



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
PROGRAMA PROFESIONALIZACIÓN
CÁTEDRA MATERNO INFANTIL



INFORMACIÓN SOBRE SÍFILIS EN LAS USUARIAS EMBARAZADAS DE UNA POLICLÍNICA DE MALDONADO

Autoras:

Denis, Mariela.
Br. Godino, Paola.
Br. Limido, Carolina.
Br. Rodríguez, Carla.

Tutores:

Prof. Mag. Fany Rocha.
Prof. Agdo. Lic. Esp. Ana Correa.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013

*Cuánto más se aproxima uno al sueño,
más se va convirtiendo la leyenda personal en la verdadera razón de vivir.*

Paulo Coelho

TABLA DE CONTENIDOS

	<i>Páginas</i>
Resumen.....	1
Introducción	2
Justificación	4
Objetivos.....	6
Marco Conceptual.....	7
Marco Regulatorio	22
Marco Contextual.....	29
Diseño Metodológico	35
Resultados de la Investigación.....	37
Análisis.....	52
Conclusión	54
Referencias Bibliográficas.....	55
Anexo.....	60

RESUMEN

El presente informe refiere al estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, que se realizó en una Policlínica del Departamento de Maldonado, durante el primer semestre del año 2013, con el objetivo de conocer la información sobre Sífilis que tenían las mujeres embarazadas que concurren al control de embarazo, en el periodo de referencia.

Como fuente secundaria, se utilizaron los carné de Control Perinatal de las usuarias. Además, se aplicó, un cuestionario cerrado, de elaboración propia, durante los meses de junio y julio, en el horario en que se desarrollaban las consultas obstétricas.

Posteriormente, los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico y se clasificaron en Tablas, con los Gráficos correspondientes.

La investigación permite concluir que la información sobre Sífilis que tienen las entrevistadas, de acuerdo a los datos obtenidos, presenta contrastes ya que algunas respuestas fueron correctas, pero otras - de igual o mayor relevancia - mostraron inconsistencias.

En correspondencia con lo que señala la Organización Mundial de la Salud, se entiende que la edad de las entrevistadas determina el escaso grado de información, así como el bajo nivel de instrucción. (1)

La condición socioeconómica, podría ser otro factor contribuyente que justifica los resultados.

No obstante, consideramos que se dan las condiciones apropiadas para que el equipo de salud, elabore y aplique un conjunto de estrategias que contribuyan a minimizar el alto índice de incidencia y prevalencia de Sífilis que presenta el Departamento de Maldonado.

La Enfermería cuenta, entre otras, con la Teoría de Orem que ofrece el fundamento adecuado para su intervención a favor de la eliminación de la Sífilis.

El autocuidado - aspecto esencial en las conductas saludables - es aprendido por medio de las relaciones interpersonales y la comunicación, especialmente con el equipo de salud. En él, influyen varios factores que benefician o distorsionan, su normal cumplimiento; la Enfermería, por su proximidad con las personas puede ayudar a reconocerlos, promoviendo y previniendo la salud.



INTRODUCCIÓN

A continuación, se presenta el Informe que resulta de la investigación llevada adelante por un grupo de alumnas de la Licenciatura de Enfermería, con el fin de dar cumplimiento a los requisitos curriculares y alcanzar el correspondiente Título Académico.

Las estudiantes que suscriben este trabajo - en la experiencia laboral como Auxiliares de Enfermería en el Sector Público y Privado, así como en el transcurso de la Carrera - detectaron el aumento de la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente de la Sífilis y la Sífilis Gestacional, lo que impulsó a planificar un estudio en el Departamento de Maldonado, con el objetivo de conocer la información sobre Sífilis que poseen las mujeres embarazadas que asisten a una Policlínica, de un barrio periférico.

La revisión bibliográfica realizada, una vez delimitado el tema, nos permitió conocer que el Departamento de Maldonado ha sufrido en los últimos años, un crecimiento demográfico que supera la cifras estadísticas promediales (2,4 % anual - Censo 2011).

La migración positiva en busca de la oferta laboral relacionada con el turismo y el *boom* de la construcción, explica el fenómeno, demostrando que quienes llegan al Departamento se encuentran en edad productiva y reproductiva.

En correlato con esta evidencia, se han desarrollado nuevos asentamientos y barrios en la periferia de la ciudad fernandina, de los cuales emerge una población vulnerable (2), con relaciones intergénero que - en general - se podría pensar que no están encuadradas dentro de una salud sexual y reproductiva responsable ni basadas en la convicción del autocuidado - a falta de información, de educación y de un escaso nivel de instrucción, incidiendo en la prevención, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual (3), (Di Cesare, 2007).

En este sentido, es posible inferir que el aumento de los casos de Sífilis - en particular, en esta zona - guarda estrecha relación con dicha progresión demográfica y sus características concretas.

En mérito a ello, se llevó adelante un estudio en una Policlínica de Maldonado, en la que participaron 78 mujeres embarazadas, elegidas por conveniencia, que dieron su consentimiento expreso para ser incluidas en el estudio.

A cada una de ellas se le realizó un conjunto de preguntas, prediseñadas y organizadas en un cuestionario cerrado, en el que cada estudiante anotó la respuesta ofrecida.

Se concurrió a la Policlínica, los días lunes, miércoles y viernes, en el horario comprendido entre las 12 a 15 hs, que se realizan los controles obstétricos.

Para imprimirle mayor dinámica a la etapa de recolección de datos, las estudiantes alternaron su visita al Departamento de Maldonado, concurriendo dos por vez, desde la capital.

Las madres entrevistadas mostraron beneplácito al responder las preguntas que se enfocaban en los conocimientos generales que ellas tenían respecto de la Sífilis.

Luego, los datos fueron sometidos a procedimientos de la Estadística Descriptiva con el fin de organizarlos, clasificarlos y analizarlos. Presentándolos, posteriormente, en Tablas y Gráficos.

Las conclusiones muestran la relación que las estudiantes consideraron pertinentes entre las variables de estudio, aproximándose a una interpretación de la problemática tratada en el cuerpo de este trabajo y ofreciendo una información que puede profundizarse en futuras investigaciones.



JUSTIFICACIÓN

Desde hace algunos años, las autoridades de los países latinoamericanos, han considerado necesario adoptar un conjunto de medidas tendientes a eliminar la Sífilis, al constatar el aumento de su prevalencia.

A pesar de las estrategias diseñadas y puestas en marcha, el problema ha continuado desarrollándose, al punto de constituirse en un tema relevante en el Ministerio de Salud Pública (MSP).

El informe de la Organización Panamericana de la Salud, que contiene las *"Recomendaciones técnicas para la elaboración de protocolos para Estudios de Prevalencia de Sífilis y VIH en Parturientas y/o Puérperas"* (2011), manifiesta:

"Entre el 1 y 3 de setiembre de 2009 se realizó en Montevideo una reunión presencial de los Estados parte y asociados al MERCOSUR, con apoyo de la OPS, y se ratificó la necesidad de realizar estudios de medición de línea de base, para obtener información de los países sobre prevalencia de Sífilis y VIH en parturientas y/o puérperas, con datos de nivel nacional..." (4)

En tal sentido, se indagó sobre la existencia de los posibles estudios realizados a partir de estas recomendaciones, con resultados negativos. No fue posible hallarlos en el sector privado ni en el Ministerio de Salud Pública.

Los datos con que cuenta el Ministerio, se refieren a los que por Notificación Obligatoria, se registran y se envían al Organismo, pero no se encontraron datos actualizados de investigaciones llevadas adelante para conocer la prevalencia de la Sífilis.

Por otra parte, enfocándonos en nuestro estudio - las características señaladas respecto de la población de Maldonado, donde se ha producido una fuerte migración impulsada por razones económicas y laborales - la llegada de mujeres con escasos recursos, dan razón suficiente para tratar el tema de las enfermedades de transmisión sexual, desde una perspectiva de género, intentando situarlas correctamente como objeto de análisis y reflexión, (Instituto Nacional de Estadísticas, 2011) (5).

La ausencia de este enfoque de género, ha impedido tomar conciencia de los riesgos a los que está expuesta la mujer, en lo relativo a su vida sexual y reproductiva, invisibilizando – a su vez – la responsabilidad masculina, ya sea de sus parejas, como de sus contactos ocasionales.

Por otra parte, sabemos que en nuestro país, la Sífilis Gestacional (SG) y Sífilis Congénita (SC) ha elevado su tasa, de acuerdo a las cifras reportadas por el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) – “a través del análisis de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), entre los años 2004 y 2008 - mostró un incremento gradual de la SC. Dicha investigación señaló como factores favorecedores de la SG y SC el no control del embarazo, adquisición de la SG durante el último mes de embarazo, tratamiento realizado en el último mes de embarazo o no realización de tratamiento a pesar del diagnóstico positivo.” (6)

Como profesionales del sistema sanitario, sabemos que la mejor forma de promover la salud es contar con los conocimientos adecuados, facilitando el empoderamiento y el autocuidado personal. Previamente, para ello, es necesario realizar sistemáticamente diagnósticos precisos y oportunos, que arrojen datos actualizados sobre la prevalencia e incidencia, como sugiere la Organización Mundial de la Salud.

Así, este trabajo centra su interés en conocer la realidad de una población concreta del Departamento de Maldonado, como un aporte a nuestra profesión.



OBJETIVOS

GENERAL

- Conocer la información sobre Sífilis que tienen las mujeres que controlaron su embarazo en una Policlínica de Maldonado, durante el período junio/julio, 2013.

ESPECÍFICOS

- Describir el perfil biosociodemográfico de las embarazadas que concurren a la Policlínica de referencia.
- Establecer la información que disponían dichas usuarias sobre Sífilis.
- Conocer el medio que proporcionó la información sobre Sífilis, a las embarazadas que participaron en el estudio.



MARCO CONCEPTUAL

Conceptos Básicos

Desde décadas atrás, los distintos saberes científicos están tratando de llegar a un consenso respecto de la definición de los conceptos vinculados con el sexo y la sexualidad. Cada abordaje, ha considerado el tema desde su propia percepción, concediéndole acepciones – incluso – contradictorias.

La mirada de la psicología, de la sociología, de la moral y la ética, guardan distancia en cierto sentido, de lo que defienden otras ciencias como la medicina, la química o la biología. Es que las ideas siempre están sometidas a ciertas coordenadas que varían de acuerdo a la cultura, a la época, a las corrientes de pensamiento y también, a factores de poder.

No obstante, frente a la necesidad de arribar a un punto común, se han considerado aquellos elementos que coinciden en las diversas representaciones, al menos para poder realizar una discusión seria y profunda a nivel interdisciplinar.

Por otra parte, parece no existir una línea clara que logre diferenciar sexo de sexualidad, así, estamos acostumbrados a escuchar y admitir, que el “sexo natural”, supone la relación entre dos personas del sexo opuesto; sin embargo, debemos reconocer que tal percepción no es correcta, ya que no es posible confundir una condición biológica o física con una práctica determinada.

Para el presente trabajo, hemos optado por aplicar el concepto “sexo” al conjunto de características que distingue a los hombres de las mujeres.

Respecto de la sexualidad, adherimos a la definición dada por la Oficina de Planificación Familiar de Estados Unidos (7), al considerar que expresa la idea que queremos transmitir: un aspecto esencial de la salud humana, ya sea en lo referente a los afectos y a las sensaciones, así como a los procesos fisiológicos. Integra las ideas de género y sexo y refiere a una orientación tomada por los individuos.

La OMS, por su parte, manifiesta que la salud sexual, es un tema fundamental de la salud pública a nivel mundial y la define como: "...un estado físico, emocional, mental y de bienestar social relacionado a la sexualidad; no es solamente la ausencia de las enfermedades, la disfunción o del padecimiento. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencia sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para lograr una salud sexual y mantenerla, los derechos sexuales de todas las personas deben respetarse, protegerse y cumplirse a cabalidad". (8)

Género, Sexualidad y Vulnerabilidad

La sexualidad humana, hasta no hace muchas décadas, se ha desarrollado de acuerdo a apreciaciones y representaciones socioculturales que consideraban, casi exclusivamente, las necesidades y gustos masculinos, sin tener en cuenta que es un proceso biológico - con etapas bien diferenciadas - que genera cambios anatómicos y que es parte constitutiva del concepto de salud.

Esta percepción sesgada, dio lugar a una retórica prejuiciosa que alentó la subordinación y el quebrantamiento de los derechos de la mujer, fundada en una aparente debilidad femenina.

A partir del siglo XIX, la mujer se fue liberando de algunas conjeturas injustificadas y cobrando protagonismo en los temas referidos a la sexualidad.

No obstante, la salud sexual y reproductiva – en ciertos aspectos - aún permanece teñida por esos pensamientos sexistas. (9)

Aunque en otro sentido, contradictoriamente, asistimos a una suerte de libertad desbordada, con todos los riesgos e inconvenientes que ello significa.

Esta apremiante problemática impulsa a todos los actores involucrados directa e indirectamente, a revisar, replantear, modificar y crear nuevas estrategias que eliminen o – al menos – reduzcan las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con las infecciones de transmisión sexual. (10)

Entendemos que el fracaso de los programas y campañas llevados adelante para erradicar la Sífilis, está vinculado al escaso conocimiento que se tiene de

la enfermedad, a las barreras socioeconómicas e intelectuales, y a los preconceptos que aún subsisten de modelos teóricos tradicionales.

En la cultura de las distintas sociedades, desde la Antigüedad, las enfermedades vinculadas o derivadas de los genitales, han sido consideradas un tabú y por la misma razón, se han creado falsas creencias en torno a ellas.

Sin embargo, las enfermedades emergentes de la actividad sexual, han trascendido el ámbito íntimo para constituirse en uno de los problemas más importantes de la salud pública, como ya lo manifestamos, sin advertirse un panorama más alentador.

Es así que, considerando la naturaleza de esta investigación, nos sentimos impulsadas a realizar un enfoque desde la concepción del género, con el fin de aportar una mirada distinta a un viejo problema.

Suele entenderse que la perspectiva de género significa mirar desde el lugar de la mujer, sin embargo, tal apreciación es equívoca.

Los estudios de género se refieren al "segmento de la producción del conocimiento que se ha ocupado de este ámbito de la experiencia humana: las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o mujer en cada cultura y en cada sujeto... son reflexiones sobre género que se han hecho a lo largo de la historia del pensamiento humano, acerca de los sentimientos y las consecuencias sociales y subjetivas que tiene pertenecer a uno u otro sexo", (Entel, 2002) (11)

Así, los enfoques de género permiten realizar aproximaciones integrales a los problemas que sufren hombres y mujeres.

