prevalencia y la mejora en los resultados del embarazo. • Crear conciencia y proveer educación a la comunidad sobre la prevención de la sífilis y otras ETS incluyendo el VIH. • Hacer que el sistema formal de salud esté más cerca de la comunidad • Establecer los enlaces entre los trabajadores de salud comunitaria, la comunidad y los trabajadores de los servicios de salud

3. IMPORTANCIA DE LA NOTIFICACIÓN A LAS PAREJAS

Un paso esencial en la interrupción del ciclo de la transmisión de la sífilis es la notificación y el tratamiento a las parejas sexuales de las embarazadas con pruebas serológicas positivas (por ejemplo en la prevención de la reinfección). De lejos, ésta es la parte más difícil y crítica del programa. Desafortunadamente existen pocos ejemplos exitosos de programas que hayan manejado con efectividad a las parejas sexuales de las mujeres infectadas.

La importancia de la notificación y el tratamiento debe ser enfatizada cuando:

- Los proveedores en salud dan consejería a las mujeres seropositivas para la sífilis
- Dan a conocer y educan sobre la prevención y transmisión de la sífilis, tanto en el servicio de salud como en la comunidad (es también oportunidad para difundir otros mensajes de prevención de la salud)
- Dan a conocer y educan sobre el impacto de la sífilis no tratada sobre el embarazo (Son también oportunidades para difundir otros mensajes de prevención de la salud)

Barreras potenciales para la notificación de las parejas

Aún en el mejor programa para la notificación de las parejas sexuales, se encuentran obstáculos que limitan la efectividad del programa. Estos obstáculos o barreras son las circunstancias que dificultan el logro de los objetivos. Al reconocer las barreras en situaciones específicas, los proveedores de salud pueden planificar la estrategia tratando de minimizarlas o evitarlas. Algunas barreras para la notificación efectiva de las parejas y su tratamiento incluyen:

- La exclusión tradicional de los hombres del sistema de atención primaria de la salud — los hombres se sienten incómodos en el servicio de salud y los proveedores incómodos al tener que atenderlos.
- La búsqueda de curanderos tradicionales, farmacias, o el sector privado para obtener atención para las ETS y acudir al servicio de salud sólo cuando la enfermedad es grave.
- Vergüenza o prejuicios sociales, a menudo relacionadas con la misma ETS, especialmente entre las mujeres
- Los síntomas típicos, no dolorosos y «pasajeros» de la sífilis que hacen que los adultos rara vez soliciten atención
- Falta de reconocimiento de los síntomas por la naturaleza frecuentemente asintomática de la infección.
- La situación social y económica de la mujer — puesto que casi siempre la mujer carece de autoridad o poder en la familia, y por temor a las posibles consecuencias (violencia intrafamiliar o abandono) de discutir sobre una infección por ETS con su pareja y pedirle que se haga el tratamiento o que utilice un condón.

- La culpa o cargo de conciencia por haberse contagiado con sífilis, lo cual conduce a la falta de notificación de la pareja.
- La actitud insensible, de reproche o castigo de algunos proveedores de salud con enfermos con alguna ETS y con sus parejas.
- El rechazo de la pareja sexual para aceptar su responsabilidad con respecto a la enfermedad ya sea por culpa o incredulidad de portar la enfermedad.
- La frecuente migración o relocalización tanto de enfermos con ETS como de sus parejas sexuales
- El rechazo de las embarazadas seropositivas de identificar a su(s) parejas sexuales o el ocultar su «red de contactos sexuales» debido al temor de la falta de confidencialidad
- Falta de privacidad en el mismo servicio de salud
- El sistema inadecuado para la identificación de parejas sexuales y para la provisión de servicios de salud adecuados.
- Falta de tiempo o motivación del personal de los servicios de salud para llegar a la comunidad y extremar esfuerzos en la notificación y búsqueda de las parejas sexuales de las embarazadas.
- Mala relación del servicio de salud con la comunidad para conducir el seguimiento efectivo
- Direcciones equivocadas o no registradas en las historias clínicas.
- Tardanza entre la detección, diagnóstico y tratamiento en las embarazadas.
- Rechazo completo al tratamiento.

A pesar de estos obstáculos y barreras, la referencia de parejas sexuales debe ser considerado como un programa de alta prioridad en su diseño e implementación. El reconocimiento de estas barreras permite a los proveedores de salud realizar una planificación con métodos más efectivos para tratar a las embarazadas seropositivas y a sus parejas.

Vea también el Módulo 7 (Estrategias para la notificación de las parejas) que incluye la información sobre las estrategias o técnicas para la notificación de las parejas.

4. IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS DE LA INFORMACIÓN

El registro adecuado de los datos es una parte esencial de un programa de prevención y control de la sífilis. El registro de la información y su análisis en forma sistemática permite medir el éxito del programa o los problemas en el proceso y es esencial para la evaluación del programa.

Son dos tipos de datos que contribuyen a una mejor comprensión de la situación:

- **Datos cuantitativos** Los métodos cuantitativos registran los datos sobre «cuántos casos o procedimientos» y permite comparar dos mediciones. Estos datos pueden ser registrados por medio de investigaciones que determinan el número de atenciones en el servicio de salud, la cantidad de pruebas de sangre realizadas, cantidad de pruebas positivas, etc. En un programa de prevención y control, mediciones cuantitativas son utilizadas para las actividades de vigilancia para monitorear el progreso del programa y para evaluar la efectividad del programa.
- **Datos cualitativos:** Los métodos cualitativos son útiles cuando se necesitan establecer las razones de un evento, de un comportamiento o de alguna tendencia. Ayudan a responder a la pregunta ¿porqué? Estos datos provienen de observaciones, entrevistas personales y discusiones de grupos focales. La información cualitativa tiende a ser subjetiva puesto que se basa en observaciones o en la creencia de las personas individuales o de grupos pequeños, pero son importantes para el diseño de los programas.

Sea cual fuere el método y la forma del registro de la información, su síntesis y análisis adecuados proporcionan:

- Una herramienta para monitorear y mejorar el programa
- Una visión precisa de la situación durante un determinado periodo de tiempo
- Una estimación de la efectividad del programa
- Una base para los niveles de decisión y de formulación de las políticas de salud para justificar los cambios en esas políticas.
- Un indicador sobre la magnitud del problema que ocurre en una situación determinada
- Una medida de la tendencia del problema en particular, base para su perspectiva histórica.

Registro de la información

La información generada y registrada en un servicio de salud proporciona la herramienta para determinar por medio de los datos el trabajo del servicio de salud con respecto a los problemas de salud de la comunidad y de los pacientes individuales.

Los registros también son una herramienta administrativa para medir e inventariar las necesidades del servicio de salud (por ejemplo, insumos, equipo y medicamentos). Los registros

pueden ser utilizados para dirigir el funcionamiento diario del servicio de salud, y también dirigir a quienes toman las decisiones y monitorean el progreso del programa para alcanzar los objetivos. Los registros deben ser precisos, accesibles y útiles. En otras palabras, deben ser confiables, correctamente anotados y adaptados a las necesidades locales.

¿Cómo debe registrarse y monitorearse la información en los servicios de salud? Existe variedad de metodologías para recolectar la información. Sin embargo, deben tomarse en cuenta algunos indicadores que requieren ser incluidos para monitorear no sólo la cantidad del servicio, sino la calidad. En el contexto de los programas dirigidos a la madre y el niño, la cobertura (o cantidad) se calcula fácilmente sumando las columnas correspondientes de los registros clínicos según el diagnóstico o el tratamiento y el total de controles prenatales realizados. Sin embargo, la calidad del sistema no siempre es lo suficientemente evaluado. En un servicio de salud para el control prenatal, un sistema adecuado de registro de la información debe incluir el Registro del Control Prenatal y un registro individual familiar para cada paciente donde se obtengan los indicadores necesarios para un sistema de vigilancia.

Un sistema mínimo de registro debería incluir:

Registro del Control Prenatal:

Edad, dirección (lo más precisa posible) número de la visita, problemas actuales, diagnóstico (incluyendo el resultado de la prueba) y la conducta o tratamiento (por ej., el tratamiento realizado, la consejería realizada, la notificación de la pareja)

Registro Individual Familiar:

Número de visita, el resultado de la prueba, el tratamiento realizado, la tarjeta de notificación a la pareja.

Sistema de Información de la Salud:

La incidencia y la prevalencia de la sífilis en el embarazo, el porcentaje de embarazadas que acuden al control prenatal, el porcentaje de embarazadas que acuden a su control antes de las 16 semanas de gestación, porcentaje de parejas sexuales tratadas. (Estos son indicadores del programa)

La información es obtenida y permanentemente registrada por medio de varios mecanismos:

- Registros hospitalarios
- Historias clínicas individuales
- Formularios nacionales de vigilancia - de laboratorio y de tratamiento
- Cuestionarios específicos estructurados
- Bases de datos relacionales
- Estudios especiales, etnográficos o discusiones de grupos focales

5. SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA: DESEMPEÑO Y CALIDAD DE ATENCION

Existen muchas formas de definir la calidad de atención en salud. Generalmente consiste en evaluar el desempeño en relación con estándares establecidos e intervenciones que son seguras y baratas y que tienen un impacto sobre la morbilidad y letalidad en una población específica. Otras definiciones podrían no tomar en cuenta la competencia de los proveedores de salud ni el costo, para evaluar el manejo de la infraestructura y las perspectivas de los pacientes o de la comunidad.

Los objetivos son los propósitos ejecutables y medibles que son establecidos en un programa y determinan lo que se espera que el programa logre y el alcance del mismo. El cumplimiento de los objetivos propuestos por un programa demuestra que éste ha tenido éxito.

Indicadores son utilizados para medir si el programa ha logrado sus objetivos. (Por ejemplo, indican los niveles de desempeño de las actividades del programa).

La prevención de la sífilis en los programas de salud para la madre y el niño

Objetivos:

- Incrementar el porcentaje de mujeres que acuden al control prenatal temprano
- Incrementar el porcentaje de mujeres que son detectadas para la sífilis
- Tratar en forma adecuada y oportuna a todas las embarazadas seroreactivas
- Incrementar el porcentaje de parejas sexuales, notificadas, contactadas y tratadas

Indicadores:

- Porcentaje de mujeres embarazadas de menos de 20 semanas de gestación que acuden al control prenatal por primera vez
- Porcentaje de embarazadas con pruebas para la sífilis
- Porcentaje de embarazadas seropositivas con tratamiento adecuado para la sífilis.
- Porcentaje de parejas sexuales de embarazadas seropositivas adecuadamente tratadas

Calidad de Atención

Para estimar la situación o calidad de atención en relación con el control de la sífilis nos debemos preguntar lo siguiente:

- ¿Vienen todas las embarazadas a su control prenatal? ¿Porqué vienen o porqué no vienen? Cuál es la cobertura del control prenatal?
- ¿Cuando o a qué edad gestacional acuden las embarazadas a su primer control prenatal? ¿Cuándo piensan ellas que deberían ir al control?
- ¿Se está realizando la detección para la sífilis a todas las embarazadas? ¿A cuantas o a que proporción de las embarazadas?
- ¿Son tratadas todas aquellas con resultados sero-positivos? Son tratadas correctamente? ¿De lo contrario porqué?
- ¿Se realiza otra prueba en el momento del parto? ¿Se realiza un examen clínico adecuado? ¿Se da consejería?
- ¿Se realiza otra prueba de detección a las 28 semanas o en el momento del parto?
- ¿Fueron notificados los esposos o todas las parejas de las embarazadas seropositivas? ¿Fueron todos tratados adecuadamente? ¿De lo contrario, porqué?
- ¿Existe la cantidad de medicinas y de reactivos en cantidad suficiente para el diagnóstico y tratamiento en el servicio de salud?
- ¿Cuál es el nivel de preocupación, motivación y conocimiento de la sífilis en los proveedores de salud?
- En los servicios de salud, ¿se satisfacen las necesidades de las embarazadas con sífilis, de sus parejas y de la comunidad? ¿Con cuánta efectividad?
- ¿Qué debe cambiarse en el servicio de salud para mejorar los servicios?
- ¿Quién debe realizar tales cambios?
- ¿Qué recursos adicionales se requieren para mejorar los servicios?

El *Módulo 5* de este manual contiene la información sobre la precisión en los procedimientos y los cuidados generales, como elementos importantes de la calidad de atención.

RESUMEN - MODULO 3

- 1) La prevención primaria se dirige a disminuir la enfermedad promoviendo prácticas y comportamientos saludables, los cuales disminuyen el riesgo individual de adquirir o transmitir una enfermedad específica. La prevención secundaria se dirige a detectar la infección en las personas y realizar el tratamiento oportuno para prevenir el desarrollo de complicaciones en la persona o la transmisión de la infección a otras. La prevención terciaria se dirige al manejo efectivo de cualquier complicación causada por una enfermedad específica que no haya sido detectada ni tratada en sus fases tempranas.
- 2) Los componentes de la prevención y control de la sífilis en un programa de atención para la madre y el niño son:
 - Promoción del control prenatal temprano,
 - Detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de las embarazadas con sífilis
 - La notificación y tratamiento de las parejas sexuales de las embarazadas con sífilis
 - El seguimiento correspondiente para asegurar el cumplimiento del tratamiento
 - Consejería a las mujeres y sus parejas para prevenir la reinfección
 - El registro preciso y adecuado de los datos relacionados con la detección de la sífilis
 - Tratamiento y manejo de las parejas
 - Informes epidemiológicos
 - Promoción de la preocupación por resolver el problema
 - Educación en la comunidad.
- 3) Tanto las actividades propias del servicio de salud como las actividades comunitarias son importantes para los programas de prevención y control y éstas deben ser complementarias.
- 4) La notificación de las parejas debe constituir una parte integral de la prevención y del control de la sífilis en los programas de salud para la madre y el niño. La importancia de la notificación y tratamiento de las parejas sexuales debe ser incluida en la consejería para las embarazadas con pruebas positivas para la sífilis y cuando se promueve la preocupación por el problema y se educa a la comunidad sobre la prevención de la sífilis y sobre el impacto de la sífilis no tratada en el embarazo.
- 5) Existen algunas barreras para la notificación de las parejas, incluyendo la vergüenza o los prejuicios sociales asociados con las ETS, la falta de reconocimiento de los síntomas por la naturaleza asintomática de la infección, el status social y económico de la mujer y el miedo a la violencia intrafamiliar, al abandono, la falta de privacidad en la estructura del servicio de salud, y la tradicional tardanza entre el diagnóstico y el tratamiento en las embarazadas.

