

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN VERTICAL, EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN CRISTÓBAL DE CIÉNAGA

Katuska Ariza*, Melissa Atencio Yopez**; Nidia Ospino Paz**; Elvira Aguirre Mejía***

RESUMEN

En un estudio transversal descriptivo realizado de mayo a noviembre de 2009, se estudiaron 108 gestantes atendidas tanto en consulta externa, como en el servicio de urgencias y en la sala de maternidad del hospital San Cristóbal de Ciénaga, hallándose 32 pacientes con VDRL reactivo (*vereal disease research laboratory*) (29,6 %), de las cuales 7 presentaban inmunofluorescencia indirecta con absorción (FTA-ABS) positiva, correspondiendo a una seroprevalencia de 6,4 % para sífilis. En cuanto a Toxoplasmosis se confirmaron 4 casos (3,7 %) en mujeres procedentes de áreas rurales.

El factor común en estas mujeres, es la pobre adherencia al control prenatal y la falta de conocimiento acerca de las infecciones de transmisión vertical (sífilis, toxoplasmosis y VIH) aunado esto a diversas prácticas y conductas de riesgo que ponen en peligro el bienestar materno-fetal. (DUAZARY 2011, 42 - 47)

Palabras clave: transmisión vertical, control prenatal, conocimiento, actitud, práctica.

SUMMARY

In a descriptive study conducted from May to November 2009, we studied 108 pregnant women served both outpatient and in the emergency department and the hospital maternity ward of San Cristobal of cienaga. Being found 32 patients with reactive VDRL (29.6 %), of which seven had positive FTA-ABS corresponding to a seroprevalence of 6.4% for syphilis. Toxoplasmosis As confirmed four cases (3.7 %) in women from rural areas.

The common factor in these women is the poor adherence to prenatal care and lack of knowledge about vertical transmission of infections (syphilis, toxoplasmosis and HIV) coupled this to various practices and risk behaviors that endanger the welfare maternal fetal.

Keywords: vertical transmission, prenatal care, knowledge, attitude, practice.

*Bacterióloga especialista en Epidemiología y Docencia Universitaria. Universidad del Magdalena. kariza65@yahoo.com

** Médico del servicio social obligatorio. Hospital San Juan de Urabà. Necoclí Antioquia.

*** Estudiante de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Magdalena.

Correspondencia: Elvira Aguirre Mejía. Mz 11 casa 34 Luz del mundo. Santa Marta- Colombia



INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión vertical son un importante problema de salud pública y han sido tema de investigación durante muchos años, especialmente en la actualidad, cuando se busca promover la salud de la madre y el producto de la gestación a través del control prenatal, disminuyendo así la morbilidad neonatal y mortalidad materna, cuya tasa en Colombia es de 104,9 por 100.000 nacidos vivos, y con respecto a la mortalidad neonatal, se dice que para el 2003 aportaba 57 % de los decesos en el primer año de vida¹.

En Colombia y demás países subdesarrollados estas enfermedades siguen siendo prevalentes debido en gran parte a la cultura de no adherencia al control prenatal y al desconocimiento de las complicaciones materno-fetales². Esto explica la gran cantidad de embarazos no controlados y las altas tasas de morbilidad neonatal. La no adherencia al control prenatal es una de las prácticas más comunes de las gestantes de nuestra población colombiana y en especial de la costa Caribe. Esto se debe al desconocimiento y creencias inadecuadas que se tienen con respecto a dicho control, sumado a la parte cultural y costumbres que van pasando a través de las madres, abuelas y comadronas, de generación en generación. Infortunadamente, esto hace que haya una actitud negativa frente a la intervención de personas externas a la familia en el desarrollo de su embarazo, como lo representan los médicos de medicina familiar, que brindan la atención prenatal en el primer nivel de atención, lo que finalmente conlleva a prácticas inadecuadas en el curso de la gestación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio descriptivo de corte transversal, que valoró los conocimientos, las actitudes y las prácticas que tienen las estudiantes de los primeros cinco semestres de enfermería de la Universidad del Magdalena a través de una encuesta que condensó en tres temáticas principales (conocimientos, actitudes y prácticas) los tópicos que la revisión sistemática de la literatura mostró como importantes