Este abordaje incluye el concepto de salud y dentro de ella, a la sexualidad, apuntando hacia una promoción y prevención responsable y cierta. (12)

En tal sentido, se ha puesto especial énfasis en los derechos de la mujer para generar políticas, estrategias y propuestas que operen como un marco teórico a partir del cual se puedan tratar e intervenir problemas que la aquejan, sin excluir al hombre, sino atribuyendo a cada uno las características particulares.

En todo caso, podría argumentarse que el modelo médico sobre el cual se han desarrollado los postulados y las acciones sanitarias, no han tenido en cuenta tales peculiaridades, en detrimento, especialmente, de la mujer.

En el caso concreto que nos convoca, por medio de la revisión bibliográfica que oportunamente hemos realizado, observamos que las medidas preventivas, las recomendaciones y la consejería en materia sexual, tiende a orientarse hacia la mujer, como si sólo de ella dependiera su propio estado saludable y el del hombre.

Los distintos artículos académicos, así como tesis y monografías consultadas, citan como población de estudio a las mujeres. Contrariamente, no pudimos acceder a ningún trabajo científico cuyo universo esté integrado por hombres.

Incluso, en las recomendaciones establecidas por la OMS, para la eliminación de la Sífilis, se reconoce que uno de los principales problemas es la captación y aplicación de tratamiento al hombre, pareja de la mujer infectada o a sus ocasionales encuentros.

Como ejemplo de nuestras afirmaciones, el folleto sobre la prevención de la Sífilis editado por Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (13), en su portada, exhibe en primer plano la imagen de una mujer y detrás, pero desenfocada, la imagen de un hombre.



El análisis iconológico de esta fotografía permite advertir las representaciones que subyacen, las ideologías en la que se sustenta el mensaje del autocuidado de la mujer y a partir de él, el cuidado del hombre.

Dicho folleto consta de diez páginas; el título inicial dice: "Protéjase y proteja a su pareja", y - si bien hace referencia indistintamente al hombre y a la mujer – seguidamente dice: *"Lavarse los genitales, orinar o hacerse una ducha vaginal después de tener relaciones sexuales no previene la sífilis."*

Además de estas claras alusiones a la mujer, en el interior del impreso la palabra "hombre" nunca aparece, en cambio el término "mujer" es mencionado tres veces.

Respecto de nuestro país, los datos, artículos científicos y trabajos académicos abundan en información sobre la Sífilis en la mujer embarazada o Sífilis Congénita.

Asimismo, la información ofrecida por el MSP, además de no estar actualizada, replica las características ya señaladas, pese a ser un problema que tiene un alto costo sanitario, económico y social para nuestro país.

Por otra parte, suponemos que factores de orden psicológico, con valoraciones negativas, llevan a percibir la Sífilis como un estigma que es mejor ocultar o ignorar.

En tal sentido, en el imaginario colectivo aún persiste la idea de que las enfermedades son un castigo y las infecciones sexuales, además, encubren un comportamiento inmoral; así observamos una doble estigmatización.

Poner el énfasis en que la emergencia de una enfermedad, se debe a una conducta equivocada, no contribuye a que el paciente busque una salida, sino que lo hace sentir culpable, (Sontag, 2003) (14)

Las “enfermedades vergonzosas”, son la consecuencia lógica y directa de la libertad con que vive la mujer su sexualidad.

Al respecto, dice el Psicólogo González Fernández: “... independencia que es, ha sido, y será considerada desde la perspectiva machista y tradicional como una situación de riesgo que la mujer es incapaz de manejar eficazmente.”

Más adelante, el autor señala, que el lenguaje utilizado por la comunidad científica, especialmente, por quienes trabajan en el ámbito de la salud, en vez de romper estos códigos conceptuales que nos alejan de la realidad y de procesos de recuperación, ha contribuido – sin quererlo – a legitimar las estigmatizaciones. Cita como ejemplo que – así como hoy – es un insulto decir “drogadicto” o “anoréxico” o “sidoso” en el entorno popular, antes lo fue decir: “raquítico” o “sifilitico”. (15)

Así, la vulnerabilidad de las poblaciones de contexto crítico se ve acrecentada por la estigmatización aludida y los falsos constructos.

En busca del necesario equilibrio, el enfoque de género intenta desarticular la idea de que la diferencia entre hombres y mujeres es sinónimo de desigualdad y ofrece – como herramienta de análisis – la posibilidad de conocer qué conceptos están en juego en la percepción del autocuidado de unos y de otras.

Breve descripción de las Infecciones de Transmisión Sexual

“Las ITS comprenden un conjunto de enfermedades infectocontagiosas, de variadas etiologías, que se manifiestan de diferente manera.

Las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por contacto sexual, sin ser éste el único mecanismo de transmisión. También pueden adquirirse por contacto con sangre u otros fluidos corporales contaminados, por transfusiones de sangre o sus derivados, o de madre a hijo durante embarazo, parto y lactancia.

Es importante tener en cuenta que no toda infección del tracto reproductivo (ITR) es una ITS, ni toda ITS se traduce por enfermedad del tracto genital.”

En los últimos años se ha registrado un aumento de las ITS en nuestro país y en todo el mundo, a lo que se suma el impacto ocasionado por la pandemia de la infección por VIH. Si bien la dimensión exacta del problema no es fácil de conocer, por el subregistro existente y por las dificultades en realizar un diagnóstico precoz, la OMS estima que 1 de cada 20 personas padece una ITS al año.

Las ITS constituyen una importante causa de morbimortalidad general y materno-infantil, siendo responsables de abortos espontáneos, muertes fetales y/o maternas, partos prematuros, bajo peso al nacer, infección ocular en recién nacidos y sífilis congénita.

Además de representar un importante problema de la Salud Pública, también lo es del punto de vista social y económico, siendo que estas infecciones son preferentemente adquiridas por la población sexual y laboralmente activa, afectando así la economía individual y la de la comunidad. (16)

Factores que aumentan el riesgo de Adquirir ITS

No usar condón en las siguientes situaciones.

- ✓ Más de 1 pareja sexual.
- ✓ Pareja sexual que tiene otras parejas.
- ✓ Cambio reciente de pareja.

- ✓ Relaciones sexuales con persona que tiene síntomas de ITS o que curse tratamiento incompleto.
- ✓ Desinformación sobre prácticas sexuales seguras.
- ✓ Pertener al sexo femenino. Porque la superficie de la mucosa vaginal expuesta durante la relación es más extensa y el contacto con las secreciones de su pareja es más prolongado. A ello se agrega la dificultad - por la construcción social del género femenino - de negociar el preservativo con su pareja y defender su derecho a la salud.
- ✓ Edad. La susceptibilidad a las ITS es mayor en la adolescencia. (17)

Grupo de personas más vulnerables a las ITS

- ✓ Adolescentes sexualmente activos de ambos sexos (biológicamente más susceptibles)
- ✓ Personas con varias parejas sexuales
- ✓ Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
- ✓ Personas que practican el trabajo sexual.
- ✓ Usuario de sustancias psicoactivas y/o alcohol
- ✓ Personas privadas de libertad.
- ✓ Personas de los sectores más pobres, sin información ni acceso al Sistema de Salud.
- ✓ Personas que se alejan de su residencia y de su compañero/a sexual habitual por tiempo prolongado. (17)

Sífilis

La sífilis es una infección sistémica, de evolución crónica, con periodos asintomáticos, causada por la bacteria *Treponema Pallidum*.

El *Treponema Pallidum* penetra a través de mucosa sana o piel erosionada y rápidamente se disemina en el organismo, por lo que desde etapas precoces la infección es sistémica.

Es un patógeno exclusivo del ser humano, quien es su único reservorio. La vía de transmisión en la mayoría de los casos es la sexual.

La transmisión vertical ocurre por pasaje transplacentario de Treponemas Pallidum o por contacto con lesiones genitales durante el pasaje a través del canal de parto. No se transmite por la lactancia, salvo que existan lesiones en el pezón.

La transmisión a través de transfusiones sanguíneas es excepcional, ya que el Treponema Pallidum no sobrevive durante su conservación y en nuestro país se realiza el tamizaje del 100% de las unidades donadas.

En base a las características clínicas, pueden reconocerse varias etapas que se superponen: sífilis primaria, sífilis secundaria, sífilis latente y sífilis terciaria.

El diagnóstico se realiza a través de métodos directos e indirectos:

Métodos directos:

Treponema Pallidum: es la visualización mediante microscopio de campo oscuro de Treponema Pallidum, está reservado para los centros hospitalarios.

DNA de Treponema Pallidum que aun no está disponible en nuestro país.

Métodos indirectos:

El diagnóstico de sífilis puede realizarse utilizando dos tipos de test serológicos: no treponémicos y treponémicos.

Pruebas no treponémicas:

Fáciles de realizar y de bajo costo.

RPR (rapid plasma reagin) se realiza en suero o plasma y demora unos 10 a 12 minutos.

VDRL (venereal disease research laboratory) se realiza solo en suero y demora unos 30 minutos.

Pruebas treponémicas:

FTA abs

TPHA, ambas utilizadas como pruebas confirmatorias.

Pruebas rápidas:

Utilizan antígenos treponémicos y detectan anticuerpos circulantes específicos anti treponema pallidum.

Dado su bajo costo, su fácil realización e interpretación, estas pruebas desempeñan un papel primordial en el nivel de atención primaria, siendo una herramienta imprescindible en poblaciones de difícil captación y dudoso control.

Considerando la situación epidemiológica de nuestro país, que justifica una respuesta rápida para evitar la pérdida de oportunidades de tratamiento, las pruebas rápidas de sífilis están indicadas en:

- ✓ Toda mujer embarazada que inicia su control.
- ✓ Ante un embarazo no controlado.
- ✓ En toda embarazada en la que es necesario conocer su estado serológico con rapidez.
- ✓ Para conocer el estado serológico de los contactos sexuales de un usuario con sífilis.
- ✓ En poblaciones de difícil captación por el sistema de salud que consulta por sospecha de ITS.

En estos casos las pruebas reactivas son suficientes para la indicación de tratamiento sin perjuicio de continuar el algoritmo diagnóstico para confirmación.

Sífilis y Embarazo

El embarazo no afecta el curso natural ni la presentación clínica de la Sífilis.

Los mayores riesgos fetales de adquirir la infección están en relación a:

- Grado de espiroquetemia materna
- Duración de la infección materna no tratada
- Títulos de anticuerpos de VDRL $\geq 1:16$ al tratamiento o al momento del parto
- Menor intervalo de tiempo entre el tratamiento y el parto
- Sífilis no tratada

Las tasas más elevadas de sífilis congénita se detectan en hijos de madres con sífilis primaria, secundaria o latente temprana. El resto de los niños pueden infectarse por inoculación durante el parto.

Las manifestaciones clínicas de sífilis congénita son más probables si la transmisión ocurre en el primer trimestre, segundo trimestre o inicios del tercero.

La transmisión más tardía puede resultar en lactantes infectados asintomáticos. La sífilis puede ser adquirida en cualquier etapa del embarazo, por ello es obligatorio indicar el estudio serológico (mediante RPR o VDRL cuantitativo), en el primer control de embarazo y en el tercer trimestre del embarazo.

En Uruguay desde el año 1986, existe una norma que obliga a la investigación serológica de infección por sífilis a través de la realización de examen de VDRL ó RPR en embarazadas y recién nacidos.

Dada la situación epidemiológica actual el MSP recomienda la realización de VDRL o RPR a:

- 1) la embarazada en el primer, segundo y tercer trimestre, antes de la semana 32 de gestación
- 2) todos los recién nacidos.

En embarazos no controlados, en la consulta de la embarazada (por cualquier causa) que desconoce su estado serológico y en aquellas gestantes que pertenecen a poblaciones con condiciones de vulnerabilidad que hagan sospechar dificultades en el control (usuarias consumidoras de drogas, escasa comprensión de la importancia de los controles obstétricos, poblaciones marginadas por condiciones socio-económico-culturales, etc) está indicado la realización de la prueba rápida.

Todo resultado reactivo de una prueba de tamizaje (RPR o VDRL, independientemente del título) o prueba rápida, debe ser seguido del tratamiento inmediato.

La sífilis temprana afecta marcadamente el resultado del embarazo con mayor incidencia de parto pretérmino, sífilis congénita, muerte fetal y muerte neonatal.

Sífilis Congénita

La infección del recién nacido (RN) puede ser asintomática o sintomática, considerándose 2 formas: precoz y tardía. Esta se revela después de los 2 años, lo más a menudo, si no hubo tratamiento neonatal.

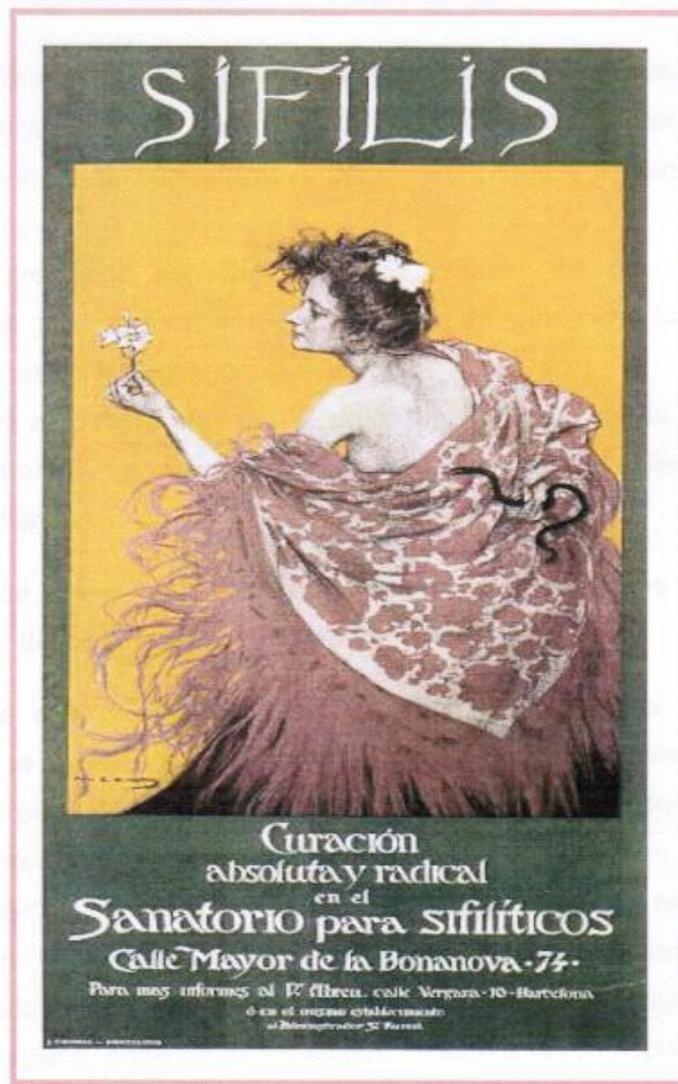
El 60% al 78% de los niños con sífilis congénita temprana son asintomáticos al nacer, de los cuales 2/3 presentarán síntomas entre las 3 y las 8 semanas de vida.