- 6) El registro de la información y de los datos es esencial para un programa de prevención y control de la sífilis. Es también importante el establecimiento claro y preciso de los objetivos del programa y de los indicadores para evaluar el desempeño y la calidad de atención.

Módulo 4

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN EL EMBARAZO

1. Estadíos, Signos y Síntomas de la Enfermedad
2. Los estadíos de la sífilis y su transmisibilidad, Signos y Síntomas
3. La sífilis en el embarazo
4. Sífilis Congénita
5. Tratamiento

1. ESTADIOS, SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA ENFERMEDAD

El estadio en una enfermedad es generalmente considerado como una fase en el desarrollo o progresión de una enfermedad. Los signos son la evidencia objetiva de una enfermedad y los síntomas son la evidencia subjetiva de la enfermedad. La capacidad infectante que tiene un enfermo es la posibilidad de que ese enfermo transmita la infección a otra persona.

2. ESTADIOS DE LA SÍFILIS, CAPACIDAD INFECTANTE, SIGNOS Y SÍNTOMAS

La sífilis generalmente se clasifica en los estadios temprano y tardío:

- Los estadios tempranos corresponden a la sífilis primaria, a la sífilis secundaria y a la sífilis latente temprana.
- Los estadios tardíos comprenden a la sífilis latente tardía y a la sífilis terciaria.
- La sífilis congénita es la infección en el recién nacido adquirida durante la gestación

Nota: Las manifestaciones clínicas de la sífilis son muy variables. Al depender sólo del diagnóstico clínico se pierde una proporción significativa de casos, por lo tanto, el diagnóstico temprano y el inicio del tratamiento dependerán principalmente de las pruebas de laboratorio.

ALGUNOS SIGNOS Y SÍNTOMAS TÍPICOS DE LA SÍFILIS

Sífilis Primaria: Por lo común, un chancro primario el cual es generalmente indoloro y a menudo difícil de ser detectado.

Sífilis Secundaria: Rash cutáneo en las palmas de las manos y en las superficies plantares de los pies, placas mucosas en la boca, erupciones en la piel del cuerpo y aumento de volumen de ganglios linfáticos inguinales.

Sífilis latente temprana: Asintomática.

Sífilis latente tardía: Asintomática..

Sífilis terciaria: Compromiso del corazón, vasos sanguíneos, sistema nervioso central, «gomos sífilíticos» (que rara vez se observan)

Características comunes de los diferentes estadios de la sífilis

ESTADIOS TEMPRANOS

Sífilis Primaria

Los síntomas generalmente se presentan entre una y tres semanas después del contacto sexual con una persona infectada, aunque el periodo de incubación puede extenderse hasta los 90 días. En general, el primer signo lo constituye una úlcera, conocida como **chancro primario**,

el cual se desarrolla en el sitio por el cual la bacteria ingresó al cuerpo (casi siempre en el área genital). Puede estar situado en cualquier lugar en el pene del hombre o alrededor del orificio vaginal en las mujeres. Otros sitios incluyen el cuello del útero, en la mucosa de la boca (especialmente por el sexo oral) o en los labios. El chancro primario primero es una mácula roja, luego evoluciona hacia una pápula cuya superficie se erosiona. La lesión es **característicamente indolora**, habitualmente única, limpia, sin secreción, con el borde grueso y bien definido. Sin embargo, la **linfadenopatía inguinal** (ganglios inguinales aumentados de tamaño) es frecuentemente la única característica presente.

Cuando el chancro primario está presente, el enfermo infectado puede permanecer con los síntomas hasta por tres semanas, durante ese tiempo es altamente infeccioso. Aún si el enfermo no recibe ningún tratamiento, el chancro desaparecerá y se resolverá de por sí, pero la persona podrá todavía infectar a otras, particularmente si la infección se convierte en una sífilis secundaria. La infección se transmite con mayor facilidad cuando la persona infectada es sintomática.

Sífilis Secundaria

La infección primaria, a menudo no se la detecta debido a que los primeros síntomas no causan dolor, la enfermedad evoluciona y son varios los signos y síntomas asociados con este estadio sistémico de la infección. En forma característica se observa un rash cutáneo en las palmas de las manos y en las plantas de los pies (rash cutáneo palmar y plantar). El rash, habitualmente no causa prurito, puede ser cutáneo mucoso y extenderse a todo el cuerpo y convertirse en papular (lesión circular, indurada, en relieve) o pustular (vesículas infectadas). En general, el rash se acompaña de malestar general, fiebre leve, dolor de garganta y cefalea. Otras manifestaciones pueden ser el desarrollo de verrugas planas y húmedas en los genitales denominados condilomas planos. Pueden también verse máculas o líneas blanquecinas en la lengua o mucosas de la boca denominadas placas mucosas y membranas mucosas en la boca. Se encontrará aumento de volumen generalizado de los ganglios linfáticos. En algunos casos alopecia (pérdida de cabello en áreas del cuero cabelludo) Puede presentarse también una hepatitis leve.

El contacto sexual con personas con síntomas de sífilis primaria o secundaria casi siempre resulta en contagio y transmisión de la infección.

Sífilis latente temprana

Este estadio de la sífilis define a las infecciones que se han mantenido asintomáticas pero que han estado presentes en una persona por menos de un año. El diagnóstico se realiza por medio de los antecedentes lo más precisos posibles de la infección, hace un año, y con la prueba de detección RPR o VDRL.

La transmisión de persona a persona es baja durante la sífilis latente temprana, pero es en este estadio en el cual la sífilis se transmite en la gestación de la madre al feto.

ESTADIOS TARDIOS

Sífilis Latente Tardía

En este estadio se clasifica a la sífilis de más de un año en un enfermo infectado. Si la enfermedad no es tratada este estadio puede durar muchos años. No presenta signos ni síntomas (No existen manifestaciones clínicas) pero estas personas mantienen la evidencia serológica de la sífilis. Durante este estadio, la sífilis no se transmite con facilidad y se piensa que la transmisión de la madre al feto es también baja. Sin embargo existe muy poca información para confirmar estas apreciaciones. Por lo tanto debe considerarse que la enfermedad se transmite y el tratamiento oportuno y adecuado debe ser la norma.

Sífilis Terciaria

Después de varios años, la sífilis no tratada, podría comprometer todos los sistemas del organismo. Esta progresión podría manifestarse con la presencia de «gomas sífilíticas» (como manifestaciones tardías de la piel y de los huesos). Compromiso del corazón, vasos sanguíneos, o del sistema nervioso central. Estos síntomas son observados muy rara vez, posiblemente debido al amplio e indiscriminado uso de antibióticos disponibles en cualquier comunidad. Durante el estadio terciario, muy rara vez se transmite la infección a otras personas.

3. LA SIFILIS EN EL EMBARAZO

Una mujer puede estar embarazada y al mismo tiempo infectada con sífilis y en cualquier estadio. Generalmente la presencia de síntomas es poco relevante para la prevención de la sífilis. No existen manifestaciones específicas en la embarazada, pero deben considerarse decisiones específicas sobre el tratamiento de cada embarazada en forma individual.

En una embarazada con sífilis no tratada, el curso de la enfermedad se desarrolla en la misma forma que para todo caso de sífilis no tratado. Como se estableció antes, dos tercios de las embarazadas infectadas transmiten la enfermedad a sus productos. Es mejor detectar la enfermedad y dar el tratamiento durante el primer trimestre, luego hacer el seguimiento correspondiente en el tercer trimestre y en el parto.

Las consecuencias adversas de la sífilis en el embarazo son:

- *La sífilis congénita y el aumento del riesgo de mortalidad infantil*
- *Mortalidad perinatal, y neonatal (se incluyen los mortinatos por infección fetal en el útero)*
- *Abortos espontáneos*
- *Prematurez / bajo peso al nacer*

4. SIFILIS CONGENITA

Se desarrolla la sífilis congénita en aproximadamente 15 % de los recién nacidos de ma-

dres con sífilis no tratada¹. Puesto que las manifestaciones de la sífilis son habitualmente ausentes en el nacimiento, es difícil de identificar precisamente cuáles de los recién nacidos están infectados. Por esta razón en todas las embarazadas que acceden al parto en un servicio de salud debe realizarse la prueba para sífilis, especialmente si no realizaron ningún control prenatal ni tuvieron antecedentes de haber recibido tratamiento para la sífilis. Si la prueba es positiva, tanto la madre como su recién nacido deben recibir tratamiento para la sífilis. Sin embargo es necesario tomar en cuenta que en muchos lugares en el mundo pocas son las mujeres que tienen sus partos en un servicio de salud.

Los signos clínicos se inician entre las tres y ocho semanas después del nacimiento. Las características clínicas de la sífilis congénita temprana son diferentes y dependen de la edad del niño. Cuando sólo una de estas características está presente, casi siempre no se realiza el diagnóstico, a no ser que se ejercite una alta capacidad de sospecha clínica.

Las características más comunes de la sífilis congénita son las siguientes:

- Hepatoesplenomegalia (hígado y bazo aumentados de tamaño)
- Ictericia en el periodo neonatal que puede ser grave
- Prematurez y bajo peso al nacer
- Rash cutáneo
- Rinitis serosanguinolenta
- Palidez (anemia)

- Aumento de volumen de las articulaciones con o sin pseudoparálisis
- Compromiso del sistema nervioso (movimientos espásticos, Babinski disminuido)
- Malformaciones (paladar hendido, tibias en sable, nariz en silla de montar)
- Linfadenopatías (cervical, inguinal o axilar)

Defunción Perinatal (Mortinato) y Neonatal

Las defunciones perinatales y neonatal ocurren en cerca del 12 al 25 por ciento de las embarazadas infectadas con sífilis. Si en una comunidad específica es común que hayan mortinatos, se debe sospechar que la tasa de infección por sífilis es alta.

Aborto Espontáneo

El aborto espontáneo es un resultado común en las embarazadas infectadas por sífilis y ocurre durante el segundo trimestre o al comienzo del tercer trimestre del embarazo. Se estima que una mujer con sífilis no tratada tiene una probabilidad de cinco veces más de tener un aborto espontáneo que una embarazada no infectada.

Si los abortos espontáneos son frecuentes en una comunidad específica, se constituyen en otra indicación de la posibilidad de altas tasas de sífilis.

1 Estudio de Seroprevalencia de la Sífilis Materna y Congénita - MotherCare, Bolivia 1996-97.
Manual de Capacitación Prevención y Control de la Sífilis en Programas de Salud para la Madre y el Niño.

Prematurez

La sífilis conduce a la prematurez pero exactamente no se conoce el proceso. Existen datos que sugieren que el riesgo de prematurez en el recién nacido de una embarazada con sífilis es cuatro veces más que para una embarazada no infectada. Otros estudios han sugerido que el impacto de la sífilis sobre el embarazo es mínimo.

5. EL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS

El tratamiento recomendado para la sífilis es la penicilina. Es en general barato y disponible en cualquier parte del mundo. Los obstáculos para un tratamiento correcto incluyen:

- Falta de abastecimiento de medicinas
- Falta de normas de tratamiento
- Capacitación insuficiente en el manejo de una infección particular
- Falta de capacidad para determinar el estadio de la infección

El uso del esquema de tratamiento más corto en lo posible (por ejemplo cuando el paciente no tiene alergia a la penicilina y se dispone del medicamento) maximizará el cumplimiento.

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO

Una parte integral del tratamiento es la detección de posibles pacientes con alergia a la penicilina.

Nota: Manejo de Pacientes con Alergia a la Penicilina

La penicilina es todavía el mejor y más efectivo tratamiento para los pacientes con sífilis. Sin embargo ocasionalmente se presentan pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina. Habitualmente tales pacientes pueden presentar urticaria, angioedema o anafilaxia (obstrucción de las vías aéreas superiores, bronquiospasma o hipotensión), que pueden ser muy peligrosas para la salud del paciente. Por lo tanto es muy importante que los proveedores de la salud registren una historia clínica con antecedentes precisos para identificar reacciones alérgicas a la penicilina en el pasado. El servicio de salud debe contar con un plan y equipo necesario para atender las emergencias en el caso de pacientes que no mencionan antecedentes de alergia a la penicilina y que presenten alguna reacción alérgica..

A. Sífilis en la embarazada

En el embarazo se utiliza la penicilina de acuerdo a las recomendaciones, si la mujer es alérgica a la penicilina se utiliza la eritromicina (como se indica a continuación, tanto para la enfermedad temprana como latente). Si se utiliza eritromicina para la madre, el recién nacido debe ser tratado lo más antes posible después de nacer con el tratamiento recomendado para la sífilis congénita.

Embarazada con sífilis temprana

Embarazada **seropositiva para sífilis** en los **estadios tempranos** de la enfermedad (sífilis primaria, secundaria y latente temprana (menos de un año) realizar el tratamiento con:

- a) Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI en una inyección intramuscular (IM) STAT - una sola dosis

En caso de **alergia a la penicilina**

- b) Eritromicina, tabletas de 500 mg cuatro veces por día (cada 6 horas) durante 10 días.

Nota: Cuando no existen síntomas, el tratamiento de la embarazada con una prueba de sangre positiva en el control prenatal debe ser administrado como si se tratara de una enfermedad temprana como mínimo. Si se establece que se trata de una infección latente, la embarazada debe recibir el tratamiento de acuerdo a las normas estándar de tratamiento para la infección latente.

Mujer Embarazada o en periodo de lactancia con infección tardía o latente

Mujer embarazada o en lactancia con infección latente:

- a) Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI en una inyección intramuscular, una vez por semana durante tres semanas

En caso de **alergia a la penicilina**

- b) Eritromicina, tabletas de 500 mg cuatro veces por día (cada 6 horas) durante 28 días.

B. Sífilis en el recién nacido

Todos los recién nacidos de madres seropositivas deben recibir tratamiento de acuerdo a las normas, con mayor razón si la madre no ha recibido tratamiento durante el embarazo o si recibió tratamiento después de las 28 semanas de gestación o si no puede establecerse que la madre recibió tratamiento adecuado.