Se realizó el estudio solamente con los cinco primeros semestres porque aún no han cursado la materia disciplinar que los prepara en sexualidad y anticoncepción. La encuesta fue completamente estructurada, diseñada para ser auto-diligenciada en absoluta privacidad por cada estudiante, los cuales fueron

seleccionados tomando cada semestre como un estrato y seleccionando cada integrante de la investigación por muestreo aleatorio simple sin reemplazos. Para verificar la facilidad del diligenciamiento de la encuesta se hizo una prueba que permitió reformar las preguntas hasta que no hubo inconsistencias. Es de dominio entre los investigadores, que al responder este tipo de encuestas los jóvenes de sexo femenino tienden a minimizar su actividad sexual, por la connotación social que se le atribuye al sexo, mientras los jóvenes de sexo masculino tienden a maximizar su desempeño como forma de mostrar idoneidad^{3, 5, 6}.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Se radicó el estudio en el hospital San Cristóbal, la unidad asistencial más importante de salud pública en el municipio de Ciénaga, al que concurre la mayoría de gestantes tanto de la zona urbana como de los corregimientos circunvecinos.

Se diseñó un estudio transversal descriptivo iniciado en mayo hasta fin de noviembre, en el que se incorporaron 108 pacientes atendidas tanto en sala de maternidad como en el servicio de urgencias, sin ningún tipo de selección, para aplicar el instrumento de recolección de la información. Se utilizó el lenguaje más cotidiano posible para evitar sesgos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todas las gestantes tuvieron la libertad de decidir su participación en el estudio, pues previamente se les pidió su consentimiento por escrito. Se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas, tal y como lo establecen los principios éticos para la investigación científica con seres humanos.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Características socioculturales del grupo de gestantes con sífilis.

CONOCIMIENTO

De las gestantes encuestadas el 64% afirmó no tener conocimiento acerca de la sífilis.

Control médico durante el embarazo. El 85% de las mujeres no se realizó control alguno durante el embarazo, de las cuales 32 presentaron VDRL reactivo y

se confirmaron 7 casos de sífilis con inmunofluorescencia de absorción, lo que corresponde a una seroprevalencia de 6,4%.

Diversos estudios se han realizado con relación a la determinación de seroprevalencia de sífilis en gestantes, utilizando estas mismas pruebas tanto treponémicas como no treponémicas, con resultados favorables a la hora de detectar esta infección³.

INICIO DE RELACIONES SEXUALES

El rango de la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 12-21 años.

Del total de 106 pacientes que tuvieron inicio de su vida sexual entre 12-21 años se encontraron 5 pacientes con resultados compatibles con sífilis lo que corresponde al 4.7%; mientras que en el grupo de 22-34 años, la cifra disminuyó a 2 pacientes con sífilis, correspondiente al 100% de este grupo. Estos datos concuerdan con otros estudios realizados en Argentina⁴, en madres adolescentes, con edad de inicio de relaciones sexuales similar a la encontrada en el presente estudio.

COMPAÑEROS SEXUALES

De 108 pacientes embarazadas encuestadas, 84 pacientes han tenido 2 o más compañeros sexuales, lo cual corresponde al 77.7% del total de las pacientes.

Del total de 84 embarazadas encuestadas que han tenido 2 o más compañeros sexuales, 5 pacientes presentaron exámenes compatibles con sífilis (5.9%). Mientras que en el grupo de 24 pacientes con 1 solo compañero sexual, solo 2 tenían sífilis.

En diversos estudios realizados con respecto a infecciones de transmisión sexual, la promiscuidad es el principal factor de riesgo para adquirir estas⁵.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DEL GRUPO DE MUJERES CON SÍFILIS

Se encontró que el 65% de las gestantes residían en el área urbana del municipio de Ciénaga en el cual se hallaron el 85 % de los casos de sífilis. Estas cifras coinciden con un estudio realizado en Bolivia en donde la mayor prevalencia de sífilis se encontró en el área urbana⁶.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Ochenta y una gestantes (75%) manifestaron no haber completado el ciclo secundario, 21 culminaron bachillerato (19,4%) y 6 realizaron estudios técnicos.

CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES CON TOXOPLASMOSIS

De 11 pacientes embarazadas que tuvieron serología IgG positiva, solo 4 pacientes tenían resultado de serología IgM positiva para toxoplasmosis lo cual corresponde a una seroprevalencia de 3.7%. Dichas pacientes residían en su totalidad en el área rural.

El 93% de las gestantes encuestadas (101) no tenían conocimiento de la toxoplasmosis.

FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A LA TOXOPLASMOSIS

32 afirmaron que consumen agua de ríos y quebradas (29%).

83 pacientes (76.8%) aseveraron consumir comida de la calle frecuentemente.

7 gestantes afirmaron tener gato en su casa (6.4%).

12 pacientes afirmaron que han comido carne semicruda o mal cocida (11 %).

Estudios recientes han asociado la infección aguda con consumo de agua no tratada o del acueducto. En julio de 1997, en la investigación de un brote de toxoplasmosis en Columbia Británica (Canadá) se observó al realizar un mapeo de los casos, que se presentó hubo una asociación significativa entre la infección aguda y la residencia en el área de un sistema de distribución de agua⁷.

VIH Y GESTACIÓN

A pesar que un 95% de las gestantes aseveran tener conocimientos acerca del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), solo 8,3% conoce su transmisibilidad al feto, lo cual se evidencia en la pobre asistencia al control prenatal.

Del total de 108 pacientes embarazadas encuestadas, 33 pacientes resultaron con prueba de ELISA para VIH negativo, correspondiente al 30.5%, y 13 pacientes afirmaron estar en espera de resultados de la prueba

de ELISA para VIH, lo cual corresponde al 12.0% del total de pacientes. Observamos en estos resultados un grupo de pacientes en el que no fue concluyente un diagnóstico, sumado a esto se encuentran las pacientes que no tienen o tienen mal control de su embarazo y que no se han realizado la prueba. Estos resultados refuerzan la necesidad de realizar un *screening* rápido⁸, como ha sido determinado en otros estudios. En contraste con estos resultados se han realizado estudios donde infortunadamente se detectaron gestantes con VIH, lo que supone que el número de mujeres infectadas por este virus es cada vez mayor, por lo cual es muy importante realizar las pruebas de tamizaje mediante el control prenatal.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en este estudio revelan una situación preocupante con respecto a la falta de conocimiento de las enfermedades de transmisión vertical, acompañado esto al ausentismo a los controles prenatales en el marco de una población en su mayoría de muy bajos recursos, con un gran porcentaje de adolescentes embarazadas sin ningún tipo de control y con presencia de sífilis.

La detección de la infección sifilítica en adolescentes de este grupo social se produce por una situación de captura vinculada a su embarazo, y otro gran porcentaje recién en el momento de su parto.

Como cifras de referencia podemos citar las capturadas a través del sistema nacional de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) por departamento en los últimos 5 años, muestra que la tasa de incidencia de la sífilis congénita en el territorio nacional tiene una tendencia lineal en ascenso (Gráfico 1).

Durante el año 2000, se reportaron al SIVIGILA 952 casos probables de sífilis congénita, con una tasa de incidencia de 0,98 por mil nacidos vivos, siendo una de las cifras más altas en los últimos 25 años. Se observa además que el 65% de los departamentos presenta una tasa de incidencia por encima de la mediana de la tasa en el país, 0,49/1000 nacidos vivos⁹.