La sífilis congénita en los dos primeros años de vida se manifiesta por hepatoesplenomegalia, anemia, ictericia, rash cutáneo, rinorrea persistente y pseudo parálisis. Luego de los 2 años de edad es una causa importante de déficit neurológico, falla de crecimiento, alteraciones neuromusculares.

Estrategias para Eliminar la Sífilis a Nivel Nacional

- 1) Garantizar la promoción y el compromiso sostenido por parte de las instancias políticas.
- 2) Ampliar el acceso a los servicios sanitarios materno-infantiles y mejorar la calidad de éstos.
- 3) Someter a pruebas de detección y tratar a las mujeres embarazadas y sus parejas.
- 4) Establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación.

No obstante, la OMS, actuará como garante para que tales medidas se cumplan efectivamente, en aquellos países que luchen por minimizar los riesgos con el fin de eliminar los casos de Sífilis. (18), (19).



Ramón Casas i Carbó (1886-1932)
 Cartel (1900). 80 x 34,3 cm.
 Museu Nacional d'Art de Catalunya, Barcelona (España) (20)

"El cartel – obra de Ramón Casas y Carbó - está dividido en tres partes. Consta de un título en la zona superior, una imagen de una mujer en el centro y una leyenda en la zona inferior, donde se ofrecen los datos de la clínica que se publicita ('curación absoluta y radical en el Sanatorio para sífilíticos...').

La S de sífilis [todas las "s", en realidad, que aparecen en el cartel] recuerda la forma de una serpiente. Ello alude a la peligrosidad de la enfermedad, que acecha venenosa desde los rincones más oscuros. No hay que olvidar que en aquella época [en Barcelona] se transmitía sobre todo por el contacto con las prostitutas que trabajaban cerca del puerto. En el centro aparece una mujer con mantón de Manila, similar a las atractivas 'chulas' de los carteles de la época, como la del Anís del Mono (realizado por el mismo Casas). Sin embargo, se diferencia de ellas en que no aparece tan hermosa, sino pálida y desmejorada, con la maraña de pelo despeinado y la delgadez anémica apenas cubierta. Es un fiel retrato de la enfermedad, que consume a quien la sufre. Sostiene en su mano un lirio blanco, que simboliza la esperanza de la curación. El árido panorama de esta mujer enferma, verdadera personificación de la enfermedad, se completa con un fondo neutro de color anaranjado que potencia la sensación de palidez demacrada y debilidad de la protagonista." (20)

El aporte de la Enfermería desde la Teoría de Orem

La Enfermería cuenta con elementos intrínsecos muy significativos, desde el punto de vista conceptual: el principio de autocuidado de la Teoría de Orem, y desde la praxis, la función educativa para promocionar y prevenir en términos de salud.

El Modelo propuesto por Orem permite ordenar los conocimientos, las competencias y las motivaciones del personal de enfermería para brindar un cuidado oportuno a los usuarios.

A partir de él, es posible optimizar la práctica, la consejería y la gestión de los recursos materiales e inmateriales con que cuentan los enfermeros en los casos que atienden.

La Teoría de Orem está conformada en torno a tres ejes conceptuales: autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería.

Si ubicamos el problema objeto de nuestro estudio, en la dimensión del *autocuidado*, la enfermería mostrará a los usuarios los conocimientos que éstos deben tener para alcanzar una vida sexual plena, minimizando los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual.

Frente a la Sífilis, sin entrar en detalles técnicos que pueden resultar de difícil comprensión, el personal de salud debe brindar una adecuada información sobre el modo de contagio, las medidas profilácticas, las conductas inseguras, hábitos de higiene, entre otros temas que tienden a la promoción y prevención de la salud.

En la situación de *déficit de autocuidado* expresada por Orem, la enfermería debe llevar adelante – en primer término – un diagnóstico preciso de las limitaciones y sus causas, así como de las demandas del usuario. Ofrecerle el cuidado que no puede autoprocursarse y evaluar las medidas que serán más oportunas para su rápido restablecimiento, si tal expectativa es posible.

Los sistemas de enfermería, por su parte, comprenden todas las acciones que deben ejecutarse, el tiempo necesario y la intensidad, de acuerdo al caso concreto que enfrente.

En tal sentido, distinguimos tres tipos de intervenciones:

- a) totalmente compensadoras,
- b) parcialmente compensadoras,
- c) de apoyo y/o educación.

Respecto de la Sífilis, es preciso profundizar en la realidad de cada paciente a fin de conocer y desplegar habilidades y competencias eficaces. No sólo conocer el estadio en que se encuentra la patología, sino además la percepción que el individuo tiene acerca de ella, sus características personales y su motivación para superar las dificultades. (21)



MARCO REGULATORIO

La Enfermería, además de integrar un equipo multidisciplinar, actúa de acuerdo a un conjunto de normas:

Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género

El Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP ha sido creado con el fin de garantizar la equidad de género, brindando a las mujeres información completa sobre sus derechos respecto de la prevención de su salud. Además "plantea una revisión de los roles tradicionales asignados a hombres y mujeres, por lo cual dicha transformación cultural también considera una nueva perspectiva masculina, que también forma parte del programa." (22)

Guía de Salud Sexual y Reproductiva

Como complemento fue creada la Guía de Salud Sexual y Reproductiva (GSSR), por parte del MSP, con la participación de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, destacando en su Prólogo: "La promulgación y reglamentación de la Ley 18426 (anexos 1 y 2) que incluye la implementación de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSS y SR) constituyen un punto de inflexión en la universalización y la consolidación de las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva (SS y SR) , pues:

- Establece el marco de atención a la SS y SR como derecho de los ciudadanos.
- Constituye una estrategia para promover la progresiva realización de una atención a la SS y SR integral, eficaz y de calidad en las Instituciones prestadoras de salud.
- Requiere generar transformaciones institucionales, en acuerdo con el cambio del modelo de gestión y de atención promovidos por la Reforma de la salud.

- Profundiza el cambio de modelo de atención, y propicia cambios en las concepciones y prácticas de los equipos profesionales y de los usuarios.
(22)

Más adelante expresa: "Todas las Instituciones prestadoras de salud deberán contar con un SSS y RR. El mismo estará constituido por un ECR y por todos los técnicos y profesionales de la institución involucrados en cumplir las acciones necesarias para garantizar las prestaciones establecidas en la Ley 18.426 y su reglamentación (293/010)... A esos efectos se recuerda lo estipulado por la ley 18426 y su reglamentación:

- Difusión y promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos en todas las etapas de la vida;
- Promoción de hábitos saludables de vida en las esferas sexual y reproductiva y de la consulta profesional oportuna;
- Educación y orientación para el ejercicio responsable y placentero de la sexualidad y promoción de la maternidad y paternidad responsables;
- Acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, tanto reversibles como irreversibles;
- Información, educación y orientación sobre métodos eficaces para la prevención de infecciones de transmisión sexual ;
- Tratamiento de las ITS/VIH que incluya a todas las personas involucradas en la relación sexual;
- Prevención y tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas de origen genito reproductivas;
- Información y apoyo a parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción;
- Prevención de la morbilidad de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto, puerperio y aborto;

- Captación precoz de mujeres embarazadas, control de embarazo, prevención de riesgos y promoción de salud con enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos en su transcurso, así como durante el parto, puerperio y etapa neonatal;
- Creación de condiciones para la humanización del parto institucional,
- Promoción de la participación de las parejas u otras personas a elección de la mujer embarazada en el trabajo de parto, parto y postparto;
- Información sobre posibles intervenciones médicas durante el trabajo de parto, parto y postparto con respecto a las opciones de las mujeres en caso de existir alternativas;
- Asesoramiento y adopción de medidas de protección de las mujeres frente al aborto provocado en condiciones de riesgo;
- Atención de la interrupción del embarazo en los casos en que la misma sea autorizada de conformidad con las normas vigentes;
- Promoción de climaterios saludables;
- Promoción de la salud mental desde la perspectiva de los derechos sexuales y derechos reproductivos con derivación oportuna cuando se detecten problemas al respecto;
- Prevención de la violencia física, psicológica y sexual, y atención oportuna cuando ésta se detecte en personas de cualquier edad,
- Prevención y reducción de daños por consumo de sustancias adictivas legales e ilegales con derivación oportuna cuando se detecte.

El Servicio deberá garantizar un conjunto de acciones y prestaciones que involucra a todos los profesionales de la salud del prestador – efector.

La Institución es responsable de la capacitación de su personal para poder brindar prestaciones integrales. El MSP podrá evaluar estas capacitaciones para que las mismas cumplan con los estipulados de la ley y decreto correspondientes.

Todos los profesionales deberán cumplir con sus funciones asistenciales intransferibles.

Con el objetivo de optimizar las acciones y prestaciones a llevar adelante, por todos los profesionales, se establece el requerimiento de, al menos, un Equipo Coordinador de Referencia en cada institución." (22)

Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-Sida

El Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-Sida (2008), creado también por el MSP, establece en su parte inicial: "El presente Programa Nacional incorpora el conjunto de normativas, prestaciones y recomendaciones vinculadas al acceso universal a la atención integral de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / SIDA. Se elaboró en el marco del Plan Estratégico Nacional (2006-2010) que lleva adelante el Programa Prioritario de ITS/Sida, bajo la órbita de la Dirección General de la Salud/Ministerio de Salud Pública, y que fue validado por la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA) – Mecanismo de Coordinación de País (MCP) en el 2006. (23)

Guía clínica de diagnóstico, monitorización y tratamiento de sífilis en la mujer embarazada y sífilis congénita

El objetivo general de esta guía es proveer protocolos de actuación racional, basados en evidencias científicas y contextualizadas en la realidad epidemiológica de la sífilis (materna y congénita) de nuestro país, de forma de dar una respuesta efectiva a la problemática.

Los objetivos específicos son:

- Proveer conocimientos clínicos de sífilis.
- Brindar pautas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la sífilis materna que permitan un manejo estandarizado e impacte en la reducción de las tasas de incidencia de sífilis congénita.

- Brindar pautas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la sífilis congénita, que permitan un manejo estandarizado e impacte en la reducción de la morbi-mortalidad de los niños con sífilis congénita.
- Promover la notificación epidemiológica adecuada y oportuna a través de las herramientas disponibles, para fortalecer el conocimiento de la realidad local y que permita monitorear y evaluar los resultados de las estrategias nacionales implementadas.
- Los principales destinatarios de esta guía son los equipos de salud de todos los niveles de atención, pero especialmente los responsables de la atención primaria, dado que tienen un rol principal en la captación y resolución oportunas de las mujeres gestantes afectadas y en la captación de sus parejas sexuales para la prevención de la sífilis congénita.

Decreto 41/02 Notificación Obligatoria de la Sífilis

La sífilis, congénita y en adultos, es un evento de notificación obligatoria. El nuevo decreto de enfermedades y eventos de notificación obligatoria (41/02) de febrero del 2012, establece que ambos eventos deben de notificarse ante la sospecha, dentro del plazo de una semana desde que se toma conocimiento del mismo.

El procedimiento de notificación puede realizarse por cualquiera de las vías disponibles que se citan a continuación:

Teléfono: 24091200: disponible las 24 horas del día.

Fax: 24085838

E-mail: vigilanciaepi@msp.gub.uy

A partir del corriente año se incorpora también el sistema de notificación online, a través de la página web del Ministerio de Salud Pública: www.msp.gub.uy

Este sistema será difundido a las instituciones, pero fundamentalmente a las maternidades del país, ya que intenta reunir información específica de sífilis congénita, que tienda a acercarnos a una situación más real del evento en nuestro país.

El procedimiento para el uso del mismo será el siguiente:

1. Cada maternidad tendrá su usuario
2. Se ingresa al sistema a través de la página web del MSP: www.msp.gub.uy
3. Para notificar acceda a través de "NOTIFIQUE AQUÍ", como muestra la imagen.
4. Una vez ingresado el usuario, el sistema le solicitará datos patronímicos del caso.
5. Y luego los datos específicos para sífilis congénita.

Con la información aportada el sistema clasificará la notificación para su posterior seguimiento.

Sistema Informático Perinatal

El Sistema Informático Perinatal, implantado por ley en todas las maternidades del país desde 1986, es un instrumento de gran importancia para la vigilancia centinela de diversos aspectos considerados estratégicos para lograr el control y la eliminación de la Sífilis Congénita: la detección precoz y el tratamiento oportuno de la Sífilis durante el embarazo, el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción del inicio temprano del control prenatal y la disminución de reinfección mediante el tratamiento de las parejas sexuales y la consejería sobre ITS y uso del preservativo.

La última versión de la HCPB-SIP (Historia Clínica Perinatal-Sistema Informático Perinatal) incluye un conjunto de campos relevantes en el apartado del Embarazo Actual: Prueba treponémica y no treponémica, realización de las mismas antes o después de las 20 semanas, semana de realización de las pruebas, resultado positivo, negativo o sin dato, tratamiento de la embarazada y semana de realización del mismo según que el VDRL se haya realizado antes o después de las 20 semanas, y tratamiento de la pareja antes y después de las 20 semanas.

Asimismo en el apartado de Recién Nacido se incluye la realización de la prueba de VDRL (o RPR) en sangre periférica y del tratamiento. Se recuerda a las Instituciones que el correcto y completo llenado de la HCP

SIP es una meta asistencial por lo cual el MSP hará los controles de cumplimiento correspondientes.

Se recuerda a las instituciones públicas y privadas que las metas prestacionales en el momento actual exigen el llenado completo de la HCPB y el cargado de los datos a una base de datos y una evaluación de calidad de la misma.