Sífilis Congénita

Tratamiento para los casos de **sífilis congénita**:

- a) Penicilina procaínica 50,000 unidades/kg/día en una inyección intramuscular diaria durante 10 días
- b) Penicilina Benzatínica 50,000 unidades/kg/día intramuscular en una sola dosis **(Este esquema es recomendado cuando no existe ningún signo o síntoma y cuando el líquido cefalorraquídeo es RPR/VDRL negativo.)**

C. Para todos los adultos con infección por sífilis.

En el caso de **sífilis temprana** (primaria, secundaria y latente temprana):

- a) Penicilina benzatínica 2.400.000 UI en una inyección intramuscular en una sola dosis
 - o
- b) Penicilina procaínica 1.200.000 UI en una inyección intramuscular diaria durante 10 días

En casos de **alergia a la penicilina**:

- a) Tetraciclina cápsulas de 500 mg, cuatro veces por día durante 15 días. **(Este tratamiento está contraindicado en embarazadas y en mujeres en periodo de lactancia)**
 - o
- b) Eritromicina, tabletas de 500 mg cuatro veces por día durante 10 días. (Este es el tratamiento alternativo para las embarazadas y las madres en lactancia que son alérgicas a la penicilina)

Sífilis tardía o latente

En el caso de la **sífilis latente o tardía** (presencia de sífilis de más de 1 año de duración):

- a) Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI en una inyección intramuscular, una vez por semana durante tres semanas

o

- b) Penicilina procaínica 1.200.000 UI en una inyección intramuscular diaria por 20 días

En caso de **alergia a la penicilina**

- a) Tetraciclina cápsulas de 500 mg, cuatro veces por día durante 28 días (Este tratamiento *está contraindicado en embarazadas y en mujeres en periodo de lactancia*)
- b) Eritromicina, tabletas de 500 mg cuatro veces por día durante 28 días (Este es el tratamiento alternativo para las embarazadas y las madres en lactancia que son alérgicas a la penicilina)

D. Consejería

El tratamiento de la sífilis o de cualquier otra ETS nunca es completo sin la consejería adecuada para la persona infectada y sin el tratamiento y consejería para la pareja sexual. En la consejería deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

- La necesidad de que la pareja reciba el tratamiento completo recomendado
- La necesidad de abstenerse de las relaciones sexuales por lo menos durante 7 días o cuando la abstinencia no es posible, usar el condón.
- La importancia del control prenatal frecuente, particularmente para el seguimiento de la evolución de la enfermedad y para la re-educación
- La necesidad del sexo seguro con una sola pareja y evitar múltiples parejas sexuales
- Estrategias para asegurar la notificación de las parejas sexuales y su tratamiento
- Educación sobre prevención de VIH/SIDA

La importancia de la consejería y otros aspectos específicos son descritos en los siguientes Módulos, 6, 7 y 8.

RESUMEN - Módulo 4

- 1) Los cinco estadios de la infección por sífilis son: sífilis primaria, sífilis secundaria, sífilis latente temprana, sífilis latente tardía y sífilis terciaria
- 2) Los enfermos con mayor capacidad de contagiar a otras personas son aquellos que presentan síntomas de sífilis primaria o secundaria. Casi siempre una relación sexual no protegida durante estos estadios resulta en contagio.
- 3) Los signos y síntomas más importantes de la sífilis son los siguientes:
Sífilis primaria: El chancro primario, generalmente indoloro y de difícil detección.
Sífilis secundaria: Rash cutáneo palmar y plantar, placas mucosas en la boca, rash cutáneo en la piel del cuerpo, condiloma plano y aumento de volumen de ganglios linfáticos (inguinales).
Sífilis latente temprana y sífilis latente tardía: Asintomáticas.
Sífilis terciaria: Compromiso del corazón, vasos sanguíneos, y sistema nervioso central, «gomos sífilíticos» (rara vez observados).
- 4) El tratamiento recomendado es la penicilina y para pacientes alérgicos a la penicilina es la eritromicina; los proveedores de salud deberán utilizar los esquemas de tratamiento recomendados para cada caso y estadio de la sífilis.

Módulo 5

EL PROCEDIMIENTO DE LA PRUEBA DE RPR EN TARJETA

1. Pruebas de detección
2. Diagnóstico y detección de la sífilis
3. El procedimiento de la prueba de RPR en tarjeta
4. Dificultades en la lectura del RPR
5. Seguridad y precauciones universales

1. PRUEBAS DE DETECCIÓN

Las pruebas de detección o de "screening" (tamizaje) son utilizadas para investigar grupos de población e identificar a aquellos portadores de una enfermedad y a los que se hallan con un riesgo alto de adquirir la enfermedad. Una buena prueba de detección debe identificar correctamente a quienes están enfermos y a quienes no. Generalmente la enfermedad que se detecta debe ser tratable y susceptible de ser controlada.

Características de una buena prueba de detección

Una buena prueba de detección debe:

- Ser aceptada por la población (por ejemplo, en algunas comunidades la toma de muestra de sangre no es aceptable);
- Ser reproducible (por ejemplo, los resultados deben ser los mismos, para una misma persona en diferentes servicios de salud)
- Debe identificar correctamente a quienes están enfermos (debe tener alta sensibilidad);
- Debe identificar correctamente a aquellos que no están enfermos (debe tener alta especificidad)
- Ser económicamente accesibles (bajo costo)
- Ser de fácil proceso y requerir del menor equipo posible.

2. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS

Diagnóstico de Laboratorio de la Sífilis

El diagnóstico de la sífilis es establecido mayormente en laboratorio puesto que la presentación clínica se caracteriza por una variedad de síntomas que a menudo son subjetivos. Por esto, se requiere de una combinación de medios para obtener un diagnóstico preciso. Existen en el mundo una variedad de protocolos para establecer el diagnóstico, pero como a esta infección se la considera de baja prioridad a menudo no se le presta la atención que requiere. Dependiendo del lugar y de la situación, existen varias pruebas de laboratorio disponibles. A continuación se describen las pruebas de laboratorio que son utilizadas en la detección, y aquellas que confirman el diagnóstico.

La Tabla 5.1 describe las diferentes pruebas de laboratorio, su disponibilidad y su utilidad. Son estas las que son más utilizadas en el mundo, pero su aplicación varía en relación a la situación económica del país y a la calidad de los servicios de salud del país.

La tabla detalla lo siguiente:

Tipo de prueba - Una prueba «confirmatoria» es aquella cuyos resultados no se discuten, generalmente se basa en una prueba altamente sensible y específica. La prueba de «detección o de screening» es generalmente menos específica que la de confirmación pero es lo suficientemente sensible como para establecer el diagnóstico presuntivo.

Tabla 5.1 Pruebas de Laboratorio para la detección de la sífilis

Prueba	Tipo de Prueba	Especificidad		Nivel de Complejidad			Rapidez		Costo		
		Alta	Mod	Fácil	Moderada	Difícil	Si	No	Bajo	Medio	Alto
Reagina Plasmática Rápida (RPR)	detección		X (i)	X			X		X		
Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)	detección		X (i)		X			X	X		
Toxidine Red Unheated Serum Test (TRUST)	detección		X (i)	X			X		X		
Microscopía de campo oscuro	confirmación	X			X		X		X		
Hemaglutinación para el <i>Treponema pallidum</i> (TPHA)	confirmación	X				X		X		X	
Absorción Fluorescente de Anticuerpos Treponémicos (FTA-ABS)	confirmación	X				X		X			X
Micro-hemaglutinación de Anticuerpos para <i>T. pallidum</i> (MHA-TP)	confirmación					X		X	X		X
Fluorescencia Directa de Anticuerpos para <i>T. pallidum</i> (DFA-TP)	confirmación	X				X		X			X

(i) Depende del estadio de la enfermedad

En general, una prueba de detección positiva es suficiente para llevar a cabo el tratamiento de la enfermedad, especialmente si las consecuencias de la falta de detección de la enfermedad son mayores que las consecuencias de sobretratar algunas personas (este tratamiento debe ser realizado junto con la respectiva consejería).

Especificidad - Una prueba debe ser capaz de detectar con certeza los casos de «no sífilis» en las personas que verdaderamente no son portadores de la enfermedad. En otras palabras, debe ser capaz de identificar a un verdadero negativo de sífilis.

Capacidad institucional - ¿Es la prueba lo suficientemente simple como para ser procesada con la estructura del servicio de salud? Esta categoría toma en consideración el nivel de destreza que se requiere para realizar la prueba, la capacidad de la infraestructura, el equipo requerido y la cantidad de pacientes por día a detectarse.

Tiempo - La prueba debe ser realizada en el menor tiempo posible para establecer un diagnóstico rápido, deberá ser conveniente para que la paciente, en la misma visita de control tenga el resultado y si es necesario reciba el tratamiento inmediato.

Costo.- Una prueba debe ser costo-efectiva para asegurar la implementación, intervención y sostenibilidad de un programa, y que sea capaz de tener un impacto en la reducción de la enfermedad en la sociedad

El tipo de protocolo a utilizarse para el diagnóstico depende de varios factores incluyendo los objetivos del programa, el costo y la disponibilidad de la prueba.

Pruebas de detección

Las pruebas de detección más comunes para el tamizaje o screening de la sífilis son, la prueba de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y la prueba de RPR (Reagina Plasmática Rápida). Ambas pruebas son muy parecidas en su capacidad de detectar la enfermedad. La principal diferencia está en que su aplicación práctica es diferente en distintos servicios de salud, porque RPR no precisa de sueros inactivados. La prueba de VDRL es más económica pero requiere personal de laboratorio con mucha destreza.

La prueba de RPR es más fácil de ser utilizada en el servicio de salud, es rápida, barata, y de proceso simple y fácil.

Para el propósito de este programa, el cual pretende un diagnóstico rápido para el tratamiento inmediato, la prueba de RPR es la recomendada.

La prueba del RPR es utilizada para la detección de la sífilis en personas portadoras de la enfermedad. Se detecta la sífilis por medio de la aglutinación antigénica con los anticuerpos circulantes producidos por el organismo como resultado de la infección con la bacteria *Treponema pallidum*. Esta prueba cumple con las características de ser una buena prueba de detección por lo siguiente:

- La obtención de una pequeña cantidad de sangre para la prueba de RPR es aceptable para la mayoría de las pacientes en el prenatal
- La prueba es ética, el riesgo para la salud del paciente es mínimo (cuando se observan los procedimientos correctos) y la enfermedad es tratable.
- Los resultados son reproducibles; los resultados en la tarjeta de RPR (para una misma persona) deberían ser los mismos en diferentes servicios de salud y en laboratorios utilizando las mismas normas en su procedimiento. Sin embargo, el control de calidad es un componente esencial en un programa de detección de la sífilis.

Nota: Existe variabilidad con respecto a los reactivos utilizados (vea la sección de dificultades en la lectura e interpretación de los resultados del RPR en tarjeta)

- Los falsos negativos en pruebas repetidas son muy raros en el laboratorio, lo cual indica que la mayoría de los infectados son detectados por medio del RPR en tarjeta.
- La prueba es relativamente barata su costo está entre 0.10 a 0.50 de Dólar americano por cada prueba
- Es una prueba de procedimiento fácil, y el equipo requerido es muy barato y durable. Es también posible realizar la prueba sin ningún equipo. La experiencia es cada vez mayor para realizar efectivamente la prueba de RPR sin ningún equipo.

Debe considerarse que la prueba de RPR puede ser influenciada por muchos factores que podrían conducir a un diagnóstico equivocado (hasta el 10 por ciento) - falsos positivos para sífilis- puesto que la prueba interactúa con otras enfermedades similares como Pian, lupus y en una pequeña proporción de embarazos. Sin embargo, el criterio programático es el de que siempre es mejor sobretratar (dar tratamiento a todos los positivos, aún cuando algunos sean falsos positivos). Al respecto existen implicaciones sociales, por lo tanto es muy importante realizar siempre la consejería.

3. EL PROCEDIMIENTO DE LA PRUEBA DE RPR EN TARJETA

Observe las precauciones de seguridad (por ejemplo, el uso de guantes) en el manejo de líquidos corporales.

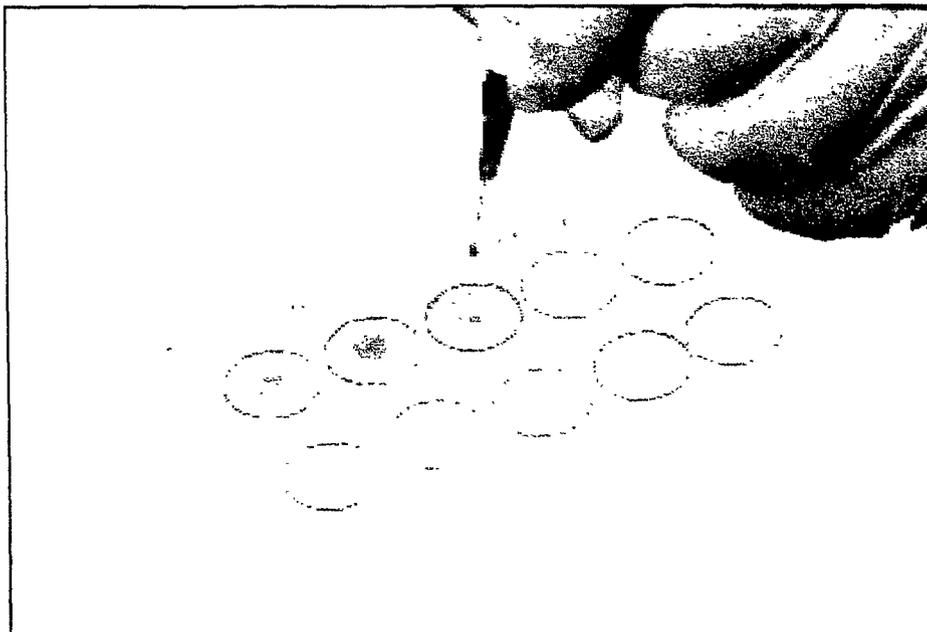
Muestras

1. Obtenga sangre total en un tubo de ensayo limpio y seco que no tenga anticoagulante.
2. Identifique correctamente todas las muestras a ser procesadas y regístrelas en un cuaderno de registro del laboratorio.
3. **Si no dispone de una centrifugadora**, permita el tiempo suficiente para que la sangre coagule (20 minutos) a la temperatura ambiente.
o
3. **Si dispone de centrifugadora**, balancee los volúmenes de sangre de los tubos en el cabezal de la centrifugadora. Si no hubiera otra muestra o si las muestras fueran impares utilice un tubo con agua. Centrifugue las muestras por 3 a 5 minutos a 2000-3000 rpm. Permita que la centrifugadora se detenga antes de abrir la tapa.