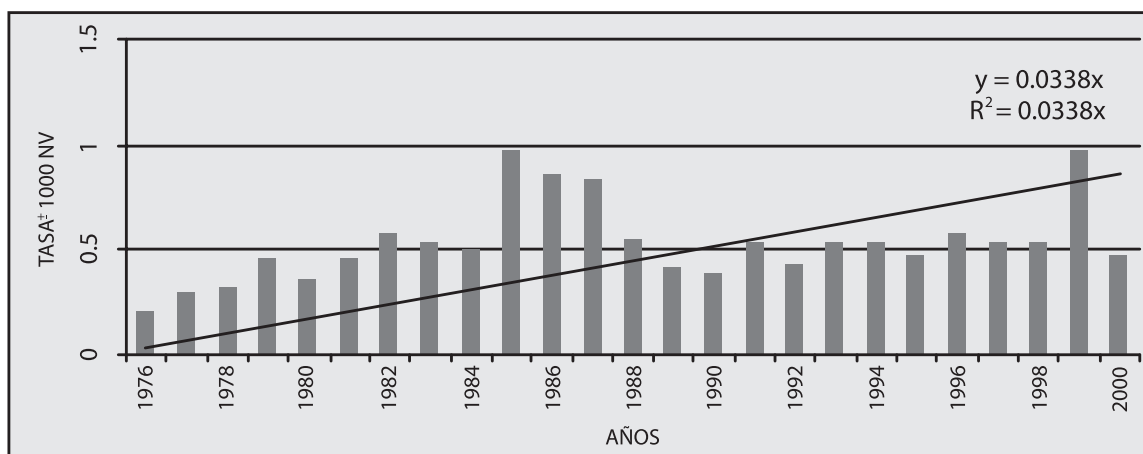


Gráfico 1. Tendencias de sífilis congénita. Colombia 1976 - 2000

Fuente: IQEN -1998-SIVIGILA 2000

Según el plan de eliminación de sífilis gestacional y congénita de la gobernación del Tolima, se estima que en niños afectados por la sífilis congénita, la mortalidad neonatal es del 54%, siendo la prematuridad una causa importante de esta mortalidad. El principio fundamental de la prevención/eliminación de la sífilis congénita consiste en detectar y tratar la infección en la gestante para prevenir la transmisión vertical de la sífilis.

A pesar de que en América Latina y el Caribe la cobertura de la atención prenatal es aceptable (> 50%), hay deficiencias en la detección y tratamiento de la enfermedad.



Se calcula que en América Latina y el Caribe, alrededor de 330.000 gestantes con serología reactiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal. De estos embarazos la tercera parte de los niños presentan sífilis congénita y un número similar termina en aborto espontáneo.

Estos datos presentan limitaciones, ya que la subnotificación de casos de sífilis materna y sífilis congénita es elevada. La aparición de casos de sífilis congénita en el país y en el departamento del Tolima, pone de manifiesto deficiencias de orden tanto estructural como técnico en los servicios de salud.

En cuanto a la situación del VIH/SIDA en Colombia se concluye que desde el inicio de la epidemia (1983) hasta el año 2007, se habían reportado al Sistema de vigilancia epidemiológica - SIVIGILA un total acumulado de 57.489 casos de infección por VIH o en estadio de sida, cerca de 24.000 de los cuales han fallecido.

En nuestro país se han realizado diversos estudios para determinar la situación de la toxoplasmosis en varios departamentos del territorio colombiano desde 1976 cuando se realizó el primer estudio. Si se toman en conjunto estos estudios realizados en diferentes regiones, la tasa de adquisición de la toxoplasmosis en mujeres de población urbana en estado de gestación, de acuerdo con los intervalos de confianza más alto más bajo, se ubica entre 0.5% y 2.5%.

CONCLUSIONES

Ante la problemática de salud pública a la que se enfrenta la segunda ciudad más importante del Magdalena (Ciénaga), es de anotar que el control prenatal se constituye como base fundamental en el desarrollo de una gestación saludable en el marco de una población con muy bajo nivel de instrucción y con conductas de riesgo que incrementan la morbilidad materna.