Se ha privilegiado el valor del SIP y sus instrumentos en el campo de la gestión clínica, jerarquizando también su uso como herramienta de vigilancia epidemiológica y monitoreo poblacional.

La Unidad de Información Nacional en Salud (UINS) del MSP recibe mensualmente las bases de datos de todas las maternidades que asisten partos.

Esa información es procesada y consolidada en una base de datos nacional de donde surgen las estadísticas perinatales del país.

Todas las instituciones que asisten partos deben enviar los datos de las HCP en formato electrónico preparadas con la opción "Respaldo de datos de base activa". El envío se hará mensual a la siguiente dirección de correo: sip@msp.gub.uy.

En caso de necesitar ayuda escribir a: sip@msp.gub.uy o comunicarse con el área SIP del MSP de Lunes a Viernes de 10 a 18 hs al teléfono 24027659. (24)



MARCO CONTEXTUAL

• DEPARTAMENTO DE MALDONADO

Ubicación:

Maldonado es un Departamento del Uruguay, ubicado en el litoral sur del país y a 140 km de Montevideo.

La ciudad de Maldonado junto a Punta del Este, constituyen el segundo centro urbano más poblado del país. A su vez, está constituido por diferentes regiones: urbanas y rurales.

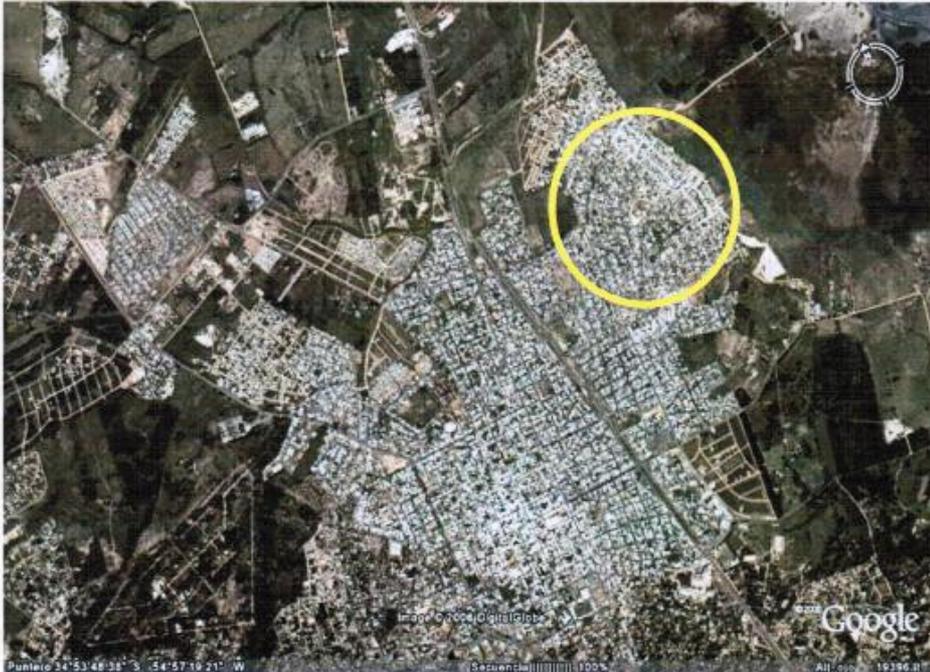
Actividad Económica:

La principal fuente de ingresos del departamento proviene del turismo, alcanzando los puntos más significativos en la temporal estival - diciembre, enero y febrero - con la concurrencia de un gran colectivo de visitantes de todas partes del mundo.

Las actividades del balneario, que se multiplican en esta época, convocan importante mano de obra de otras partes del país. Especialmente, concurren jóvenes que no cuentan con trabajo estable, para realizar tareas en el área comercial y en otros ámbitos para los cuales no se requiere amplia calificación: servicio doméstico, personal para hotelería, restaurantes, centros recreativos y de diversión, etc.

Estas condiciones referidas, hacen de Maldonado un departamento de profundos contrastes, por un lado, una población que ha crecido descontroladamente, sin recursos económicos fijos y por el otro, una espléndida geografía que el turismo ha sabido explotar con un alto nivel de confort y lujo en los servicios, en las viviendas costeras y en la creciente hotelería, seduciendo a una demanda turística cada vez más opulenta.

Foto aérea de Maldonado



Fuente: Google Maps

Impacto social de la explosión demográfica: los asentamientos

Los crecientes movimientos migratorios que se han producido en las dos últimas décadas, han ido estableciéndose de manera irregular en el Departamento de Maldonado. Así, fueron surgiendo los primeros asentamientos en las zonas marginales de la ciudad, subsistiendo de manera precaria por mucho tiempo.

Actualmente, por medio del Programa de Integración de Asentamientos Irregulares (PIAI) (25), algunas de esas comunidades informales, han logrado urbanizarse, construyendo casas de material, con agua potable, luz eléctrica y caminería asfaltada. También, se han establecido centros educativos y de salud, algunos servicios básicos, comercios y oficinas. Sin embargo, la población que allí vive, no ha acompañado el desarrollo afianzándose desde el punto de vista socioeconómico, a falta de una actividad regular, bien remunerada.

El barrio, donde se desarrolló el estudio cuyo informe presentamos, encontró su origen en un asentamiento en el norte del departamento.

Por medio de una nota periodística, se pudo reconstruir la compleja historia de esta comunidad. En junio del 2004, comenzó la construcción de ochocientos veintiséis hogares, a través de un convenio intersectorial, para dar respuesta ocupacional a los asentamientos 6, 7 y 8 y así, proceder a un ordenamiento que armonizara las desproporciones habitacionales del Departamento.

Según expresaba la Dra. Ma. Laura Rey, Directora del PIAI, con la obra, no sólo se verían beneficiados los moradores de esas viviendas, sino además sería de gran importancia para la zona en general, reconociendo que el asentamiento era el más grande y el que más preocupación causaba a las autoridades, por la población en sí misma y por el medio ambiente. El plan inicial suponía 2 años de obras sistemáticas, para poder instalar los servicios básicos de subsistencia. (2004)

Dicha labor, además de contar con el apoyo de la Intendencia Municipal de Maldonado, el Ministerio de Vivienda y la Facultad de Arquitectura, surgía por el propio interés de los vecinos, que - no sólo aumentaban por la llegada de nuevos pobladores - sino además, porque las familias que lograban constituirse en la microrregión, comenzaban a reproducirse. Vale tener en cuenta que hace diez años, el colectivo estaba integrado por 2960 personas, siendo el 44,9% niños y adolescentes, menores de 18 años.

El barrio de referencia, como señalamos, empezó su formación por el año 1990, de manera incontenible. Las primeras personas que llegaban al Departamento, al ver las oportunidades que ofrecía, convocaban a otros miembros de su entorno y decidían permanecer definitivamente.

El contingente que irrumpió a finales del siglo pasado, no tenía para perder desde el punto de vista material, ya que venían de otras zonas del país, donde no habían logrado establecerse.

El auge de la construcción ofreció un panorama prometedor, fundamentalmente, a la mano de obra masculina. Sin embargo, las mujeres

también empezaron a llegar, impulsadas por la demanda laboral en el sector de la hotelería.

Este fenómeno, puso al descubierto que Maldonado no contaba con una infraestructura que pudiera dar acogida a los nuevos vecinos, lo que generó situaciones conflictivas. Durante la etapa del asentamiento propiamente dicha, los niños fueron los que más sufrieron la falta de una vivienda decorosa, de saneamiento, de luz, y de una red de servicios elementales para su adecuada atención.

A este problema, se sumó la llegada de otros pobladores que – sin hábitos de trabajo – buscaban la subsistencia por medio de actos delictivos.

Los datos surgieron del censo realizado por la Dirección de Promoción Social de la Intendencia de Maldonado, y puso en alerta a las autoridades, buscando posteriormente, iniciar la planificación para reordenar a estas poblaciones.

Las intervenciones urbanísticas proyectadas y dirigidas por la Facultad de Arquitectura, dieron lugar al establecimiento a los barrios de la periferia.

En la actualidad, el barrio cuenta con dos escuelas, un Centro de Atención a la Infancia y Familia (CAIF), biblioteca, instituciones deportivas, policlínicas de salud, comisaría, plazoletas, una cancha multiuso, un Centro de Jóvenes, un Centro Comunal, locales comerciales, calles asfaltadas, transporte público, red de tendido eléctrico y telefonía, etc.

A pesar de los esfuerzos y de los avances conquistados, la población no ha logrado superar las carencias relacionadas con los desequilibrios económicos que ha sufrido el país y agravadas por las medidas tributarias que recientemente han tomado los países vecinos, disminuyendo sensiblemente el turismo.

Lo expresado, sumado al dato que Maldonado es el Departamento del interior con mayor prevalencia e incidencia de enfermedades de transmisión sexual, nos lleva a inferir y reflexionar que el impacto demográfico ha incidido notablemente, generando condiciones de vida por debajo del umbral de riesgo de pobreza. (26), (27), (28).

- **CARACTERÍSTICAS DE LA POLICLÍNICA DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO**

La Policlínica que ha sido marco contextual de nuestro estudio, atiende anualmente 440 mujeres embarazadas, con un promedio de 37 al mes. (29)

Los servicios que allí se brindan, comprenden:

Medicina General
Admisión y Archivo
Servicio Social
Gineco-Obstetricia
Pediatría
Enfermería
Vacunación
Farmacia 1er. Nivel
Psicología
Odontología
P.A.P.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Área de Estudio:

Policlínica de la periferia de Maldonado – Uruguay.

Muestra:

Se seleccionó una muestra por conveniencia, integrada por 78 mujeres embarazadas que concurrían al control obstétrico, en el período junio/julio, de 2013.

Criterios de Inclusión:

Se incluyeron a todas las embarazadas, en cualquier etapa de la gestación, que asistían a controlar su embarazo y que aceptaron participar del estudio.

Criterios de Exclusión:

Se excluyeron a todas las mujeres que visitaban la Policlínica por otros motivos distintos al control de embarazo y a las madres que – previamente -habían participado de la prueba piloto.

Sujeto de Estudio:

Cada una de las embarazadas que cumplían con los requisitos mencionados.

Método, técnicas e instrumentos:

Se llevó a cabo una entrevista personal con cada madre, en la que se aplicó un cuestionario – de elaboración propia - que contenía las variables de estudio: biosociodemográficas y otras, relacionadas con la Sífilis.

Antes de la entrevista, se efectuaba una revisión del Carné Perinatal, con el fin de conocer la edad gestacional.

Periodo de Recolección de Datos:

Las estudiantes, concurrieron a la Policlínica de referencia, los días en que se llevaban a cabo las consultas obstétricas: lunes, miércoles y viernes, de 12 a 15 hs., durante los meses de junio y julio de 2013.

Validez:

Antes de realizar el trabajo de campo, se sometió el cuestionario a prueba piloto, lo que permitió realizar algunos ajustes.

Selección de Variables:

Las variables seleccionadas para llevar adelante el estudio, contemplaron atributos de las participantes:

I) biosociodemográficos

- Edad
- Edad gestacional
- Gestas previas
- Nº de hijos
- Nivel de instrucción
- Estado civil
- Ingresos
- Zona de residencia

II) relativos a la información sobre Sífilis

- Sabe qué es la sífilis
- Recibió Información sobre sífilis
- Agente que brindó la información
- Sabe que la sífilis es una infección
- Sabe que la sífilis se transmite al bebé a través de la placenta
- Sabe que evita su contagio a través del uso del preservativo
- Sabe que los antibióticos curan la sífilis
- Sabe que la pareja de la persona afectada de sífilis debe recibir tratamiento

Procesamiento de Datos:

Los datos obtenidos se registraron y clasificaron en una Planilla Excel. Luego se presentaron en Tablas y Gráficos, aplicando la Estadística Descriptiva.

Consideraciones Éticas:

Se solicitaron las autorizaciones correspondientes ante las autoridades de la Facultad de Enfermería y la Policlínica donde se realizó el estudio.

Asimismo, se aplicaron las pautas contenidas en los decretos 258/992 y 455/01, referidos al Consentimiento Informado. (30)



RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El Instrumento que se aplicó en las entrevistas, constaba de dos partes. La primera, consignaba los datos biosociodemograficos de las entrevistadas; mientras, que en el segundo apartado, se realizaban las preguntas relativas a la Información sobre Sífilis.

A continuación, se presentan los datos obtenidos en las entrevistas que se realizaron en el período junio/julio del presente año.

La población estuvo constituida por 78 mujeres embarazadas, que se atendían en una Policlínica de Maldonado.

1. Cuadro de Distribución de las entrevistadas, según EDAD.

EDAD	FA	FR%
15-18	13	17
19-22	23	29
23-26	9	12
27-30	18	23
31-34	8	10
35-38	3	4
39-42	4	5
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

2. Cuadro de Distribución de las entrevistadas, según EDAD GESTACIONAL,
(Clasificadas por trimestre)

EDAD GESTACIONAL	FA	FR%
1er trimestre	3	4
2do trimestre	23	42
3er trimestre	42	54
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

3. Cuadro de Distribución de las entrevistadas, según GESTAS ANTERIORES.

GESTAS ANTERIORES	FA	FR%
0	33	42
1	16	21
2	13	17
3	10	13
4	4	5
5	0	0
6	1	1
7	1	1
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

4. Cuadro de Distribución de las entrevistadas, según NÚMERO DE HIJOS.

Nº de HIJOS	FA	FR%
0	34	44
1	15	19
2	14	18
3	10	13
4	2	3
5	1	1
6	1	1
7	1	1
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

5. Cuadro de Distribución de las entrevistadas, según ZONA DE RESIDENCIA.

ZONA de RESIDENCIA	FA	FR%
Urbana	74	95
Rural	4	5
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

6. Cuadro de Distribución de las entrevistadas, según NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

NIVEL de INSTRUCCIÓN	FA	FR%
Primaria Completa	71	91
Secundaria Completa	7	9
Universitario Completo	0	0
Otros	0	0
S/Datos	0	0
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

7. Cuadro de Distribución de las entrevistadas, según ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	FA	FR%
Soltera	33	42
Casada	7	9
Unión Estable	36	46
Viudo	0	0
Divorciado	2	3
S/datos	0	0
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

8. Cuadro de Distribución de las entrevistadas, según INGRESOS PROPIOS

INGRESOS	FA	FR%
Sí	13	17
No	65	83
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

En las Tablas siguientes, se consignan las respuestas concernientes a la INFORMACIÓN sobre SÍFILIS, brindadas por las entrevistadas:

Tabla I. ¿Ud. Sabe qué es la Sífilis?