Realizando la prueba en la tarjeta de RPR

4. Con las muestras de suero en una gradilla para tubos, identifique cada círculo en la tarjeta con el número del tubo correspondiente, asegure que los primeros dos círculos estén libres para los controles positivo y negativo.
5. Con el cuidado de no alterar la muestra de sangre separada (suero y glóbulos rojos), utilice una pipeta por cada muestra y transfiera suero a cada círculo con el número correspondiente. Utilice los dispensers para extender la gota de suero sobre la superficie completa del círculo.
6. Asegúrese que la ampolla con el antígeno tenga su aguja de administración, haga caer una gota del antígeno sobre cada muestra de suero sujetando la ampolla de antígeno en un ángulo de 90 grados con respecto a la tarjeta.
7. Coloque la tarjeta sobre un rotador mecánico cubierta por una tapa humidificadora y deje que rote durante 8 minutos (100 RPM).
8. Inmediatamente levante la tarjeta del rotador, con cuidado incline y rote la tarjeta en forma manual y para poder diferenciar el resultado no reactivo de un resultado reactivo mínimo.
9. Bajo buena luz natural o una lámpara de alta intensidad, lea los resultados de cada círculo utilizando los controles positivo y negativo para comparar.
10. Registre los resultados en el cuaderno del laboratorio y en la tarjeta de control prenatal.

Interpretación y Registro de Resultados del RPR



Nota: No. 3 - poca reactividad, puede mostrar un granulado más fino que en la ilustración y a menudo no es de fácil apreciación.

1. Inmediatamente retire la tarjeta del rotador, incline y rote manualmente con movimientos suaves bajo buena luz natural o una lámpara de alta intensidad.
2. Lectura: Si es **reactivo positivo**, se presentará una floculación característica. El grado de floculación variará en un rango de alta intensidad (aglutinación muy visible) a mínima intensidad (aglutinación granular muy fina y difícil de ver). Esto debe ser interpretado como **reactivo (R)** e inmediatamente debe realizarse el tratamiento correspondiente.
3. Lectura: Si se aprecia en la tarjeta una ligera opacidad y no se observa ninguna granulación o aglutinación el resultado debe ser interpretado como **no-reactivo (NR)**.

4. ERRORES EN LA LECTURA DEL RPR

Los errores que conducen a pruebas de RPR deficientes son de dos tipos:

- * Errores por problemas con los reactivos utilizados para las prueba
- * Errores de los operadores.

Problemas con los reactivos de las pruebas:

- Utilización de un antígeno que no reacciona:
 - antígeno con fecha vencida
 - antígeno que no ha sido conservado en refrigeración por más de 48 horas;
- Utilización de sangre que ha sido mantenida a temperatura ambiente por más de 48 horas. La temperatura ambiente de más de 29 grados Celsius (C°) puede dar resultados falsos positivos y las temperaturas inferiores a 23 grados C° pueden dar falsos negativos, por lo tanto la temperatura ambiente debe ser controlada cuando se realiza la prueba.
- Fallas mecánicas o de energía que afecte la refrigeración y la conservación.

Errores del Operador:

- Preparación inapropiada de la muestra;
- Cantidades insuficientes del suero y del antígeno, o cantidad insuficiente para extender y cubrir todo el diámetro del círculo de la tarjeta.
- Tiempo impreciso o insuficiente de centrifugado o de uso del rotador;
- Fallas en el uso de los controles positivo y negativo;
- Fallas en el registro de números y nombres entre los tubos de las muestras y el cuaderno de registros;
- Fallas en la identificación o numeración en las tarjetas
- Fallas en la transferencia del suero al círculo con el número correspondiente;
- Error en la interpretación; fallas en la lectura correcta de los resultados;
- Insuficiente capacitación para la interpretación de los resultados laboratoriales;
- Fallas en el registro correcto de los resultados

Puntos de Especial Cuidado:

- Realice siempre un doble control para asegurarse que los registros sean precisos (asegúrese de que el número del tubo de la muestra, sea el mismo en el registro del cuaderno y el mismo en la tarjeta). Muchos pacientes podrían tener nombres muy similares, los cuales podrían ser confundidos. Se pueden utilizar varios métodos alternativos para el registro, tales como utilizar el número de la historia clínica asignada a cada paciente.
- Nunca deje el registro de los resultados de varias pruebas como el último paso, realice siempre el procedimiento paso por paso y en secuencia.
- Asegúrese que su reloj o cronómetro de trabajo esté siempre disponible y funcionando antes de iniciar con el procesamiento de la prueba.
- No añada otras muestras en la mitad de un procesamiento, es mejor repetir el proceso si deben incluirse muestras adicionales.
- Las cantidades y tiempos precisos son de máxima importancia; siga las instrucciones con precisión y cuidado.

- Si usted no tiene seguridad en la lectura de un resultado, pida la opinión de un supervisor o de un colega, y/o realice la prueba otra vez.
- Utilice para cada día las pruebas de control positiva y negativa.
- Sujétese a las normas de bio - seguridad del laboratorio.
- Comunique y entregue lo más pronto posible los resultados positivos a los médicos .
- Registre los resultados, positivos y negativos en el registro o tarjeta de controles prenatales.

5. MEDIDAS DE BIO - SEGURIDAD / PRECAUCIONES UNIVERSALES

Recuerde:

Todo fluido orgánico - la sangre - es considerado infectado hasta comprobarse lo contrario

Practique las Precauciones Universales

Medidas de seguridad para el manejo de sangre o productos sanguíneos:

- Utilice siempre su guardapolvo de laboratorio y guantes mientras está en el laboratorio manejando las muestras. Cuando salga del laboratorio deje los guantes y el guardapolvo.
- Utilice siempre guantes para la obtención de una muestra de sangre y durante el manejo, transporte o proceso de la muestra de sangre o de otros productos sanguíneos.
- Utilice un desinfectante (por ejemplo, alcohol) para desinfectar la superficie, antes y después de la punción para la obtención de la muestra de sangre.
- Antes de descartar los tubos de suero, éstos deberán ser lavados y enjuagados con una solución desinfectante al 10 por ciento. Utilice el desinfectante que esté disponible, puede ser hipoclorito de sodio (Lavandina).
- La sangre o suero que pueda ser derramada durante el procedimiento deberán ser inmediatamente limpiados y repasarse las superficies con el desinfectante que esté disponible,
- Las tarjetas utilizadas deberán ser almacenadas en contenedores completamente cerrados o desechadas como material contaminado.

- No está permitido comer, beber o fumar en áreas de laboratorio.

Medidas de seguridad para la administración de inyecciones y para la toma de muestra de sangre:

- Lávese las manos antes y después del contacto con cada paciente.
- Descarte las agujas o lánceas en un lugar apropiado, no permita que éstas estén expuestas a ser utilizadas por ninguna otra persona.
- Utilice siempre guantes durante los procedimientos en contacto con el paciente.

RESUMEN: Módulo 5

- 1) Las pruebas de detección o de screening son utilizadas para investigar la enfermedad en grupos de personas e identificar a quienes están enfermas o a quienes tienen un riesgo alto para adquirir la enfermedad. Una buena prueba de detección deberá identificar correctamente a quienes son portadores de la enfermedad y a quienes no tienen la enfermedad.
- 2) La prueba de RPR en tarjeta es rápida, barata y de procedimiento fácil, puede ser realizada en la consulta, permite la detección y el tratamiento (en caso de ser positiva) en la misma visita del paciente.
- 3) El proveedor de salud deberá referirse a las normas recomendadas para el procedimiento correcto del RPR.
- 4) Existe la posibilidad de errores que podrían reducir la precisión de la prueba de RPR. Pueden tratarse de problemas con los reactivos (como la conservación inapropiada del antígeno) o errores del operador (como la preparación inapropiada de la muestra o fallas en los registros y en la lectura correcta de los resultados).
- 5) Todos los proveedores de salud deben considerar las medidas de seguridad y las precauciones universales para el manejo de productos sanguíneos, cuando administran inyecciones y cuando se obtiene la muestra de sangre en contacto con el paciente.

Módulo 6

PROMOVIENDO EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

1. Los cambios sociales, el comportamiento sexual y las ETS.
2. Comportamientos que influyen la transmisión de la sífilis
3. Barreras y Motivadores para el cambio de comportamientos
4. Técnicas para el cambio de comportamientos
5. Comportamientos y actitudes de los proveedores de salud

1. EL CAMBIO SOCIAL, EL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y LAS ETS

Los pueblos, en todas partes del mundo tienen sus propias creencias, actitudes y un medio ambiente social que afecta el comportamiento relacionado con la salud. Los rápidos cambios culturales, sociales y económicos también influyen en la salud y el comportamiento sexual. En general se adquiere un nuevo comportamiento pero no se abandona por completo las actitudes y comportamientos tradicionales. El comportamiento relacionado con la salud de cada persona, especialmente los comportamientos considerados privados (como los comportamientos sexuales), son muy particulares y difíciles de cambiar puesto que en general la mayor parte de la población todavía no está dispuesta a discutir abiertamente los temas de la salud sexual. Los factores sociales, del medio ambiente y los personales pueden influir en la incidencia de la sífilis y de otras ETS. Estos factores incluyen los siguientes aspectos:

- Distancia de la esposa o de la pareja formal. Muchos hombres migran buscando trabajo lejos de su hogar y se separan de sus familias por períodos largos de tiempo. Vuelven a su hogar con poca frecuencia debido a la distancia y el costo del viaje. En tales situaciones y al no existir el control social que existe en el caso de vivir con su propia familia se establecen situaciones de relaciones sexuales casuales en el lugar de trabajo.
- Necesidad de dinero. Puesto que algunos hombres trabajan fuera de sus hogares durante períodos prolongados de tiempo, sus esposas con dificultades económicas en ocasiones podrían establecer relaciones sexuales de tipo comercial para obtener algunos ingresos.
- Incremento del movimiento. La facilidad de viajar en ómnibus, tren u otros sistemas de transporte ha dado como resultado una mayor interacción social entre hombres y mujeres, tanto en áreas urbanas como rurales.
- Bares y cantinas. La publicidad comercial y la accesibilidad a los bares hace que los hombres pasen más horas consumiendo bebidas alcohólicas. La embriaguez y el efecto del alcohol disminuyen la capacidad de la toma de decisiones adecuadas sobre las relaciones sexuales.
- Inaccesibilidad de condones. En algunas situaciones los condones son inaccesibles para los hombres. Aún cuando ellos saben de su utilidad para la protección contra las ETS, no pueden conseguirlos.
- Inaccesibilidad a servicios de salud y medicinas. Debe considerarse la falta de acceso a los servicios de salud y la falta de capacidad para la detección, diagnóstico ni tratamiento de la sífilis y de otras ETS.
- La preferencia por curanderos y medicinas tradicionales. Aún cuando la medicina moderna se halla disponible, muchas personas buscan primero al curandero tradicional para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud, especialmente de aquellos relacionados con la sexualidad.

- La desigualdad de la mujer. En muchas sociedades todavía no existe igualdad social entre hombres y mujeres, y como consecuencia las mujeres no tienen el mismo acceso a los servicios de salud, educación ni a la alimentación necesarios para mantener un estado de bienestar.
- Trabajadoras sexuales a precios bajos. Debido a las presiones económicas de varios tipos, muchas mujeres trabajan como prostitutas para obtener un ingreso económico y como la competencia es alta los costos disminuyen y más hombres tienen acceso a sus servicios.
- Derecho del hombre a sexo fuera del matrimonio. Algunas culturas aceptan que el hombre mantenga actividad sexual fuera del matrimonio formalmente establecido.
- Presiones religiosas. Algunas religiones prohíben el uso de anticonceptivos incluyendo el condón. Hombres y mujeres pertenecientes a estas religiones, con restricción en el uso de condones no se protegen de la sífilis ni de otras ETS.
- Inicio de la actividad sexual temprana. En la actualidad, la actividad sexual tanto de hombres como de mujeres se inicia a edades cada vez más tempranas lo cual conduce que más jóvenes contraigan ETS.
- Contenido sexual en los medios de comunicación social. En radio o televisión, mensajes con características culturales ajenas al medio y motivando comportamientos liberales en torno a la sexualidad.
- Ruptura de las normas tradicionales de control social. Los medios tradicionales de control de la actividad y el comportamiento sexual ya no son tomados en cuenta. La edad para la primera experiencia sexual es cada vez más temprana y el número de parejas sexuales es cada vez mayor.

2. COMPORTAMIENTOS QUE INFLUENCIAN LA TRANSMISIÓN DE LA SÍFILIS

Aunque muchos son los factores que contribuyen a que una mujer embarazada se infecte con sífilis y con otras ETS, el comportamiento de las personas y de la sociedad son el factor más crítico. Por lo tanto los programas de control de las ETS y de la sífilis deben dirigirse hacia la promoción del cambio de comportamientos. El cambio de comportamiento debe ser considerado por el componente de información, educación, comunicación, orientación y consejería de los programas materno infantiles para la prevención y control de la sífilis.