Agradecimientos: A los especialistas en Ginecología y Microbiología del hospital San Cristóbal del municipio de Ciénaga, Magdalena, por colaborar y permitirnos trabajar con ellos. A la doctora Norma Contreras por su apoyo en el área de Obstetricia y por los datos de sífilis documentados en su Institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Protección Social. Situación de salud en Colombia: indicadores básicos 2003. [sitio de internet]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/indicadoresbasicosp.aspx>. Consultado 2 mayo de 2009.
2. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 00412 de 2000, por el cual se expide la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Bogotá. Dirección General de Promoción y Prevención. 2000.
3. Abarca K. Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. *Rev. Chil. infectol.* [en línea] 2003. (fecha de acceso 14 mayo 2009). V. 20 (2). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v20s1/art07.pdf>
4. Jacquier N, Dos santos L, Duartes B, Rodríguez Fermepin M. Sífilis en madres adolescentes en la ciudad de posadas, provincia de misiones. *Rev. Med* [en línea]. 1999 julio. (fecha de acceso 10 mayo 2009); V.59. (438). Disponible en: www.medicina.buenosaires.com/revista/vol59-99/5/59.pdf
5. Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. *MMWR.* [en línea] 1997 septiembre. [fecha de acceso 2 junio 2009] V.46 (10). Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9148133
6. Revollo R, Tinajeros F, García S, Zegarra L. Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia. *Redalyc.* [en línea] 2007 mayo. [fecha de acceso 3 agosto 2009] V.49 (423). Disponible en: redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10649609.pdf
7. Lopez C, Diaz J, Gómez J. Factores de riesgo en mujeres embarazadas, infectadas por toxoplasma gondii en Armenia Colombia. *Redalyc.* [en línea] 2005 agosto. [fecha de acceso 8 septiembre 2009] V. 7 (182). Disponible en: www.redalyc.uaemex.mx/pdf/422/42270206.pdf
8. Quian J, Visconti A, Maturo M. Detección de infección por VIH a través de test rápido en mujeres embarazadas: Una estrategia exitosa para disminuir su transmisión vertical. *Rev. Chil. infectol* [en línea] 2005 diciembre. [fecha de acceso 22 octubre 2009] V.22 (322). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182005000600004&lng=es.
9. Sistema nacional de vigilancia en salud pública. Comportamiento de la sífilis congénita en Colombia. Informe ejecutivo semanal, Julio 29 a Agosto 4 de 2001. [sitio de internet]. Disponible en: www.col.ops-oms.org/sivigila/2001/BOLE31/_2001.htm

BIBLIOGRAFÍAS NO REFERENCIADA

1. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR. [en línea] 1998 marzo, [fecha de acceso 12 junio 2009] V.43 (9). Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9144357
2. Sistema Nacional de vigilancia en salud pública. Panorama de la mortalidad materna en Colombia: logros, fracasos, compromisos y retos. Semana Epidemiológica No. 37, Septiembre 9 al 15 de 2001. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/sivigila/2001/BOLE37_2001.htm.
3. Jubiz hazbùn A, Restrepo Ochoa O. complicaciones medicas y quirúrgicas de la gestación. En: Botero Uribe J, Henao Guillermo, Jubiz Hazbun A. obstetricia y ginecología. Séptima edición. Bogotá. CIB; 2004. P 243-255.
4. Reyes J, Chorbadjian G, Parada C, Turrys C, Bravo C, Araya F. Sífilis congénita: Optimizando el diagnóstico en 191 neonatos de madres seropositivas. Rev. chil. infectol. [en línea]. 2004 Diciembre [fecha de acceso 12 agosto 2010]; V.21 (307-311). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182004000400004&ln
5. Organización panamericana de la salud. Eliminación mundial de sífilis congénita, fundamentos y estrategia de acción, 2008; [Fecha de acceso 1 de agosto 2010] Disponible en :http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/congenital_syphilis/congenital_syphilis_strategy_es.pdf
6. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Maternal syphilis and congenital syphilis in LatinAmerica: big problem, simple solution. Rev Panam Salud Pública. 2004 Sep; 16(3): 211- 223.
7. Barco Burgos María Cristina. Lúes y gestación. Rev. Col Obst [en línea]. 2001 Agosto. [fecha de acceso 19 octubre 2010]; V. 52 (208-219). Disponible en: http://www.scielo.org.co/SciELO.php?Script=sci_arttext&pid=S003474342001000300003&lng=pt&nr m=isoc
8. Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Enfermedades infecciosas y Embarazo. En: Obstetricia y medicina materno-fetal. Madrid: Panamericana; 2007. p. 721-730.
9. Singh A, Romanowski B. Syphilis Review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. Clin Microbiol Rev 1999; 12: 187-209.
10. Vélez G. VIH: tratamiento de la mujer embarazada y prevención de la transmisión vertical. En: Vélez A, Rojas M, Bornero R, Restrepo M J. Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual .Medellín: CIB; 2007: 125-139.
11. Hernández E M. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el VIH en el niño. En: Vélez A H, Rojas M W, Bornero R J, Restrepo M J. Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Medellín: CIB; 2005:17-34.