Respuesta	FA	FR%
SÍ	59	76
NO	17	22
S/D	2	2
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

Tabla II. ¿Ha recibido información sobre la infección?

Respuesta	FA	FR%
SÍ	20	26
NO	50	64
S/D	8	10
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

Gráfico I. Representación Porcentual de la Información sobre Sífilis, según lo expresado por las entrevistadas.

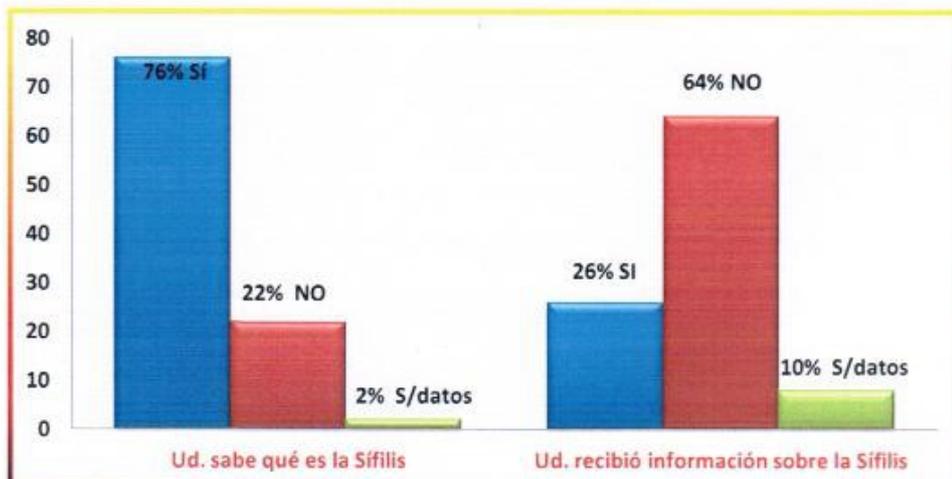


Gráfico II. Comparativo de las Respuestas consignadas

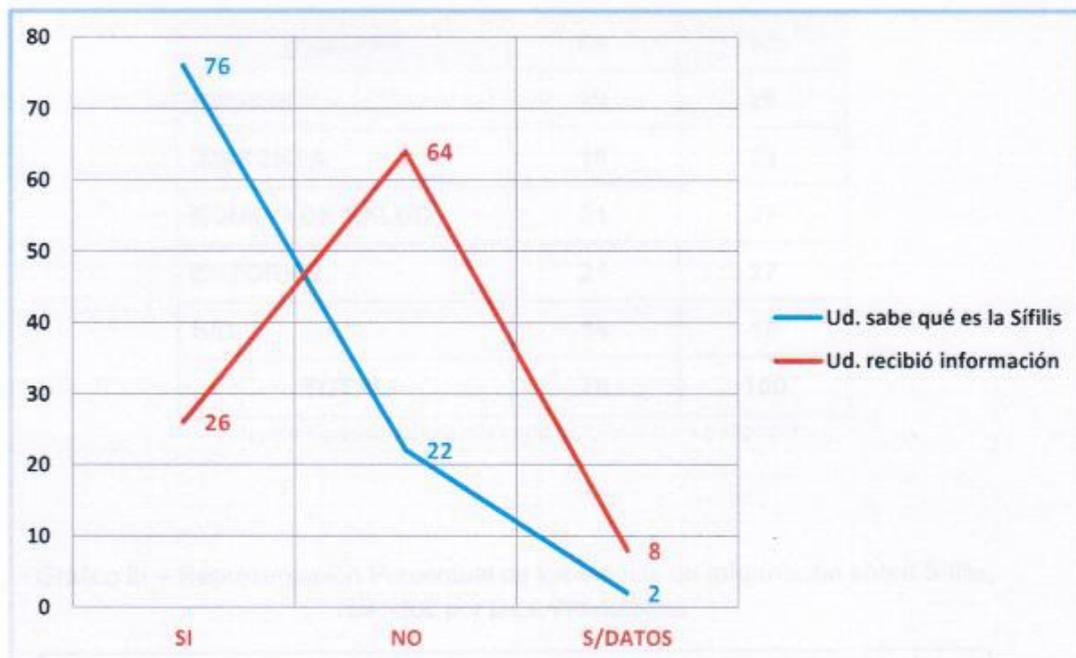


Tabla III. ¿Quién le brindó la información? (multiopción)

Respuesta	FA	FR%
MEDIOS	22	28
IMPRESA	16	20
EQUIPO DE SALUD	21	27
ENTORNO	21	27
S/D	14	18
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

Gráfico III – Representación Porcentual de los Medios de Información sobre Sífilis, referidos por las entrevistadas.

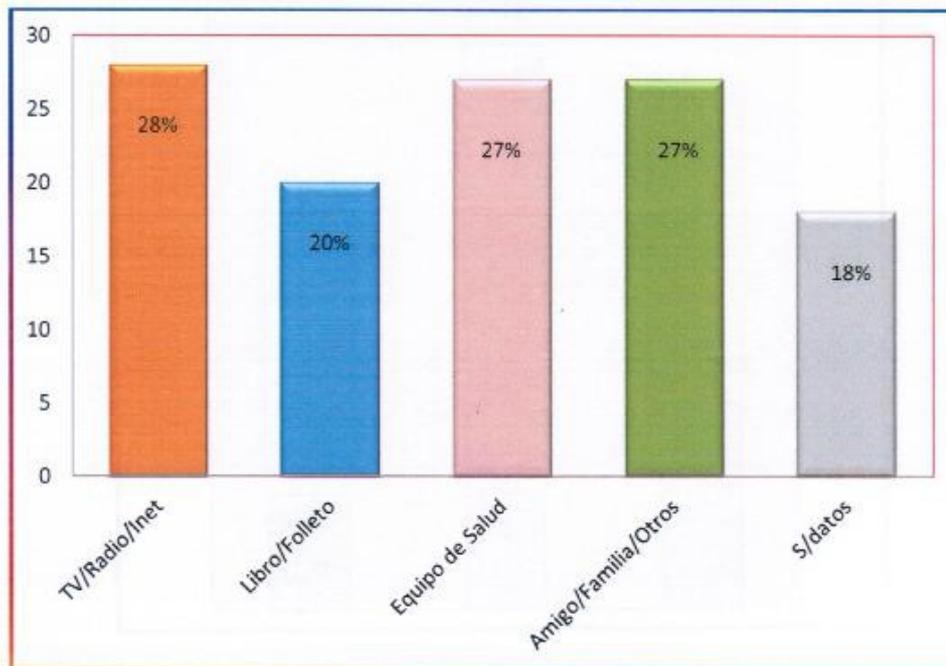


Tabla IV. ¿Ud. Cree que sólo se contagia por vía sexual?

Respuesta	FA	FR%
CORRECTAS	10	23
INCORRECTAS	50	64
S/DATOS	18	13
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador.

Gráfico IV- Representación Porcentual de las Respuestas expresadas por las entrevistadas.

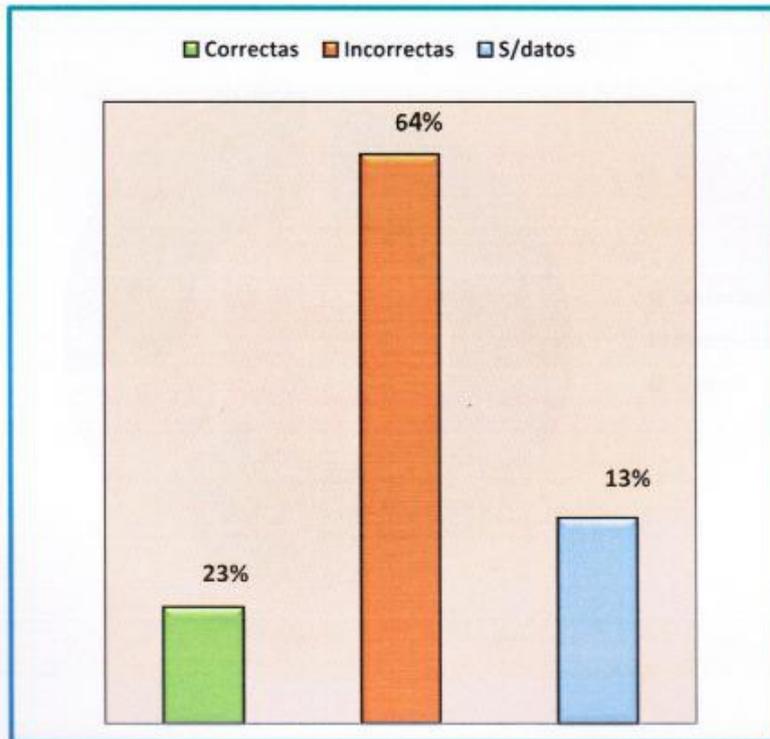


Tabla V. ¿Ud. piensa que una mujer embarazada puede contagiar a su bebé?

Respuesta	FA	FR%
CORRECTAS	50	64
INCORRECTAS	6	8
S/DATOS	22	28
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador

Gráfico V- Representación Porcentual de las Respuestas expresadas por las entrevistadas

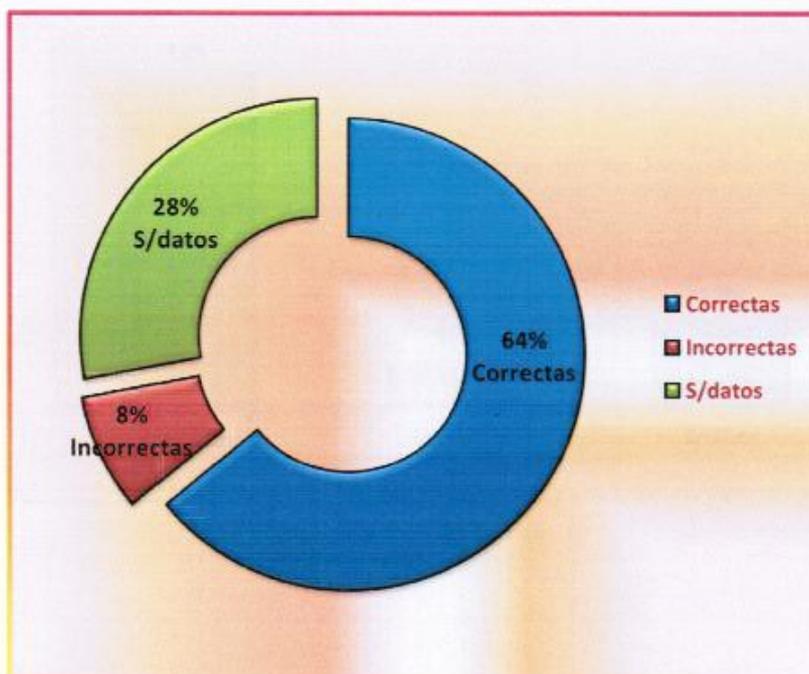


Tabla VI. ¿Ud. considera que el uso del preservativo puede evitar el contagio?

Respuesta	FA	FR%
CORRECTAS	56	72
INCORRECTAS	8	10
S/DATOS	14	18
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador

Gráfico VI- Representación Porcentual de las Respuestas expresadas por las entrevistadas

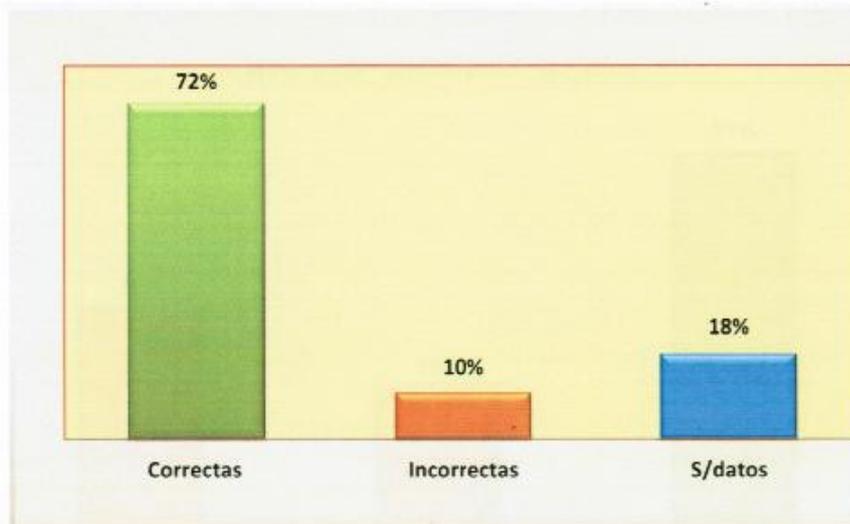


Tabla VII. ¿Ud. cree que los antibióticos curan la Sífilis?

Respuesta	FA	FR%
CORRECTAS	23	30
INCORRECTAS	15	19
S/DATOS	40	51
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador

Gráfico VII- Representación Porcentual de las Respuestas expresadas por las entrevistadas

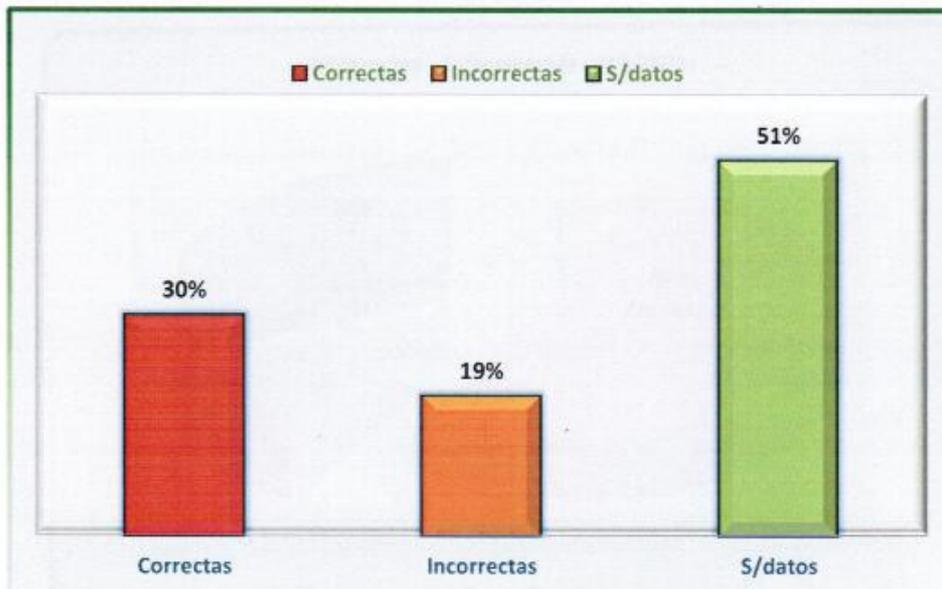


Tabla VIII. ¿ Si una persona tiene Sífilis, cree que su pareja debe recibir tratamiento?