Tres categorías de comportamientos influyen la transmisión de la sífilis y de otras ETS:

- *El comportamiento sexual*
- *El comportamiento hacia la protección*
- *El comportamiento para la búsqueda de atención de salud*

El comportamiento sexual incluye:

- el número de las parejas sexuales (incluyendo ninguna o la abstinencia);
- frecuencia del cambio de parejas sexuales o la incorporación de nuevas parejas sexuales;
- El comportamiento sexual de la pareja (homosexual/heterosexual, sexo comercial, parejas «casuales» o desconocidas);
- El tipo de la práctica sexual (sexo anal, sexo sin penetración, abstinencia, otras formas de placer sexual)
- La decisión de la relación sexual bajo influencia del alcohol y otra sustancia de uso o abuso

El comportamiento hacia la protección incluye:

- El uso del condón para el contacto sexual fuera del matrimonio o de la pareja propia.
- El uso de condón para la relación sexual con la propia pareja.
- El uso de condón o abstinencia en cuanto aparece algún síntoma de una posible ETS, esto antes de establecerse el diagnóstico y el tratamiento para la ETS.
- El uso de condón o abstinencia durante el periodo completo del tratamiento para la sífilis u otra ETS;
- El uso de condones o abstinencia con la propia pareja, durante su embarazo para prevenir la infección/reinfección por otros contactos sexuales;
- El uso adecuado del condón.

El comportamiento para la búsqueda de atención de salud incluye:

- El propio reconocimiento temprano de los síntomas y la autoreferencia al servicio de salud apropiado.
- Cumplimiento del tratamiento recomendado, de la referencia y seguimiento;
- Notificación a la pareja y tratamiento en un servicio de salud apropiado;
- Evitar la automedicación o el tratamiento por proveedores no calificados;
- Participación en actividades de detección o screening de rutina para grupos específicos (mujeres embarazadas, trabajadoras sexuales, hombres sexualmente activos);

- Control prenatal temprano y continuo , parto en servicio de salud y atención en el puerperio para la madre y el niño.

3. BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

La experiencia en la prevención del SIDA en todo el mundo ha demostrado que aunque se informa a la gente con información completa y correcta, no siempre se logra el cambio en el comportamiento. Aunque la gente sabe que determinados comportamientos son peligrosos ¿por qué no cambian esos comportamientos?

Existen barreras culturales, sociales y personales muy complejas que conllevan una resistencia al cambio de comportamientos sexuales y del cuidado de la salud , tanto en los hombres como en las mujeres quienes tienen sífilis o se hallan en riesgo de contraer sífilis. La definición clara del comportamiento recomendado, la investigación del comportamiento actual y la comprensión de las barreras que impiden los cambios en el comportamiento sexuales de hombres y mujeres son aspectos importantes para cambiar el comportamiento para prevenir la sífilis materna, la infección fetal y la sífilis congénita.

Existen varias barreras que afectan el comportamiento sexual, el de protección y el de búsqueda de atención de la salud. El poder económico o los factores socioeconómicos podrían conducir a prácticas sexuales peligrosas o impedir la búsqueda de atención de la salud. Muchas personas no comprenden los riesgos y las consecuencias de adquirir la sífilis y otras ETS. Otras podrían no tener la destreza necesaria para «negociar» el uso del condón o la práctica de comportamientos seguros y recomendadas. Las mujeres podrían sentirse incómodas discutiendo temas sexuales debido a las normas sociales y culturales. La desigualdad entre hombres y mujeres, en la mayoría de las sociedades, podría impedir aún más la capacidad de la mujer para controlar el cambio de comportamientos. Podría existir la percepción de que los comportamientos recomendados son muy difíciles de ser llevados a efecto, o que nadie en el grupo social las practique. Algunas personas podrían haber tenido malas experiencias con algún comportamiento recomendado en el pasado y podrían anticipar consecuencias negativas como resultado del cambio de su comportamiento. Muchas personas no tienen una autodisciplina para controlar sus comportamientos, y otras cometen el error de no darse cuenta de que son ellos mismos quienes se someten al riesgo.

A pesar de estas barreras, existen también varios motivadores positivos para el cambio del comportamiento. Los consejeros y los educadores deben apropiarse de estos motivadores para alentar y ayudar a los pacientes a modificar su comportamiento sexual, de protección y de búsqueda de atención de salud.

Los motivadores o facilitadores del cambio de los comportamientos incluyen:

- Darse cuenta de que uno mismo está en riesgo de sufrir las consecuencias negativas de su comportamiento («esto puede sucederme a mí»);
- Creer que el comportamiento recomendado es una norma del grupo social («todos lo están haciendo así»);
- Darse cuenta de que el cambio es posible
- La apropiación o el desarrollo de destrezas para realizar el cambio recomendado
- Darse cuenta que el cambio de comportamiento será de beneficio;
- Recibir apoyo de parientes y amigos para llevar a efecto el cambio;
- La comprensión de las graves consecuencias de no llevarse a efecto el cambio
- Tener acceso a los productos (por ejemplo, condones) que se necesitan para llevar a efecto el cambio de comportamiento recomendado
- Contar con información correcta sobre el tema

4. TÉCNICAS PARA EL CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO

Las actividades para prevenir y controlar la sífilis (y otras ETS incluyendo el SIDA) que pueden ayudar a disminuir los comportamientos sexuales de riesgo en el ámbito de la salud materno infantil son dos: **la educación y promoción de la salud y la consejería.**

La educación y promoción de la salud, en el contexto de la prevención de la sífilis en el embarazo, es un proceso educativo para el individuo y la comunidad para mantener su salud sexual y reproductiva evitando el contagio y la transmisión de la sífilis y otras ETS. También se dirige a que la comunidad se de cuenta de la necesidad del control prenatal temprano y continuo y de la detección diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud.

La promoción de la salud se refiere a medidas más generales, comunitarias, a través de campañas de información y publicidad, actividades comunitarias y visitas domiciliarias del personal de salud. La educación sobre la prevención de la sífilis puede también ser realizada en el servicio de salud como parte del programa de educación sanitaria de rutina complementada con las actividades comunitarias de salud. En los programas de salud para la madre y el niño y de prevención y control de la sífilis, todas las embarazadas a quienes se les realiza la prueba de RPR deben recibir la información y educación sobre el propósito de la prueba y el significado de los resultados aun cuando éstos son negativos.

Educación y promoción de la salud — Es el proceso de educar a los individuos y las comunidades en aspectos para mantener su salud y evitar el contagio y la transmisión de enfermedades.

La consejería es la interacción persona a persona donde el consejero trata de comprender los problemas y necesidades del paciente y le proporciona una información correcta que le permita al paciente escoger la opción para resolver su problema de salud de manera informada, práctica y apropiada. En los programas de prevención y control de la sífilis, la consejería debe incluir la información específica sobre el caso, guía y apoyo emocional para quienes tengan las pruebas de RPR positivas, ayudándoles a reconocer el riesgo personal y ayudándoles a sobrellevar los problemas asociados con un resultado positivo para la sífilis, así como recomendar el tratamiento y las actividades de seguimiento. La prueba para la detección o screening debe ser realizada en la primera visita de la embarazada para su control prenatal, y la consejería para la mujer sero-reactiva es importante que sea efectuada luego del resultado positivo y durante la misma visita, **así como el tratamiento**. La consejería para la pareja sexual y para ambos puede realizarse tanto en la comunidad como en el servicio de salud, y especialmente cuando se realiza la notificación de la pareja.

Orientación / Consejería — Interacción de persona a persona. El consejero trata de comprender los problemas y necesidades del paciente /cliente y le proporciona información para que éste pueda escoger la opción apropiada, práctica e informada para resolver su situación de salud.

La consejería siempre está relacionada con la comunicación interpersonal. La comunicación interpersonal es el intercambio de información o sentimientos, cara a cara, verbal o no verbal, entre personas o grupos de personas. La educación es una parte integral de la consejería para la prevención y control de la sífilis en los programas de salud para la madre y el niño, y utiliza tanto la comunicación interpersonal como los medios de comunicación. (Comunicación interpersonal y comunicación masiva).

La consejería y educación para la disminución de los comportamientos y prácticas de riesgo debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Encontrar las preocupaciones de cada paciente o cliente y ayudarlo a resolver esos problemas;
- Reducir el número de las parejas sexuales y la frecuencia de nuevas parejas;
- Tener sólo una pareja sexual formal y utilizar el condón con «otras» parejas sexuales

- Evitar prácticas sexuales de riesgo (por ejemplo, el sexo anal, relaciones sexuales casuales o con desconocidas(os), relaciones sexuales cuando existen síntomas de infección)
- Reconocer síntomas de las ETS
- Promover y motivar la autoreferencia al servicio de salud

Puede que una mujer tenga sólo una pareja sexual pero si su pareja tiene otras parejas sexuales, adicionalmente, la consejería debe incluir técnicas para negociar comportamientos sexuales más seguros con su pareja.

Existen varios factores que influyen la posibilidad de cambiar los comportamientos sexuales. Algunas personas podrían cambiar sus comportamientos sexuales si se dan cuenta que la salud del feto, su futuro hijo, está gravemente comprometida si es que no se llevan a efecto los cambios de comportamiento recomendados. Además, es importante que reconozcan que aunque la infección por sífilis es curable, otras ETS relacionadas como el VIH y el herpes no lo son, y, que al estar infectados con sífilis se incrementa el riesgo de infectarse con otras ETS, incluyendo el VIH. Los mismos comportamientos sexuales de riesgo que ocasionaron la sífilis también podrían dar como resultado la infección por el VIH. Deben también comprender que la sífilis y otras ETS podrían no presentar síntomas sino hasta que la enfermedad es permanente y cuando ya se han producido daños irreversibles en ellos mismos, sus parejas sexuales o sus hijos que todavía se están gestando. La habilidad de estas personas para reconocer estos problemas y consecuentemente cambiar sus comportamientos sexuales podría ser influenciada por las estrategias y los programas en los cuales los proveedores de salud realicen la promoción con información precisa y específica sobre estos aspectos.

Los programas y estrategias para el cambio de comportamientos sexuales podrían ser menos efectivos cuando:

- Los mensajes y los programas de distribución de condones no son dirigidos apropiadamente a la población en general (por ejemplo: solo a las mujeres que acceden al control prenatal);
- Los mensajes dirigidos a hombre y mujeres no consideran las condiciones sociales, culturales y económicas locales;
- Los mensajes han sido diseñados sin la información sobre las prácticas sociales y las creencias de la población;
- Los mensajes no toman en cuenta las diferentes necesidades de información tanto de hombres como de las mujeres.
- Los mensajes no enfatizan adecuadamente el rol ni la responsabilidad en el cambio de comportamientos sexuales de los hombres para prevenir la sífilis y otras ETS.
- Los mensajes no toman en cuenta las necesidades de información individual de cada paciente/cliente;
- Los productos o servicios para lograr el cambio de comportamiento (por ejemplo condones o diagnóstico y tratamiento de ETS) no están disponibles

Los mensajes para promover el cambio de los comportamientos sexuales podrían ser más exitosos si estos:

- Son específicos por género;
- Son consistentes con «las intenciones de comportamiento» de la audiencia;
- Son adaptados culturalmente y fáciles de ser aceptados como normas para el grupo al cual se dirigen
- Permiten las opciones, de manera que las parejas puedan negociar su propia «comodidad» dentro de una variedad de comportamientos sexuales;
- Permiten el espacio para las soluciones generadas por la comunidad;
- Sean reforzados por ayudas visuales para que se recuerden los detalles;
- Sean reforzados por la «práctica» del comportamiento recomendado deseado (en el manejo de los condones, en cómo negociar el uso del condón);
- Sean transmitidos por varios medios y por fuentes de información confiables.

5. COMPORTAMIENTO Y ACTITUDES DE LOS PROVEEDORES DE SALUD

El error o la incapacidad de los proveedores de salud para diagnosticar y tratar en forma efectiva la sífilis y otras ETS y dar la consejería correspondiente en las embarazadas permite la transmisión y progresión ininterrumpida de la enfermedad y conduce al aumento de las muertes perinatales. El no realizar actividades amplias y de calidad en la prevención y control de la sífilis es una oportunidad perdida por los proveedores de salud para realizar una gran contribución en la reducción de las muertes y de la enfermedad por sífilis, otras ETS y el VIH.

Es muy importante considerar que se requieren cambios en el comportamiento y en la actitud de los proveedores de salud que trabajan en los servicios de control prenatal para que puedan implementar eficientemente los protocolos de prevención de la sífilis como parte importante de su trabajo de manera que puedan mejorar sus habilidades para la consejería para a disminución de riesgos, en la detección o screening, para el diagnóstico, para el tratamiento y la consejería de las mujeres con resultados positivos y de sus parejas sexuales.

Los proveedores de salud tienen la responsabilidad de propiciar un medio ambiente sin prejuicios, disponer y otorgar información real, concreta y correcta, disipar mitos y creencias que puedan ser de riesgo, y respetar a todos sus pacientes o clientes manteniendo la confidencialidad. Deben asumir los roles de consejeros, maestros, profesionales de la salud y líderes en su comunidad.

Es esencial que el proveedor de la salud se de cuenta de sus propios valores y prejuicios acerca de su sexualidad y conozca las prácticas sexuales de la comunidad para tomarlas en cuenta en la práctica con los usuarios de los servicios de salud. Esto ayuda al proveedor de la salud a aceptar los valores y los sentimientos de sus pacientes. Deben crear un ambiente donde el paciente se sienta libre para expresar sus sentimientos y preocupaciones sin miedos ni prejuicios.

RESUMEN - Capítulo 6

- 1) Los factores y los cambios sociales como el incremento de la migración y de la movilidad, la desigualdad de la mujer, las creencias religiosas y culturales junto con la falta de disponibilidad de servicios de salud apropiados pueden influir los comportamientos sexuales y contribuir con la transmisión de las ETS. Estos factores y cambios podrían crear normas sociales que motiven las relaciones sexuales casuales y con múltiples parejas, incrementar la dependencia de las mujeres y disminuir la aceptabilidad y el acceso del uso del condón.
- 2) El comportamiento sexual de protección y el de búsqueda de atención de la salud de la comunidad, interactúan para influenciar la transmisión de la sífilis entre las embarazadas y sus parejas.
- 3) Aunque existen muchas barreras para el cambio del comportamiento sexual, existen también varios motivadores para el cambio. Los motivadores incluyen la percepción de los individuos del riesgo personal, la comprensión y el darse cuenta de los resultados positivos del comportamiento recomendado, el darse cuenta de que los comportamientos recomendados son factibles en la práctica y que ellos son la norma social.
- 4) La educación y promoción de la salud y la consejería son dos técnicas para promover el cambio de comportamientos. La consejería es una interacción de persona a persona en la cual el consejero trata de comprender las necesidades personales del paciente o cliente y le proporciona la información que permita la opción apropiada para resolver su situación de salud. A través de la educación y promoción de la salud se provee de información y destrezas a los individuos y a las comunidades para mantener su salud.
- 5) Para crear un ambiente en el cual los clientes se sientan libres para expresar sus problemas y sentimientos, sin miedos ni prejuicios, los proveedores de salud deben estar conscientes de sus propios valores y prejuicios y evitar imponerlos sobre sus pacientes o clientes.
- 6) Las responsabilidades de los proveedores de salud en la promoción del cambio de comportamientos como parte de la prevención y control de la sífilis en los programas de salud para la madre y el niño incluye el respeto hacia los pacientes o clientes, observar la confidencialidad, la otorgación de información real y correcta y el disipar los mitos.