Respuesta	FA	FR%
CORRECTAS	45	58
INCORRECTAS	9	11
S/DATOS	24	31
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado por Grupo Investigador

Gráfico VII- Representación Porcentual de las Respuestas expresadas por las entrevistadas

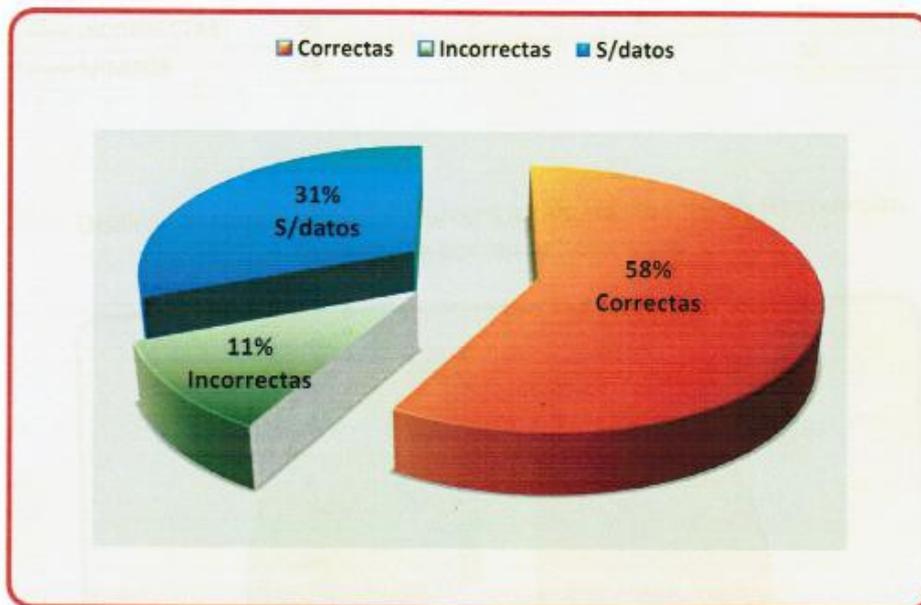


Gráfico VIII. Comparativo de las Respuestas consignadas acerca de la Información sobre Sífilis

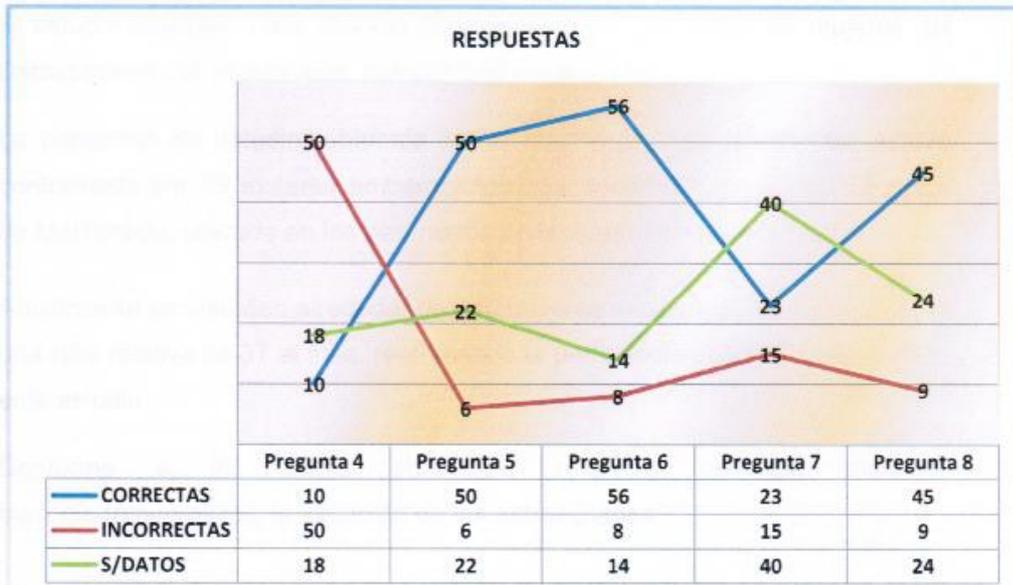
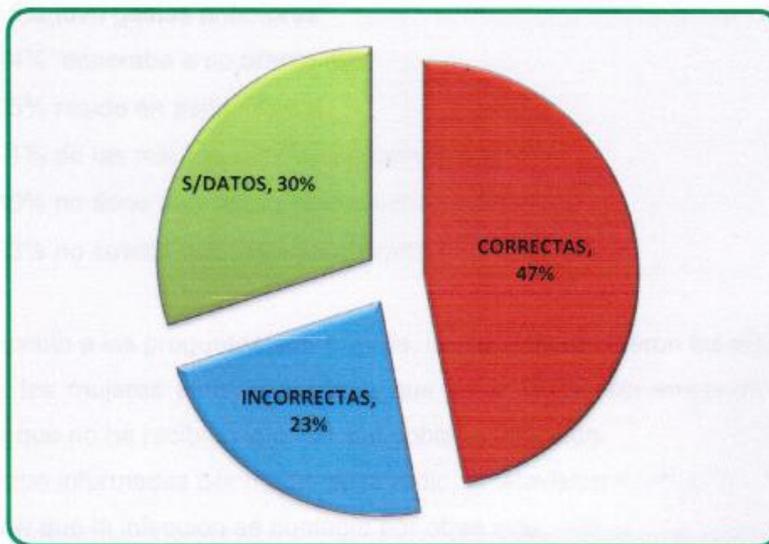


Gráfico IX- Representación Porcentual Acumulada de las Respuestas, expresadas por las entrevistadas.



ANÁLISIS

El estudio realizado para conocer la información de un grupo de mujeres del Departamento de Maldonado, nos permitió observar que:

La población de estudio, obtenida por conveniencia, concretamente, estuvo conformada por 78 mujeres embarazadas que se atendían en una Policlínica de Maldonado, ubicada en los perímetros de la capital del Departamento.

Anualmente se atienden alrededor de 440 mujeres embarazadas, lo que nos da una cifra relativa de 37 al mes, reafirmando la pertinencia del corte elegido para este estudio.

Conforme a los datos obtenidos, respecto de los aspectos biosociodemográficos, la situación de las entrevistadas:

- la mayor concentración se encuentra comprendida en el rango etario de 19 a 22 años;
- con respecto a la edad gestacional, el 54% cursaba el tercer trimestre de embarazo.
- 58% tuvo gestas anteriores
- 44% esperaba a su primer hijo
- 95% reside en zona urbana
- 91% de las madres sólo ha cursado la primaria,
- 45% no tiene un vínculo afectivo estable
- 83% no cuenta con ingresos propios

Con respecto a las preguntas sobre Sífilis, las respuestas fueron las siguientes: 76% de las mujeres afirman saber lo que es la Sífilis, sin embargo, el 64% expresa que no ha recibido información sobre la infección.

28% fueron informadas por medio de la radio, la televisión e Internet.

23% sabe que la infección se contagia por otras vías, además de la sexual.

64% considera que una mujer embarazada infectada, contagia a su bebé y 72% considera que el uso del preservativo evita la transmisión.

51% no saben que los antibióticos curan la Sífilis, mientras 19% asegura que no la curan.

58% sabe que la pareja de la persona infectada debe realizar el tratamiento en forma conjunta.

Cuando se analizó el total de las respuestas ofrecidas, las afirmaciones correctas alcanzan el 47% y las incorrectas o sin datos agrupadas, el 53%.

Asimismo, los estudios realizados sobre distintas problemáticas relacionadas con las ITS y la vida sexual y reproductiva, que citamos en el cuerpo de este informe, convergen en marcar como causas o factores de riesgo: la edad, el bajo nivel educativo, la ausencia de vínculos afectivos duraderos, la marginalidad socioeconómica, las débiles pautas culturales y la falta de información, entre los más destacados, lo cual se corresponde con nuestros hallazgos.



CONCLUSIÓN

Retomando los objetivos que nos planteamos al inicio de este estudio, podemos concluir que fueron alcanzados satisfactoriamente.

La información verificada por medio de este análisis, es insuficiente; por tanto, inferimos que no les permite a las mujeres entrevistadas, desarrollar conductas preventivas y eficaces, que les asegure un estado saludable en lo relativo a su sexualidad.

La Enfermería, dentro del sistema sanitario, tiene habilidades y competencias propias de sus funciones, que garantizan la satisfacción de las necesidades que plantean los distintos colectivos, a nivel asistencial o educativo. Así, se convierte en un agente de información, con buenas oportunidades para llegar a los usuarios por su proximidad, con el fin de reducir estos riesgos.

Tomando como referencia los conceptos de la Teoría de Orem, es coherente pensar que la información correcta y los conocimientos que - en consecuencia se adquieren - van acompañados de actitudes asertivas.

La naturaleza de la profesión de Enfermería surge de la necesidad de las personas de ser cuidadas y de ser educadas para el autocuidado, de manera que la vida se desarrolle saludablemente, se recupere en momentos de enfermedad o encuentre alivio en situaciones extremas.

La información que brinda el equipo de salud, es fundamental para que los individuos reconozcan los factores internos y externos que pueden poner en riesgos su vida, su futuro y su entorno.

En tal sentido, el modelo de Orem, señala que la Enfermería puede ofrecer apoyo educativo, supervisando y orientando las acciones de las personas, cuando éstas presentan déficit de autocuidado. (31)

Asimismo, los datos aportados por las entrevistadas, permiten señalar – como lo hemos adelantado – que su situación personal se encuentra comprendida dentro de lo que la OMS, considera factores de riesgo o vulnerabilidad frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Según lo expresado por las entrevistadas, los medios masivos de comunicación, el equipo de salud y su entorno fueron los agentes encargados de proporcionarles la información sobre Sífilis.

En ese sentido, reafirmando la necesidad de una mayor y mejor información, tomamos las palabras del Consejo Internacional de Enfermeras, que manifiesta en su "Proyecto de los Pacientes Informados":

"Disponer de información de calidad sobre la salud ayuda a adoptar decisiones bien informadas para velar por la salud, evitar enfermedades, obtener diagnósticos correctos, elegir buenos tratamientos y obtener el mejor cuidado clínico.

Las investigaciones demuestran que los pacientes y los usuarios que desempeñan un papel más activo en las decisiones relativas a la salud viven de forma más saludable y están más satisfechos con el resultado de sus cuidados y tratamientos sanitarios.

Cuando se comparte la responsabilidad de las decisiones de atención de salud, las personas y los profesionales de la salud están más predispuestos a elegir las opciones de salud que se adaptan a sus necesidades." (32)

Finalmente, consideramos que el trabajo de campo realizado permitió alcanzar el objetivo planteado al inicio del estudio, aportando nuevos datos sobre un tema de interés para nuestra profesión.

Del mismo modo, logramos concretar las expectativas de carácter académico, que contribuyeron a reafirmar los conocimientos adquiridos a lo largo de la Carrera.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Diez datos sobre las enfermedades de Transmisión de Sexual. Consulta, julio, 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/facts/es/index.html
2. LAGEARD, B., Directora del Departamental del MSP, Maldonado. Nota periodística: Maldonado tendrá nuevo servicio para prevención y detección de sífilis, FM Gente, Maldonado, 24 de abril 21012. Consulta, agosto, 2013. Disponible en: <http://www.fmgente.com.uy/noticias/maldonado-tendra-nuevo-servicio-para-17409.html>
3. DI CESARE, M., Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile, enero de 2007. Consulta, agosto 2013. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/28733/ci2652-P.pdf>
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/CLAP/SMR, 2011, Recomendaciones técnicas para la elaboración de protocolos para estudio de prevalencia de Sífilis y VIH en parturientas y/o puérperas: contribución para la realización de estudios centinela en el marco de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, Montevideo: CLAP/SMR; 2011, (CLAP/SMR. Publicación científica; 1581). Consulta, agosto, 2013. Disponible en: <http://www.opsecu.org/jspui/bitstream/123456789/774/1/774.pdf>
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad, Instituto Nacional de Estadística, Uruguay, 2011. Consulta, julio, 2013. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispais.pdf>

6. BENIA, W., ALEMÁN, A., VÁZQUEZ, J., Situación Epidemiológica, Determinantes Sociales y Políticas Públicas, CLAP/OPS-OMS, Montevideo, 2011. Consulta, julio, 2013. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S000405842012000100008&script=sci_arttext

7. PLANNEDPARENTHOOD.ORG [sitio web]. Definición de "SEXO", Understanding our sexuality can help us enjoy our lives more, (Oficina de Planeamiento Familiar). Consulta, Julio, 2013. Disponible en:

<http://www.plannedparenthood.org/>

8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Promoting adolescent sexual and reproductive health through schools in low income countries: an information, Department of Child and Adolescent Health and Development Promoting adolescent sexual and reproductive health through schools in low income countries: an information brief Geneva, 2008 brief. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70102/1/WHO_FCH_CAH_ADH_09.03_eng.pdf

9. El "sexismo" se refiere a todas aquellas prácticas y actitudes que promueven el trato diferenciado de las personas en razón de su sexo biológico, del cual se asumen características y comportamientos que se espera, las mujeres y los hombres, actúen cotidianamente. Las prácticas sexistas afectan principalmente a las mujeres dada la vigencia de creencias culturales que las consideran inferiores o desiguales a los hombres por naturaleza. Por ejemplo, nuestra sociedad asume que las mujeres tienen menos capacidad para tomar decisiones, participar en la política, ser líderes empresariales o profesionales competentes por méritos propios. La forma cómo dichas creencias se reflejan en el lenguaje y en las prácticas cotidianas da lugar al sexismo.

Fuente:

<http://www.cialc.unam.mx/pensamientoycultura/biblioteca%20virtual/diccionario/sexismo.htm>

10. VARELA, C., FOSTIK, A., Maternidad en la adolescencia en el Uruguay: ¿incorporación anticipada y precaria a la vida adulta?, Archivos, Facultad de Ciencias Sociales, Uruguay, 2010.
11. ENTEL, R., Mujeres en situación de violencia. Embarazo y violencia, Ed. Espacio, Buenos Aires, 2002.
12. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Promoción de la salud sexual Recomendaciones para la acción, Actas de una Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). En colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS), celebrada en: Antigua Guatemala, Guatemala 19 al 22 de mayo de 2000. Consulta, julio, 2013. Disponible en:
http://www.sus.org.uy/images/96/salud_sexual_oms_ops_was.pdf
13. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [sitio web], CDC 24/7: Saving lives, protecting people, Sífilis - Hoja informativa de los CDC. Consulta, julio, 2013. Disponible en:
http://www.cdc.gov/std/syphilis/the-facts/sp/Syphilis_Spanish_2011_508.pdf
14. SONTAG, S. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Madrid: Punto de Lectura. 2003.
15. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, R. Más allá de la psicologización: estigmatizaciones naturalizadoras individuales y colectivas, Teoría y crítica de la psicología 2, 49–62 (2012), Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://teocripsi.com/documents/2GONZALEZ.pdf>
16. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, MINISTERIO SALUD PUBLICA DE URUGUAY, Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA, Uruguay, 2008. Consulta, julio, 2013. Disponible en:
http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=35&Itemid=241

17. MINISTERIO SALUD PUBLICA, Guía clínica de diagnóstico, monitorización y tratamiento de sífilis en la mujer embarazada y sífilis congénita, MSP, Uruguay, 2012.
18. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Guías de vigilancia epidemiológica. Uruguay; 2006.
19. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Eliminación Mundial De La Sífilis Congénita: Fundamentos y Estrategia para la Acción, 2008.
20. VIGUÉ, Jordi y RICKETTS, Melisa (2008): La Medicina en la Pintura. El Arte Médico. Barcelona, Ars Medica: 205. Consulta, agosto, 2013. Disponible en: <http://fundacionio.org/art/pictures/july13.html>
21. MARRIMER TOMEY, Ann, RAILE ALLIGOOD, Martha, Modelos y Teorías en Enfermería, 6ª edición, Editorial Elsevier, España, 2007.
22. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL URUGUAY, Programa Nacional De Salud Mujer y Género, 2008. Consulta, enero, 2013. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_1832_1.html
23. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL URUGUAY, Guía de Salud Sexual y Reproductiva, 2010.
24. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL URUGUAY, Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual/Sida, Definitivo, 2008.
25. CABRERA et al, Guía clínica de diagnóstico, Monitorización y Tratamiento de Sífilis en la Mujer Embarazada y Sífilis Congénita, MSP, Dirección General de la Salud, Departamento de Programación Estratégica en Salud Área Salud Sexual y Reproductiva, Montevideo, Uruguay, 2012.

26. MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO AMBIENTE, Programa de Integración de Asentamientos Irregulares, Asentamientos. Disponible en: <http://www.piai.gub.uy/>

27. LA RED, Maldonado Nuevo: comienza un nuevo barrio, Nota periodística de Ricardo Almada, del 25 de junio de 2004, versión online. Disponible en: <http://www.lr21.com.uy/comunidad/145591-maldonado-nuevo-comienza-un-nuevo-barrio>

28. UMBRAL DE POBREZA: o “Línea de Pobreza” es el estadio un poco menos extremo que la indigencia. Oscar Altimir sostiene: “Pobreza es, ante todo, un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, precarias condiciones de habitabilidad, bajos niveles educacionales, malas condiciones sanitarias, una inserción laboral ya sea inestable ya sea en estados primitivos del aparato productivo, un cuadro de desaliento y poca participación en los mecanismos de integración social.” La pobreza refiere a la situación de la población que está por debajo de un umbral de la distribución. Es un concepto relativo (tiempo y espacio). El ingreso per cápita, la educación, la vivienda, el acceso a la salud, vestimenta, muebles, transporte, comunicaciones, servicios, entretenimiento, son algunos de los indicadores de la situación socioeconómica de las personas. El umbral de pobreza relativo es establecido por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Consulta, julio, 2013. Disponible en:

http://www.ine.gub.uy/biblioteca/metodologias/linea_pobreza2008.asp

<http://decon.edu.uy/~mito/nip/pobreza.pdf>

29. Datos obtenidos mientras se realizaba el trabajo de campo, en la Policlínica de referencia de la ciudad de Maldonado.

30. GONZÁLEZ GONZÁLEZ, D., RODRÍGUEZ ALMADA, H., BERRO ROVIRA, G., Consentimiento Informado, Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay, 2005. Consulta, setiembre/2012. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S030332952005000400005&script=sci_arttext

31. SÁNCHEZ RUEDA G. Orem D.E. Aproximación a su teoría. Rev. Rol Enf. 1999.

32. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, "Proyecto de los Pacientes Informados", 2013. Consulta, setiembre 2013. Disponible en: <http://www.patienttalk.info/>



I. AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN – Facultad de Enfermería, UDELAR

Copia Autorización para Trabajo de Investigación Final



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN
CÁTEDRA MATERNO INFANTIL



Montevideo 4 de Junio 2013

Sr. Washington Ortega

Presente:

Por medio de la presente quienes suscriben, cuatro estudiantes de la Facultad de Enfermería que se encuentran cursando el Trabajo de Investigación Final, le misma seguirá la línea de investigación propuesta por la Cátedra Materno Infantil.

Nuestro trabajo consiste en: "Determinar que información sobre sífilis tienen las usuarias embarazadas de un centro de salud de Maldonado".

Solicitamos a usted nos autorice a realizar una entrevista personal con un cuestionario de preguntas cerradas, la misma es de carácter anónimo y confidencial que será planteada a las usuarias embarazadas que se encuentren en el momento de la recolección de datos y que acepten participar en la misma.

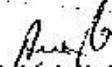
Sin otro particular, esperando una favorable respuesta.
Les saludamos atentamente.

Estudiantes de Lic. en Enfermería:

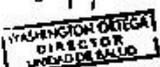
Denis Mariño
Godino Paola
Lirio Carolina
Rodríguez Carla

Tutores:


Prof. Mg. Fany Rocha


Prof. Agda Lic. Ana Correa

Directora Prof. Mg. Fany Rocha
Programa Profesionalización
PGE-110013

II. MARCO CONCEPTUAL

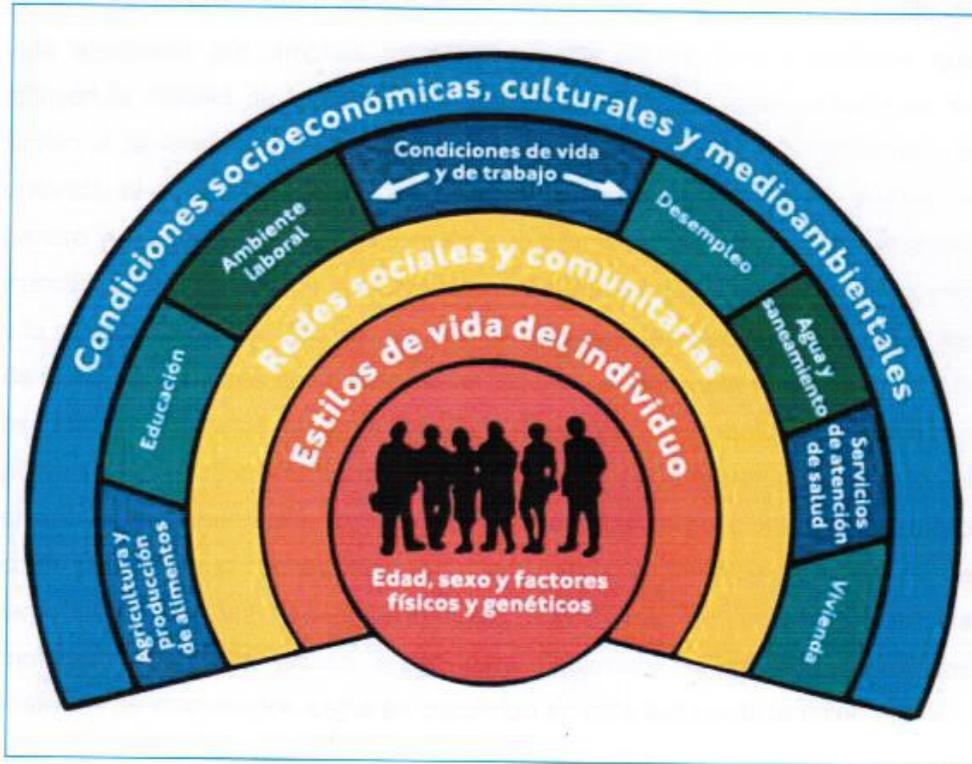
MODELO DE LA TEORÍA DE D. OREM

CONCEPTOS FUNDAMENTALES			
AUTOCUIDADO	REQUISITOS AUTOCUIDADO	REQUISITOS DESARROLLO	ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO
Es la práctica de actividades que las personas maduras, llevan a cabo por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, para el desarrollo personal y el bienestar.	Son las acciones necesarias básicas, que se deben llevar adelante, para el funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo circunstancias específicas	Son los procesos de la vida que fluyen entre la salud y la enfermedad, en los cuales se desarrollan acciones para mantener el estado de salud o mitigar los efectos de la enfermedad	Es la habilidad adquirida por las personas, que les permite reconocer y satisfacer sus necesidades con acciones reflexivas e intencionadas, para su propio funcionamiento y desarrollo humano
ENFERMERO/A	ACTIVIDAD ENFERMERÍA	DISEÑO ENFERMERO	SISTEMAS ENFERMEROS
Son las personas formadas en Enfermería con habilidades y competencias para interrelacionarse con personas que tengan necesidades terapéuticas o educativas, con el fin de promover su autocuidado	Es la acción a la cual se compromete el personal de Enfermería, de acuerdo a sus funciones, habilidades y competencias.	Actividad profesional desarrollada antes, durante y después del diagnóstico de Enfermería, a partir del análisis de los recursos disponibles, y dentro de una estructura organizada	Es el conjunto de acciones organizadas y deliberadas de la Enfermería, desarrolladas de acuerdo a las necesidades de las personas, con el fin de regular su funcionamiento y reforzar o restablecer el autocuidado.

Fuente: Elaboración propia.

MODELO DE LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

Dalghren & Whitehead (1991)) aceptado por la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)



El orden está señalado por los colores, desde el rojo al azul, y representan el grado de influencia que dichos factores tienen sobre la persona.

1. Factores del entorno más próximo de los individuos (rojo)
2. Factores de estilo de vida (naranja)
3. Factores del entorno social (amarillo)
4. Factores propios de las condiciones de vida (verde, azul oscuro)
5. Factores socioeconómicos, culturales y ambientales.

Antecedentes

A través del trabajo de investigadores como Sir Michael Marmot, ahora entendemos que la buena salud no se basa únicamente en las intervenciones médicas, sino también con las condiciones de vida y las opciones personales (4, 5). Los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal. Estos atributos incluyen pero no se limitan a la enseñanza, el empleo el nivel de ingresos y la distribución, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés. Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida. En las últimas décadas, las crecientes disparidades de salud entre países en vías de desarrollo y los países desarrollados, han sido asociadas con estos factores sociales. Mientras los trabajadores de salud pública y los políticos tratan de reducir esta brecha, se enfrentan a retos en el diseño e implementación de programas que sean lo suficientemente amplio como para abordar cuestiones que tienen relaciones complejas y causales, de largo plazo con vías de enfermedades específicas. Sin embargo, tanto la motivación como la acción eficaz para desarrollar la investigación y los métodos de intervención seguirán creciendo en este campo de la salud pública.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud – Factores Determinantes de la Salud. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3483&layout=blog&Itemid=39559&lang=es

III. MARCO REGULATORIO

Decreto Nº 455/001 - Marco Regulatorio de la Asistencia Médica. Aprobación.

(Extracto)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Montevideo, 22 de noviembre de 2001.

VISTO: el proyecto de "Marco Regulatorio de la Asistencia Médica" que ordena y sistematiza las normas legales y reglamentarias vigentes en materia de asistencia médica;

RESULTANDO: que la elaboración del mencionado proyecto responde a la necesidad de compilar la normativa vigente en materia de cometidos y atribuciones del Ministerio de Salud Pública, con respecto a los profesionales, instituciones, establecimientos o empresas que presten directa o indirectamente cobertura de asistencia médica;

CONSIDERANDO: I) que a tales efectos se ha realizado una tarea de ordenación, sistematización y actualización de la normativa vigente en la materia, tomando en cuenta que la ley madre es la Orgánica de Salud Pública No. 9.202 de 12 de enero de 1934, modificada y complementada por diversas leyes posteriores y sus respectivas reglamentaciones;

II) que según la metodología de trabajo empleada, se hace constar al pie de cada artículo la fuente respectiva y el tipo de texto de que se trata, clasificándolo en función de las categorías siguientes:

"Texto ajustado": cuando se ha introducido un cambio de redacción, aún si constituye una simple actualización de las denominaciones.

"Texto integrado": cuando el mismo se ha nutrido de más de una fuente;

"Texto parcial": cuando tiene por fuente una parte de un artículo.

"Texto nuevo": cuando el mismo constituye una creación, -basada en la normativa vigente, pero que no se extrae directamente de ella.

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DECRETA:

ART. 1º.-

Apruébase el "Marco Regulatorio de la Asistencia Médica" adjunto, que comprende las normas constitucionales, legales y reglamentarias vigentes en la materia, el que se considera parte integrante de este Decreto y se identificará en la forma señalada.

ART. 2º.-

El Ministerio de Salud Pública realizará las actualizaciones periódicas que estime conveniente.

ART. 3º.-

Comuníquese, publíquese, etc..

BATLLE - LUIS FRASCHINI.

Artículo 189º.- Deber de secreto.-

El médico debe guardar secreto frente a terceros sobre cuanto hubiera conocido en forma explícita o implícita, directa o indirecta, acerca de la enfermedad, vida privada o intimidad de quienes hubiera de asistir o examinar en el ejercicio de su profesión y guardar silencio al respecto en todo tiempo, incluso después de la muerte del paciente.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 4º.

Artículo 190º.- Deber de informar.-

El médico debe informar adecuadamente al enfermo respecto a cuanto este le consulte, con veracidad y objetividad atendiendo a las circunstancias del caso.