Módulo 7

CONSEJERÍA A MUJERES EMBARAZADAS CON SEROLOGÍA POSITIVA Y A SUS PAREJAS

1. Satisfacción de las necesidades y expectativas
2. Comunicación verbal y no verbal
3. Conductas básicas de los proveedores de salud en la consejera a pacientes seropositivos
4. Tópicos en la consejería para sífilis
5. Estrategias para la notificación de las parejas
6. Como utilizar el condón
7. El ambiente de la consejería

1. SATISFACCION DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

Algunas personas tienen necesidades especiales porque pertenecen a un «grupo desprotegido» mientras que otros tienen un alto riesgo de problemas de la salud sexual o reproductiva. Otras necesidades especiales podrían ser causadas por las limitaciones en la habilidad del cliente de cuidar su propia salud, ya sea por incapacidad mental, o por dificultades emocionales o físicas o por la edad. Pocos clientes podrían tener personalidades muy difíciles para tratarlos.. Es importante reconocer cuándo un cliente necesita más consejería que la usual y cuándo debe referirse al cliente a alguien especializado para el manejo de su situación especial. Los clientes con una prueba positiva de RPR en tarjeta y sus parejas a menudo tienen necesidades especiales para la consejería y la educación.

Estrategias para el trato con los pacientes o usuarios con necesidades especiales.

El proveedor de salud debe adoptar estrategias específicas para la consejería de las embarazadas con una prueba de RPR positiva. Estas estrategias incluyen aquellas concernientes al comportamiento y a las actitudes propias del proveedor del servicio de salud, el comportamiento del usuario del servicio o paciente y de cómo se conduce la sesión de consejería.

- **La actitud del consejero.** El consejero debe conocer bien el problema de la sífilis y proporcionar la información correcta al usuario. Debe poseer ciertas cualidades y demostrar destrezas para comunicar efectivamente la información y motivar al usuario para un cambio en su comportamiento. Debe ser amable, sentir verdaderamente la preocupación por los problemas del usuario, comprensivo, infundir confianza, y no tener prejuicios

El consejero debe tener la habilidad para mantener la confidencialidad, asegurar al usuario que puede recibir ayuda para su problema, y explicar y disipar mitos y creencias erróneas sobre la enfermedad. Debe respetar al usuario así como a sus necesidades. El consejero debe estar consciente de sus propios valores cuando aconseja a sus usuarios.

- **La actitud del usuario.** Los usuarios con resultados de RPR positivos pueden sentirse deprimidos, culpables, avergonzados, frustrados, sentirse inferiores, enojados o con pena por ellos mismos. Una mujer embarazada podría tener miedo de la reacción (tal vez violenta) de su pareja cuando conozca el resultado de la prueba. El estigma de la sociedad que se asocia a la enfermedad no ayuda para resolver el problema. Los usuarios con necesidades especiales requieren una y otra vez saber que con seguridad solucionarán el problema, que tendrán la asistencia para ganar confianza en su habilidad para solucionar el problema, que recibirán información correcta para disipar ideas erróneas sobre la enfermedad y guía para desarrollar destrezas para negociar la resolución del problema con sus parejas.
- **La sesión de consejería.** Durante la sesión de consejería el consejero debe utilizar destrezas de comunicación apropiadas y cuando sea posible ayudas visuales para que el usuario comprenda la información con claridad y pueda tomar acciones que resulten en la solución del problema. Algunas veces los proveedores de salud están tan ocupados o con tanta presión en el trabajo que no toman en cuenta el aspecto sobre todo importante de hacer

que el usuario se sienta tranquilo y sin temor. El consejero debe asegurar que la conversación tenga lugar en un ambiente tranquilo, amable y que permita la confidencialidad.

COMUNICACIÓN VERBAL Y NO-VERBAL

La comunicación entre el proveedor de salud y el usuario es un proceso de ida y vuelta, de enviar y recibir mensajes entre individuos o grupos. Buenas destrezas de comunicación son esenciales para la educación efectiva de la salud y la consejería. Tales destrezas pueden ser aprendidas y los proveedores de la salud debe ser capacitados sobre las formas para mejorar sus destrezas de comunicación. Un buen consejero sabe cómo utilizar las destrezas de la comunicación verbal y no verbal en la consejería.

Destrezas para la comunicación verbal y no-verbal

La comunicación no verbal incluye la expresión corporal del proveedor de salud así como el ambiente en el servicio de salud. Estos factores pueden facilitar o perjudicar el proceso de la comunicación.

Actitudes positivas no verbales, incluyen: proveer privacidad en un ambiente del servicio de salud limpio, ser amable, mostrar una expresión facial de interés, no mostrar despreocupación y mirar de frente al usuario o paciente.

La comunicación verbal incluye la forma en que se proyecta la voz, el tono que se emplea, y las emociones que se expresan así como las palabras y términos que son utilizados para transmitir la información. El tono de voz puede comunicar diferentes emociones (por ejemplo, rabia, aburrimiento, felicidad, frustración, disgusto, miedo y desinterés). La consejería efectiva se beneficia cuando el consejero aplica las destrezas de la comunicación y hace que el usuario crea y esté seguro de que su problema puede ser solucionado.

Las destrezas verbales positivas incluyen: hablar en el mismo lenguaje del usuario, preguntar acerca del usuario mismo, elogiar y motivar apropiadamente, utilizando un lenguaje simple y aclarando las respuestas.

Los siguientes acrónimos pueden ayudar a los consejeros a recordar algunas destrezas para la consejería efectiva:

Salude	Clarifique
Informe sobre el tema	Aliente
Escuche	Respete
Mire a los ojos	Ayude a decidir
Pregunte	
Repita	
Elogie y motive	

3. ACTITUDES BÁSICAS DE LOS PROVEEDORES DE SALUD EN LA CONSEJERÍA A PACIENTES SEROPOSITIVOS

Porqué la consejería y la orientación son importantes

La consejería y la orientación están en el centro de un programa efectivo de prevención y control de la sífilis y son tan importantes como el tratamiento. La presentación de la información, completa y precisa ayuda a las embarazadas con sífilis a comprender la gravedad de la enfermedad que llevan y les permite realizar decisiones informadas. La forma en la cual la información es proporcionada puede establecer la diferencia entre el cumplimiento y el no cumplimiento del tratamiento y la notificación de la pareja, y la adopción o el rechazo al comportamiento sexual recomendado.

La consejería debe ser llevada a cabo de una manera humana y digna, teniendo en cuenta que muchas veces hablar sobre sexualidad para muchas personas es todavía difícil, se deben considerar las creencias sobre el sexo, las prácticas sexuales locales y las ETS, con respeto, privacidad y confidencialidad.

Las actitudes básicas de los proveedores de salud para la consejería efectiva de los pacientes sero- positivos incluyen:

- ***Establecer una buena relación;***
- ***Expresar una verdadera preocupación y atención***
- ***Evitar los prejuicios y ser objetivo;***
- ***Motivar la discusión sobre creencias y sentimientos***
- ***Evitar dar una disertación;***
- ***Utilizar preguntas abiertas y cerradas***
- ***Escuchar las preocupaciones y miedos del usuario;***
- ***Evitar generar miedo o vergüenza***
- ***Ser persuasivo, pero no impositivo***
- ***Utilizar comunicación no verbal además de las palabras;***
- ***Mantener la confidencialidad***
- ***Proveer información correcta y fácil de entender***
- ***Estar abierto y flexible en la discusión de las preferencias y prácticas sexuales***
- ***Facilitar el proceso de toma de decisión y planificación sin ser dominante***
- ***Ser realista, reconocer las limitaciones personales y las limitaciones del paciente para el cambio de algunas creencias y prácticas***
- ***Ser constructivo y positivo aún en situaciones difíciles de consejería***

4. TEMAS EN LA CONSEJERÍA / ORIENTACION PARA LA SÍFILIS

Mensajes o contenido de la consejería

Es importante abarcar los siguientes temas o mensajes cuando se da consejería a los usuarios con resultados positivos de RPR para la sífilis.

- El significado y resultado de la prueba de sangre para la detección de la sífilis
- Sífilis:
 - qué es
 - cómo se transmite
 - las consecuencias para la salud de la mujer
 - las consecuencias para la salud del bebé
 - las consecuencias para la salud de la pareja sexual
- Tratamiento para la sífilis
 - Importancia de las consultas prenatales continuas durante el embarazo
 - La necesidad una consulta de seguimiento y control a las 28 semanas de gestación o en el parto
- Qué es la reinfección y cómo protegerse de la reinfección
- Cómo notificar a la pareja sexual
 - la tarjeta de notificación
 - cómo eliminar las barreras para la notificación
- Formas de hablar con la pareja sexual sobre la abstención de las relaciones sexuales, usar el condón y/o evitar comportamiento sexual de riesgo
- Información sobre VIH y otras ETS

Además el consejero debería estar preparado para informar sobre cualquier aspecto sobre la sífilis que sea de preocupación del usuario.

Es posible que algunos hombres tengan reacciones de violencia o de abuso (físico o emocional) hacia su pareja, mujer embarazada y con resultado de RPR positivo para sífilis, cuando ellos sepan que también ellos (los hombres) deben recibir tratamiento. Los proveedores de salud necesitan estar conscientes de esta posibilidad cuando realizan la consejería a las mujeres seropositivas y a sus parejas.

En muchos países, existen agencias del gobierno y organizaciones no-gubernamentales y otros servicios para prevenir la violencia intrafamiliar y ayudar a las mujeres víctimas de este tipo de violencia. Estas agencias pueden proporcionar la información sobre los recursos para la educación y la capacitación, centros de referencia, de denuncia y otros servicios que podrían ser importantes para la implementación de un programa de prevención y de control de la sífilis en el

contexto de la salud para las madres y los niños. Si el consejero o proveedor de salud no tiene la destreza y el conocimiento para tratar efectivamente la posibilidad de la violencia intrafamiliar, podría referir al usuario a una de estas agencias.

La consejería a las mujeres embarazadas seropositivas se dirige a ayudarlo a entender qué es la sífilis, hacer que su pareja sexual reciba tratamiento, evitar la reinfección y adoptar un comportamiento sexual saludable y de búsqueda de atención para su salud.

En resumen, el proceso de consejería incluye lo siguiente:

- Evaluar el conocimiento presente de sífilis, proveer la información necesaria y corregir los rumores e información incorrecta
- Explicar sobre los riesgos para la salud de la sífilis no tratada para la madre, la pareja y el producto
- Informar al usuario sobre el comportamiento y las acciones recomendadas.
- Identificar las barreras posibles para adoptar los nuevos comportamientos para disminuir los riesgos
- Analizar las posibles alternativas de acción para eliminar las barreras.
- Asistir a los usuarios en la toma de las decisiones necesarias y a desarrollar la acción correspondiente incluyendo el mejoramiento de las destrezas de negociación.
- Reforzar el sentido de auto-estima y la habilidad para llevar a cabo la decisión.
- Proporcionar condones e información correcta sobre su uso
- Dar a la paciente la tarjeta de notificación para su pareja y todo el apoyo posible para llevar a cabo las acciones decididas
- Identificar las necesidades especiales y asistencia adicional cuando sean necesarias o referir al paciente o usuario si así se considera
- Planificar el seguimiento para asegurar el cumplimiento y discutir cualquier problema que pueda presentarse en la implementación del plan
- Responder cualquier pregunta adicional
- Verificar la comprensión del problema, sus consecuencias y sus soluciones.

5. ESTRATEGIAS PARA LA NOTIFICACION DE LAS PAREJAS

Uno de los componentes más difíciles en los programas de prevención y control de la sífilis es el de la notificación de la pareja sexual de las mujeres embarazadas, tanto para su tratamiento como para la consejería. En la consejería a las mujeres embarazadas seropositivas, el consejero debe explorar cómo asegurar la mejor forma de que la mujer pueda comunicar a su pareja sexual el resultado de la prueba de sífilis y la necesidad de acudir al servicio de salud para el tratamiento y la consejería. Muchas mujeres serán renuentes a decirles a sus parejas sexuales que tienen una ETS por temor a la violencia, al abandono o sustitución.

A continuación se describen algunas formas utilizadas para la notificación de las parejas:

- Indicar a la pareja sexual que existe un problema en la sangre de la madre que puede afectar el embarazo y el producto del embarazo;
- Enviar una nota a la pareja sexual invitándole a acudir personalmente al servicio de salud.
- Enviar a un trabajador comunitario de la salud, una trabajadora social o una enfermera para una visita domiciliaria para convencer a la pareja sexual que debe acudir al servicio de salud
- Escribir una carta solicitando el permiso correspondiente al trabajo de la pareja sexual, para que acuda al servicio de salud.

Una tarjeta de notificación para la pareja sexual es un mensaje simple - como en el ejemplo- que puede ser preparado para ser entregado por el personal de salud o enviado con la misma mujer embarazada personalmente. Si la mujer escoge informar personalmente a su pareja, es de mucha ayuda hacer que ella practique la explicación, con sus propias palabras de cómo ella le dirá a su pareja el resultado de la prueba y que debe ir al servicio de salud para recibir el tratamiento.

Aunque la notificación a la pareja y el tratamiento son esenciales para prevenir consecuencias negativas del embarazo, la decisión de acudir para el tratamiento es asunto entre la mujer seropositiva y su pareja. Los consejeros deberán evitar que terceras personas (parientes, amigos, autoridades) tomen parte en la decisión. Es también esencial mantener la confidencialidad al notificar a las parejas, solamente el personal de salud y la mujer embarazada deben ser quienes participen en la notificación en esta situación específica. Una vez establecido el diagnóstico en una mujer seropositiva, esperar y no realizar el tratamiento inmediatamente o hasta que ella venga con su pareja se constituye en una violación a la ética profesional.

El proceso de atención de las parejas sexuales

Debe establecerse un sistema que permita que las parejas acudan al servicio de salud luego de haber sido notificados para su tratamiento y consejería inmediata, evitando que esperen o tengan que hacer fila para ser atendidos. Los proveedores de salud y los consejeros deberán también proporcionar la información sobre los lugares de referencia para que las parejas puedan recibir tratamiento, lugares que puedan ser más aceptables para algunos hombres.

Algunas parejas podrían solicitar que se les realice la prueba a ellos mismos. En estos casos, los consejeros deben enfatizar la importancia de que ambos deben ser tratados para tener un bebé saludable, y que no es importante encontrar quien es la causa de la infección. La infección podría haber ocurrido antes de la unión de la pareja. También es posible que se haya tenido a infección por mucho tiempo sin haberlo sabido puesto que a veces pasa desapercibida.

La cooperación de las parejas

La mayoría de las conductas recomendadas como parte de la consejería a las mujeres seropositivas requieren de la cooperación o participación de sus parejas sexuales. Los hombres quienes voluntariamente buscan su tratamiento serán quienes más fácilmente consideren los cambios de comportamiento sexual recomendados. La consejería a las parejas podría abarcar los mismos tópicos que para la consejería para la sífilis a las mujeres embarazadas, con énfasis en la responsabilidad del hombre para la búsqueda de atención de salud y el cambio del comportamiento sexual.

Disipando conceptos equivocados

Debe motivarse a las parejas sexuales a discutir sobre sus propias creencias, sentimientos y preocupaciones por haber contraído la sífilis, así como sobre su percepción de los obstáculos para llevar a cabo el cambios de comportamiento recomendado.

La consejería para las parejas deberá incluir la ayuda a los hombres a disipar algunos conceptos equivocados sobre los condones y modificar la aversión al uso del condón. Los hombres, así como las mujeres, podrían no tener la experiencia ni la habilidad para utilizar el condón correctamente. Debe hacerse hincapié en que cualquier persona puede contagiarse de sífilis, que no está limitada sólo a las trabajadoras sexuales comerciales, y que cualquier pareja sexual podría tener sífilis.

El rol de los consejeros hombres

Podría ser difícil para las proveedoras de salud -mujeres- dar consejería a los hombres, y motivarles a discutir sus creencias y sentimientos relacionados con el sexo, para motivar en forma efectiva el cambio de comportamiento sexual y el uso del condón.

Aún los materiales muy bien diseñados y las ayudas visuales no sustituyen la consejería «hombre a hombre». Cuando se pueda, las estrategias de consejería al mismo sexo podrían ser incluidas en la planificación de programas para la prevención de la sífilis.

Vea también para mayor información Módulo 3 (La importancia de la notificación a la pareja).

6. COMO UTILIZAR EL CONDÓN

Uno de los más importantes aspectos en el comportamiento sexual que requieren las mujeres seropositivas es la cooperación de sus parejas en relación al uso del condón. El uso del condón no es cuestión de «saber cómo» sino es una interacción compleja en la dinámica de la pareja, la historia sexual, los sentimientos y las actitudes personales. El saber que es algo que utiliza la pareja y no solamente el hombre hace que su uso aumente en las relaciones sexuales.

Pasos para el uso correcto del condón

1. Si es posible hable sobre el uso del condón con su pareja antes de cualquier actividad íntima. De esta manera ambos estarán dispuestos a utilizar el condón en la relación sexual.
2. Verifique la fecha de vencimiento / o de fabricación y el colchón de aire.
3. Abra el envase y saque el condón con cuidado. No desenrolle el condón antes de colocárselo.
4. Sujete la punta del condón para dejar un espacio y coloque la abertura del condón sobre la cabeza del pene erecto. En caso de no haber sido circuncidado primero baje la piel hacia atrás.
5. Desenrolle el condón hasta la base del pene. No trate de colocarlo como si fuera una media.
6. Si usa lubricación, asegúrese que sea un lubricante acuoso. No utilice grasa, aceite o vaselina porque éstos harán que el condón se rompa.
7. Disfrute de la relación sexual con su pareja! Asegúrese de usar un condón nuevo antes de cada relación sexual.
8. Después de la eyaculación, retire el pene de la vagina mientras todavía está erecto para que el condón no se resbale y se salga.
9. Retire el condón del pene jalando con una mano de la abertura y con la otra mano de la punta con semen, tenga cuidado de no derramar el líquido.
10. Amarre la abertura del condón con un nudo lo más cercano a la abertura posible para prevenir que el líquido salga.
11. Envuelva el condón en un papel o en una bolsa de plástico y déjelo cerca de su cama para desecharlo después en la letrina o en otro lugar fuera del alcance de los niños.

7. EL AMBIENTE DE LA CONSEJERIA

El estrés del trabajo puede hacer difícil una consejería efectiva, especialmente el estrés causado por la comunidad, los colegas, la familia, los amigos. El estrés puede estar ocasionado por los usuarios que no cumplen con las conductas recomendadas para disminuir los riesgos. A menudo la situación en los servicios de salud donde se realiza la consejería no es la ideal y hace que la consejería a las embarazadas seropositivas no sea completa ni de calidad. Algunos problemas comunes en los servicios de salud donde se realiza consejería para ETS son:

- Falta de un espacio adecuado y privado para realizar las pruebas y la consejería
- Tiempo inadecuado para la consejería
- Falta de insumos, por ejemplo, condones
- Falta de materiales para la educación en salud y consejería
- Capacitación inadecuada de los proveedores de salud en consejería para la sífilis
- Excesiva carga de trabajo y muchas responsabilidades de los proveedores de salud

RESUMEN - Módulo 7

- 1) Las mujeres embarazadas seropositivas y sus parejas a menudo tienen necesidades especiales, pueden sentirse deprimidos, avergonzados, o enojados por los resultados de la prueba, pueden tener miedo de la reacción de sus parejas. Los proveedores(as) de salud pueden utilizar las destrezas para la comunicación y su conducta personal para ayudar a los usuarios a entender qué es la sífilis, hacer que las parejas sexuales reciban tratamiento, evitar la reinfección y hacer que se adopten conductas sexuales saludables.
- 2) Las destrezas verbales positivas incluyen preguntar al usuario sobre su persona, motivar y elogiar, utilizar lenguaje simple y respuestas aclaratorias. Las destrezas positivas no-verbales incluyen la privacidad, un servicio de salud limpio y mostrar una verdadera expresión de interés. Lo que el consejero dice debe siempre estar apoyado en cómo lo dice.
- 3) Las técnicas importantes de la consejería incluyen el establecer una buena relación, utilizar preguntas abiertas y cerradas, ser amplio y sin prejuicios, expresar preocupación y facilitar la toma de decisiones. Los mensajes importantes en la consejería incluyen: qué es la sífilis, el tratamiento para la sífilis, cómo ocurre la reinfección, cómo protegerse de la reinfección, cómo notificar a la pareja sexual, y cómo debe hacerse el seguimiento necesario.
- 4) Los usuarios que saben cómo utilizar correctamente el condón estarán mejor dispuestos a utilizarlo.
- 5) El tratamiento a la pareja sexual de la mujer embarazada seropositiva es esencial para prevenir la reinfección y las consecuencias adversas de la sífilis sobre el embarazo. Los hombres necesitan información especial y apoyo. Los usuarios seropositivos podrían también requerir ayuda para la notificación a sus parejas sexuales y para comunicarles los resultados de la prueba y la necesidad de tratamiento.

Módulo 8

UTILIZANDO MATERIALES DE APOYO PARA LA EDUCACIÓN Y LA CONSEJERÍA

1. Materiales de apoyo
2. Proceso de Desarrollo de Materiales
3. Evaluando los Materiales de Apoyo
4. Utilizando Materiales de apoyo en la consejería individual y a parejas
5. Utilizando Materiales de Apoyo en la Educación Grupal
6. Visitas Domiciliarias para la Notificación de Parejas

1. MATERIALES DE APOYO

¿Qué son los materiales de apoyo?

Cualquier material que ayuda a mejorar la interacción entre el proveedor de salud y el cliente es un material de apoyo. Incluyen posters, folletos, tiras cómicas, cuadros, rotafolios, cuadernillos, hojas de información, juegos y tarjetas. Pueden estar completamente o parcialmente ilustrados y son útiles en la consejería porque ellos permiten:

- Mantener la atención del paciente o usuario del servicio
- Proporcionar mayor información sobre el tema en discusión
- Ilustran conceptos importantes y difíciles de comprender
- Ayudan a explicar temas muy delicados
- Refuerzan la comunicación verbal
- Ayudan al consejero a recordar el contenido que debe abarcarse
- Ayuda a los clientes a recordar la información y las instrucciones
- Sirven como un medio de proporcionar información consistente a los clientes
- Sirven como un medio de diseminar la información a un mayor número de personas en la comunidad
- Demuestran que los proveedores de salud tienen interés en la situación de los clientes
- Ayudan al cambio de conductas si son apropiadamente diseñados

Utilizar Materiales de Apoyo hace que la información sea más creíble!

Materiales de apoyo para la consejería y la educación sobre sífilis

Los materiales para la consejería y la educación sobre la sífilis deben ser utilizados apropiadamente para lograr la efectividad en la provisión de la información que requieren las embarazadas seropositivas y sus parejas. Los materiales de apoyo pueden ayudar a los proveedores de salud, que siempre están ocupados, a recordar el contenido y a estandarizar la información en la consejería para la sífilis. Para proveer el máximo apoyo a los proveedores de salud responsables de la consejería y la educación para la sífilis, se requieren varios tipos de materiales. Estos incluyen materiales para la consejería a las mujeres embarazadas y sus parejas, para la notificación de las parejas, para la educación de las parejas y para la educación de la comunidad.

Consejería para la mujer embarazada y su pareja sexual:

Estos materiales (pueden ser rotafolios, tarjetas con indicaciones o video) son diseñados para ser utilizados en el servicio de salud por los proveedores de salud para la consejería después de un resultado positivo para el diagnóstico de la sífilis. Deben contener los hechos básicos sobre la sífilis, las acciones o el comportamiento sexual para las embarazadas seropositivas, y la guía para vencer las posibles barreras para cambiar su comportamiento.

Notificación a las parejas:

Este material puede ser una tarjeta o carta para informar a la pareja de la mujer embarazada de que debe acudir al servicio de salud. Puede ser entregada por el personal de salud a la pareja de la embarazada o puede ser entregada a la mujer embarazada luego de la sesión de consejería, para que ella le entregue personalmente si ella decide hacerlo así. Recuerde que si la mujer prefiere informar a su pareja, sería de mucha ayuda que ella practique la explicación de cómo le dirá a su pareja que tiene que acudir al servicio de salud para recibir tratamiento. En el Módulo 7 se discuten posibles mensajes para incluirlos en el material para la notificación de la pareja.

Educación a la pareja:

Estos materiales claramente señalan las responsabilidades específicas de las parejas de las mujeres seropositivas, prácticas generales para el sexo seguro, y el comportamiento sexual recomendado así como la búsqueda de atención de su salud.

Educación comunitaria:

Estas actividades y materiales como los folletos o panfletos o juegos que contienen información general sobre la prevención de la sífilis y otras ETS pueden ser utilizados en sesiones de educación sexual y reproductiva dirigidas a la comunidad. Los materiales de consejería del servicio de salud pueden ser utilizados en charlas de educación grupal. Son también importantes los materiales que promueven la importancia del control prenatal temprano dirigidos a la comunidad.

2. EL PROCESO DE DESARROLLO DE MATERIALES

Los materiales de apoyo están generalmente designados para ser utilizados como parte de una estrategia o campaña de comunicación. Son desarrollados después de investigar a situación, los interrogantes y los conceptos equivocados que preocupan a los pacientes, usuarios del servicio y a los proveedores de salud, y están dirigidos a audiencias específicas. Los pasos básicos en la producción de materiales de apoyo son:

- *Definir los objetivos y la audiencia para la estrategia*
- *Reunir información sobre las conductas de la audiencia*
- *Desarrollar mensajes en base a la investigación*
- *Trabajar con artistas gráficos para crear mensajes en forma visual y escrita*
- *Desarrollar un modelo en borrador del producto*

- Validar el modelo;
- Revisar los mensajes y las formas visuales con los resultados de la validación
- Producir el material;
- Capacitar al personal en el uso del material
- Distribuir y utilizar el material de acuerdo a la planificación
- Evaluar la efectividad del material;
- Revisar el material si es necesario
- Asegurar la disponibilidad continua del material.

3. EVALUACIÓN DE LOS MATERIALES DE APOYO

Para evaluar si los mensajes y el material son útiles contribuyendo al éxito de la promoción del cambio del comportamiento, es necesario examinar su contenido, apariencia y las acciones que promueve.

El **contenido** de los materiales podrá contribuir al cambio del comportamiento si es que:

- La información es técnicamente correcta
- Solamente se presentan los hechos esenciales, de manera clara y de fácil comprensión
- La información es completa
- El mensaje refleja las necesidades específicas de información para cada población a la cual se dirige (por ejemplo, hombres, embarazadas, gente de influencia en la comunidad, adolescentes)
- El mensaje tiene un punto de vista positivo y no infunde miedo o castigo con respecto al cambio del comportamiento sexual.

Los materiales serán más interesantes si:

- El mensaje es comprensible para la audiencia a la cual se dirige
- Las imágenes son complementarias con el mensaje escrito;
- Las imágenes y el contenido son culturalmente apropiados
- Las imágenes y el formato son agradables a la vista
- Las imágenes que acompañan la información escrita son comprensibles para la audiencia a la cual se dirigen
- El formato es fácil de ser utilizado, atractivo y del tamaño apropiado.

Los materiales tendrán mayor posibilidad de influenciar la acción a tomarse si:

- El mensaje promueve una acción específica que la audiencia lleve a cabo para el cambio del comportamiento recomendado;
- El mensaje enfatiza las barreras posibles o la resistencia a los cambios de comportamiento recomendados
- El mensaje refuerza la confianza y habilidad personal para lograr el comportamiento recomendado
- El mensaje es realista y aceptable culturalmente, o con razones apropiadas culturalmente para el cambio del comportamiento recomendados

4. UTILIZANDO MATERIALES DE APOYO EN LA CONSEJERÍA INDIVIDUAL Y DE LAS PAREJAS

Utilizando materiales de apoyo

Aunque los materiales de apoyo están diseñados para reforzar los mensajes verbales de los proveedores de salud, ellos no son un sustituto de las buenas destrezas de la comunicación interpersonal. Si son apropiadamente utilizados, los materiales de apoyo pueden reforzar los mensajes que los consejeros dan a los clientes. Las siguientes sugerencias se refieren al uso de folletos ilustrados y pueden aplicarse a otros materiales impresos:

- *Revise cada uno de los mensajes incluidos en el material con el cliente. Esto le dará la oportunidad de mostrar y de explicar el problema y a responder las preguntas que el cliente pueda tener acerca del problema de salud.*
- *Señale el dibujo o las imágenes. Esto ayudará que el cliente asocie las ilustraciones con el cambio de comportamiento recomendado.*
- *Observe al cliente para reconocer su comprensión o preocupación. Motive las preguntas o hable sobre sus preocupaciones*
- *Entregue el material para que lleve a casa y que lo comparta con otras personas.*

Utilizando los materiales para la consejería.

(Un ejemplo de materiales para la consejería se incluye en Materiales para la Educación y Consejería en la última sección de este manual.)

Se presentan: 5 tarjetas para la mujer embarazada
6 tarjetas para la pareja
1 folleto dirigido a la embarazada para llevar a casa
1 folleto dirigido a la pareja para llevar a casa.

<p>Tarjetas para la mujer embarazada (Para ser utilizada con las embarazadas seropositivas)</p> <p>TARJETA 1 Contiene la información básica sobre la sífilis</p> <p>TARJETA 2 Describe LA NOTIFICACIÓN A LA PAREJA, cómo podría la mujer embarazada negociar con su pareja para que se realice el tratamiento y las opciones para la abstención de las relaciones sexuales o el uso del condón durante siete días.</p> <p>TARJETA 3 Explica la transmisión de la enfermedad, cómo se contagia de una persona a otra.</p> <p>TARJETA 4 Describe la conducta que se espera de la pareja sexual, una sola pareja sexual o el uso del condón.</p> <p>TARJETA 5 Sugiere opciones para que la mujer negocie el problema con su pareja.</p>	<p>Tarjetas para la pareja (Para ser utilizada con la pareja sexual de una mujer seropositiva)</p> <p>TARJETA 1 Contiene la información básica sobre la sífilis</p> <p>TARJETA 2 Informa a la pareja la necesidad de abstenerse de las relaciones sexuales o utilizar el condón siempre, y motivar a la mujer a acudir a los controles prenatales en el servicio de salud para asegurar el parto de un bebé saludable.</p> <p>TARJETA 3 Explica la transmisión de la enfermedad, cómo se contagia de una persona a otra</p> <p>TARJETA 4 Describe la necesidad de que la pareja sexual informe a sus otras parejas sexuales que él tiene la infección, y la necesidad de tener sólo una pareja sexual y reducir el número de otros contactos sexuales, o utilizar condones siempre con otras parejas.</p> <p>TARJETA 5 Explica las ventajas del uso del condón y motiva a la pareja a utilizar el condón con otras parejas sexuales</p> <p>TARJETA 6 Describe el uso del condón.</p>
--	---

Las tarjetas para la consejería deberían ser utilizadas para la comunicación de información correcta y precisa al cliente. Para utilizarlas en forma efectiva el consejero debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Seleccionar el juego apropiado de tarjetas para el cliente — hombre o mujer.
- Sostener la tarjeta de manera que el cliente vea las ilustraciones y las imágenes claramente. El consejero deberá asegurarse de que las imágenes estén siempre visibles y no cubiertas por otras tarjetas.

- Señalar cada imagen con su mano libre mientras se explica el texto correspondiente que está escrito en el reverso de la tarjeta. El consejero deberá utilizar las destrezas de comunicación verbales y no verbales apropiadas.
- Hacer pausas para dar la oportunidad que el cliente pueda hacer preguntas. También pedir al cliente que repita, en sus propias palabras, los mensajes importantes.
- Resumir los puntos importantes para asegurar que el cliente ha comprendido todo el mensaje.
- Seleccionar la siguiente tarjeta cuando el cliente está listo para recibir más información o como él vea conveniente.
- Colocar las tarjetas otra vez en orden para utilizarlas con el siguiente cliente, al final de la sesión de consejería.

Folletos para llevar a casa

Al final de la sesión de consejería a la mujer embarazada debe entregarse folletos para llevar a la casa. Es importante que el consejero explique el contenido de todo el folleto de manera que el cliente comprenda los mensajes. Lo mismo debe hacerse cuando se entrega el folleto a la pareja.

5. UTILIZANDO LOS MATERIALES DE APOYO PARA LA EDUCACIÓN DE GRUPOS

Las discusiones o la educación de grupos son buenas maneras de proporcionar la información sobre la sífilis simultáneamente a más de una persona. Ellos pueden compartir sus experiencias y ayudarse unos a otros a realizar las mejores decisiones. Los grupos también permiten que los proveedores de salud o consejeros aprendan y escuchen las preocupaciones e ideas de los clientes, sirven también para responder preguntas que en otra situación serían difíciles de ser realizadas por timidez o por vergüenza.

Las discusiones de grupo sobre la sífilis pueden ser realizadas mientras los pacientes o clientes esperan su turno para ser atendidos en el servicio de salud (en los servicios de control prenatal, de planificación familiar, en servicios de atención primaria de la salud o en servicios para atención de ETS). Pueden también llevarse a cabo en lugares donde la comunidad se reúne habitualmente: reuniones comunitarias, grupos en las escuelas, iglesias, clubes y otros grupos organizados.

Sugerencias para dirigir las discusiones de grupo

- Escoja un lugar tranquilo y con espacio adecuado. Evite lugares donde las personas entran y salen.
- Limite los grupos en lo posible a diez personas o menos.

- Haga que los miembros del grupo se sienten en un círculo
- Preséntese y explique el motivo de la discusión.
- Ayude a que los miembros del grupo se sientan cómodos. Esto podría hacerse mediante algún juego corto o solicitando a los participantes que cada uno se presente.
- Inicie la discusión presentando la información en forma clara
- Utilice palabras que todos en el grupo comprendan
- Muestre ejemplos de condones cuando hable sobre ellos. Haga que los miembros del grupo los vean, los toquen y los abran.
- Utilice rotafolios, tarjetas con indicaciones, franelógrafo, pizarra para mostrar los puntos importantes
- Haga muchas preguntas. Motive a los miembros del grupo a discutir entre ellos las respuestas.
- Solicite que los miembros del grupo hablen sobre sus propias experiencias sobre el tema (ETS, condones, situaciones con sus parejas).
- Resuma los puntos importantes durante la discusión así como al finalizar.

6. VISITAS DOMICILIARIAS PARA LA NOTIFICACIÓN DE LA PAREJA

Prevenir la reinfección de la mujer embarazada e iniciar el tratamiento de la pareja podría requerir de una visita al domicilio de la mujer seropositiva para motivar a su pareja a acudir al servicio de salud para su tratamiento. Los proveedores de salud que realizan visitas domiciliarias deberán utilizar las mismas destrezas para la comunicación y educación que utilizan en sus servicios de salud. Deben utilizar materiales de apoyo como folletos, y rotafolios. Pueden entregarse condones en la visita. Los proveedores de salud deben estar extremadamente conscientes de la importancia de la confidencialidad durante las visitas domiciliarias.

RESUMEN Módulo 8

- 1) Los materiales de apoyo incluyen los afiches, folletos, rotafolios, tarjetas con indicaciones. Y otros materiales que ayudan a mejorar la interacción entre el proveedor de salud y el cliente. Los materiales de apoyo pueden ayudar a los consejeros a recordar los mensajes importantes, ilustrar los conceptos difíciles de comprender, explicar algunos temas muy delicados y recordar a los clientes las conductas recomendadas. Utilizar materiales de apoyo hace que la información sea más creíble. Los programas de prevención y control de la sífilis necesitan varios materiales para la consejería, materiales para la notificación de la pareja y para la educación de la comunidad.
- 2) Los materiales de apoyo deben ser técnicamente correctos, aceptables culturalmente, fáciles de comprender, agradables a la vista y deben promover acciones específicas para lograr los cambios de comportamiento esperados. Los proveedores de salud, los educadores y los gerentes de los programas deben evaluar los materiales de apoyo para determinar si ellos corresponden con los objetivos, necesidades y propósitos del programa.
- 3) Cuando se utilizan materiales de apoyo en la consejería para las mujeres seropositivas y sus parejas, o para las sesiones de educación de grupos, los proveedores en salud deben revisar cada uno de los mensajes, señalar las ilustraciones, hacer preguntas a los clientes sobre los materiales, pedir que repitan con sus propias palabras los mensajes importantes y entregarles un folleto para que lleven a casa.
- 4) Las visitas domiciliarias requieren de las mismas destrezas de la comunicación interpersonal que se utilizan en los servicios de salud para la educación y consejería. Los proveedores en salud quienes realizan visitas domiciliarias deben estar capacitados para conducir la visita eficientemente, haber preparado la visita de antemano llevando los materiales de apoyo y estableciendo en forma apropiada la relación con el servicio de salud para el seguimiento de los pacientes o usuarios.

REFERENCIAS

- Azulay, R.D., et al. Sífilis: inquerito sorológico em diferentes grupos socio-económicos na cidade de Niterói. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 25 (3): 85-86, 1979.
- Billingham, F.R. Syphilis in pregnancy: Transplacental infection. *Medical Journal of Australia*, 2:647, 1973.
- Control of Congenital Syphilis, Background Paper; October 11-13, 1993.
Centers for Disease Control. Guidelines for the prevention and control of congenital syphilis; *MMWR* 1988: 37 (Supplement S-1): 1-13.
- Cyaneshwar, R., et al. The prevalence of sexually transmitted disease agents in pregnant women in Suva. *Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 27:213-215, 1987.
- Diday, P. A Treatise on Syphilis in New-born Children and Infants at the Breast. William Wood & Company, New York. 1883.
- Friedmann, P.S. & D.J.M. Wright. Observations on syphilis in Addis Ababa 2. Prevalence and natural history. *British Journal of Venereal Diseases*, 53: 276-280, 1977.
- Grinspun, M. and R. Goldenberg. Epidemiología y control de la sífilis en el área sur, Santiago Chile, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 83 (1): 48-55, 1977.
- Hira, S.K., G.J. Bhat, D.M. Chikamata, B. Nkowane, G. Tembo, P.L. Perme, A. Meheus. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project, *Genitourinary Medicine*. 66(3): 159-164, 1990.
- Jagathesan, M. et al. Seroreactivity to syphilis in Malaysian blood donors and expectant mothers. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 6(3):413-418, 1975.
- Jenniskens, F., et al. Syphilis control in pregnancy: decentralization of screening facilities to primary care level, a demonstration project in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 48 Supplement S121-128, 1995.
- Jenniskens, F. & E. Obwaka. Syphilis Control in Pregnant Women: Clinic-Based Screening, Treatment and counseling Services in Nairobi, Kenya. *MotherCare Working Paper No. 20*. MotherCare Project/John Snow Inc. Arlington Va. 1994.
- McDermott, J., R. Steketee, S. Larsen, J. Wirima. Syphilis associated perinatal and infant mortality in rural Malawi. *Bulletin of the World Health Organization*, 71(6): 773-780, 1993.
- Meheus, A., et. al., Serologic evidence for syphilis in different population groups in Rwanda. *Tropical and Geographical Medicine*, 27: 165-168, 1975.
- Nair, B.K.H., M.P. Viswam, P.S. Nair, R.K. Pillai. Serological survey for syphilis in a family in a family planning clinic. *Indian Journal of Medical Research*, 62(12): 1826-1932, 1974.
- Pido, D., F. Jenniskens. MotherCare maternal/congenital syphilis control project qualitative research report. *MotherCare Working Paper No. 18*. Arlington; MotherCare, John Snow Inc. 1993.
- Schofield, C.B.S. Serological tests for syphilis in pregnancy, false and missed positive reactions. *British Journal of Venereal Disease*. 49: 420-426, 1973.

Southwick, K. Blanco, S. Santander, A. Seroprevalencia y Factores de riesgo para la Sífilis Materna y Congénita en Bolivia. La Paz, Bolivia MotherCare, John Snow Inc. - CDC Atlanta 1997.

Temmerman, M., F. Mohamedali, L. Fransen. Syphilis prevention in pregnancy: an opportunity to improve reproductive and child health in Kenya. *Health Policy and Planning*. 8 (2): 122-127, 1993.

Wasserheit, J.N., et. al., Future directions in sexually transmitted disease research. *Advances in host defense mechanisms*. Vol. 8: *Immunopathogenesis of sexually transmitted diseases*, New York, Raven Press, 1992.

WHO/MCH/91.10; Maternal and Perinatal Infections

WHO/GPA/STD.SYPH.6: Informal Technical Group Meeting on Prevention and Control of Congenital Syphilis

WHO/VDT/91.455, Guidelines for prevention of adverse outcomes of pregnancy due to syphilis.

Zoionz, V., et. al., *Vestnik Dermatologii Venereologü*, 8:48-53, 1973.

Fuentes en el INTERNET

<http://www-medlib.med.utah.edu:80/WebPath/PEDHTML/PEDIDX.html>

<http://med-www.bu.edu:80/people/sycamore/std/syphil.htm>

<http://www.ami-med.com:80/peds/top/001344.htm>

<http://203.17.138.60:80/websex/adult/problems/syphilis.html>

<http://www.utmb.edu:80/meo/syphilis/primim.htm>

<http://wso.williams.edu/peerh/sex/std/syphpic/html>

<http://www.telemedicine.org:80/i0000007.htm>