Al respecto, procurará obtener el "libre consentimiento informado" del enfermo o sus representantes legales antes de realizar las acciones médicas necesarias, teniendo en cuenta que no pueden emitir consentimiento válido los menores de 18 años de edad (Artículo 280 numeral 2º. del Código Civil) y demás incapaces, salvo las excepciones legalmente previstas.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 5°.

Artículo 200°.- Ajuste a la verdad.-

El médico debe ajustarse a la verdad en toda declaración que le sea requerida en vía administrativa o judicial, aún cuando de ello se deriven perjuicios para él o sus colegas.

Igual criterio debe presidir su actuación como perito cuando le sea requerida por cualquier autoridad pública.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 15°.

Artículo 203°.- Otras obligaciones.-

Sin perjuicio de los deberes anunciados precedentemente, el médico debe ajustar su comportamiento a las demás normas legales y reglamentarias relativas a su condición de profesional de salud.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 18°.

Artículo 205°.- Prohibición de intromisión.-

Al médico le está prohibido opinar o aconsejar sobre la atención de pacientes sin ser partícipe de ella y con desconocimiento del médico tratante.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 20°.

Artículo 210°.- Prohibición de intromisión en asuntos familiares.-

Al médico le está prohibido entrometerse en asuntos familiares del paciente, sean de índole económica o de cualquier naturaleza.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 25°.

Artículo 215°.- Ejercicio de los derechos.-

El paciente tiene derecho a conocer y hacer uso de sus derechos y si por alguna razón no los conoce o necesita ayuda, el establecimiento de salud correspondiente tiene obligación de prestarle ayuda.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 30°.

Artículo 220°.- Identificación de auxiliares.-

El paciente tiene derecho a saber los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal que partícipe en la atención médica que se le brinda y a

negarse a recibir tratamiento, a ser examinado u observado por una persona que no acepte por razones debidamente justificadas, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 35°.

Artículo 222°.- Derecho al consentimiento informado.-

El paciente tiene derecho a recibir toda la información necesaria para autorizar con conocimiento de causa, cualquier tratamiento o procedimiento que le practiquen. En dicha información se deben mencionar los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento propuesto, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 37°.

Artículo 224°.- Investigación clínica.-

El paciente tiene derecho a negarse a participar en una investigación. Antes de decidir si va a participar o no, tiene derecho a recibir una explicación completa.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 38°.

Artículo 225°.- Derecho a la intimidad.-

El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad mientras permanezca en el hospital y se trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos al estado de su salud.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 40°.

Artículo 230°.- Ámbito de aplicación.-

Las normas contenidas en el presente capítulo son de aplicación directa en el ámbito de todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública, y demás Instituciones de Asistencia Médica Públicas Colectivas y Privadas de cualquier naturaleza, sea cual fuere la forma de vinculación funcional de los profesionales que se desempeñan en las mismas.

Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 45°. Decreto No. 204/001 de 23 de mayo de 2001 artículo 1.

Texto ajustado e integrado

Artículo 233°.- Sanciones.-

La violación de lo dispuesto en las normas contenidas en el presente capítulo será considerada falta grave pasible de sanción.

Cuando sean cometidas por funcionarios públicos, constituirán faltas administrativas.

Como tales, serán objeto de sanción proporcionada a su gravedad, previa sustanciación del procedimiento disciplinario respectivo en el que se asegurará la garantía de defensa (Libro II del Decreto No. 500/991 de 27 de setiembre de 1991).

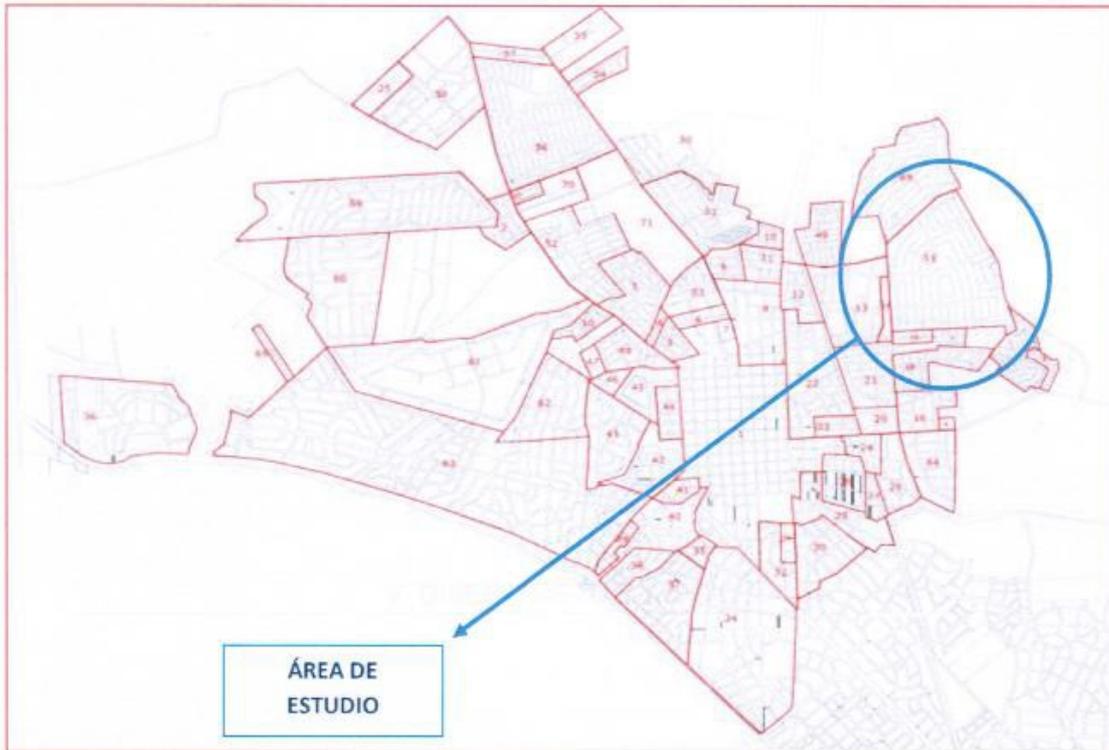
Fuente: Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992 artículo 48°. Decreto No. 204/001 de 23 de mayo de 2001 artículo 2°.

Texto ajustado

IV. MARCO CONTEXTUAL

MAPA DE LA CAPITAL DE Dpto. DE MALDONADO: MALDONADO.

Distribución de los barrios de Maldonado capital y Área de Estudio



Fuente: Intendencia Municipal de Maldonado.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

VARIABLES DE ESTUDIO

I VARIABLES BIOSOCIODEMOGRÁFICAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
EDAD	<i>Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento actual</i>	<i>Años</i>
EDAD GESTACIONAL	<i>Tiempo transcurrido desde la fecundación al presente.</i>	<i>Semanas</i>
GESTAS PREVIAS	<i>Número de Embarazos anteriores</i>	<i>Números Cardinales</i>
Nº DE HIJOS	<i>Cantidad de Hijos</i>	<i>Números Cardinales</i>
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	<i>Estudios completos aprobados</i>	<i>Primaria Comp, Secundaria Comp, Universitario Comp, Otros</i>
ESTADO CIVIL	<i>Situación en la que se encuentra una persona respecto de otra</i>	<i>Saltera, Casada, Unión Estable, Viuda, Divorciada</i>
INGRESOS	<i>Beneficio económico percibido</i>	<i>Concepto (Sueldo, Pensión, Asignación, etc)</i>
ZONA DE RESIDENCIA	<i>Lugar donde habita una persona</i>	<i>Urbana, Rural</i>

II: VARIABLE INFORMACIÓN SOBRE SÍFILIS	DEFINICIÓN OPERACIONAL			
1. SABE QUÉ ES LA SÍFILIS	SI	NO	NS	NC
2. INFORMACIÓN SOBRE SÍFILIS QUE TIENE LA USUARIA ENTREVISTADA	SI	NO	NS	NC
3. AGENTE QUE BRINDO LA INFORMACIÓN	TV/radio/Inet	Libro/Folleto	Eq.Salud	Amigo/Flia./Otros
4. LA SÍFILIS ES UNA ITS	SI	NO	NS	NC
5. LA SÍFILIS SE TRANSMITE AL BEBE A TRAVÉS DE LA PLACENTA	SI	NO	NS	NC
6. SE EVITA SU CONTAGIO A TRAVÉS DEL USO DEL PRESERVATIVO	SI	NO	NS	NC
7. LOS ANTIBIÓTICOS CURAN LA SÍFILIS	SI	NO	NS	NC
8. LA PAREJA DE LA PERSONA AFECTADA DE SÍFILIS DEBE RECIBIR TRATAMIENTO	SI	NO	NS	NC

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Decreto N° 258/992 de 16 de junio de 1992.

**Reglamenta un conjunto de normas de Reglas de Conductas Médica
sobre derechos del paciente.**

"Artículo 17.- El médico debe llevar un registro escrito de todos los procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, que indique al paciente, estando obligado a consignar la semiología realizada y la evolución del caso. Dicho registro, llevado en ficha o historia clínica, sea en forma escrita, electrónica u otra, constituirá, de por sí, documentación auténtica y hará plena fe de su contenido a todos sus efectos".

"Artículo 40.- El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad mientras permanezca en el hospital y se trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos al estado de su salud".

"Artículo 41.- El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas".

CUESTIONARIO

INFORMACIÓN SOBRE SÍFILIS EN USUARIAS EMBARAZADAS, DE UNA POLICLÍNICA DE MALDONADO, URUGUAY (2013)

Formulario N°	
Fecha	

Edad Usuaria	Años	
Edad Gestacional	Sem.	
Gestas Anteriores		
N° de Hijos		
Zona de Residencia	Urb.	Rur.

Nivel de Instrucción				Estado Civil					Ingresos		
Pri. Cta.	Sec. Cta.	Uni. Cta.	Otr.	N/c	S	C	UE	V	D	N/C	Concepto

1. ¿Ud. Sabe qué es la Sífilis?	SI	NO	NS		NC
2. ¿Ha recibido información sobre la infección?	SI	NO	NS		NC
3. ¿Quien le brindó la información?	TV/radio/Inet	Libro/Folleto	Eq. Salud	Amigo/Filia./Otros	
4. ¿Ud. Cree que sólo se contagia por vía sexual?	SI	NO	NS		NC
5. ¿Ud. piensa que una mujer embarazada puede contagiar a su bebé?	SI	NO	NS		NC
6. ¿Ud. considera que el uso del preservativo puede evitar el contagio?	SI	NO	NS		NC
7. ¿Ud. cree que los antibióticos curan la Sífilis?	SI	NO	NS		NC
8. ¿Si una persona tiene Sífilis, cree que su pareja debe recibir tratamiento?	SI	NO	NS		NC

Fecha	Descripción	Importe	Saldo
01/01/2017	Saldo inicial		0,00
02/01/2017	Deposito	100,00	100,00
03/01/2017	Retiro	(50,00)	50,00
04/01/2017	Deposito	200,00	250,00
05/01/2017	Retiro	(100,00)	150,00
06/01/2017	Deposito	150,00	300,00
07/01/2017	Retiro	(80,00)	220,00
08/01/2017	Deposito	120,00	340,00
09/01/2017	Retiro	(60,00)	280,00
10/01/2017	Deposito	180,00	460,00
11/01/2017	Retiro	(90,00)	370,00
12/01/2017	Deposito	140,00	510,00
13/01/2017	Retiro	(70,00)	440,00
14/01/2017	Deposito	160,00	600,00
15/01/2017	Retiro	(85,00)	515,00
16/01/2017	Deposito	130,00	645,00
17/01/2017	Retiro	(65,00)	580,00
18/01/2017	Deposito	170,00	750,00
19/01/2017	Retiro	(95,00)	655,00
20/01/2017	Deposito	155,00	810,00
21/01/2017	Retiro	(75,00)	735,00
22/01/2017	Deposito	190,00	925,00
23/01/2017	Retiro	(105,00)	820,00
24/01/2017	Deposito	145,00	965,00
25/01/2017	Retiro	(80,00)	885,00
26/01/2017	Deposito	165,00	1050,00
27/01/2017	Retiro	(90,00)	960,00
28/01/2017	Deposito	185,00	1145,00
29/01/2017	Retiro	(100,00)	1045,00
30/01/2017	Deposito	175,00	1220,00
31/01/2017	Retiro	(85,00)	1135,00
01/02/2017	Deposito	150,00	1285,00
02/02/2017	Retiro	(70,00)	1215,00
03/02/2017	Deposito	195,00	1410,00
04/02/2017	Retiro	(110,00)	1300,00
05/02/2017	Deposito	160,00	1460,00
06/02/2017	Retiro	(95,00)	1365,00
07/02/2017	Deposito	180,00	1545,00
08/02/2017	Retiro	(105,00)	1440,00
09/02/2017	Deposito	170,00	1610,00
10/02/2017	Retiro	(85,00)	1525,00
11/02/2017	Deposito	190,00	1715,00
12/02/2017	Retiro	(115,00)	1600,00
13/02/2017	Deposito	175,00	1775,00
14/02/2017	Retiro	(95,00)	1680,00
15/02/2017	Deposito	195,00	1875,00
16/02/2017	Retiro	(120,00)	1755,00
17/02/2017	Deposito	180,00	1935,00
18/02/2017	Retiro	(105,00)	1830,00
19/02/2017	Deposito	200,00	2030,00
20/02/2017	Retiro	(125,00)	1905,00
21/02/2017	Deposito	190,00	2095,00
22/02/2017	Retiro	(110,00)	1985,00
23/02/2017	Deposito	210,00	2195,00
24/02/2017	Retiro	(130,00)	2065,00
25/02/2017	Deposito	200,00	2265,00
26/02/2017	Retiro	(115,00)	2150,00
27/02/2017	Deposito	220,00	2370,00
28/02/2017	Retiro	(135,00)	2235,00
29/02/2017	Deposito	210,00	2445,00
30/02/2017	Retiro	(120,00)	2325,00
01/03/2017	Deposito	230,00	2555,00
02/03/2017	Retiro	(140,00)	2415,00
03/03/2017	Deposito	220,00	2635,00
04/03/2017	Retiro	(125,00)	2510,00
05/03/2017	Deposito	240,00	2750,00
06/03/2017	Retiro	(145,00)	2605,00
07/03/2017	Deposito	230,00	2835,00
08/03/2017	Retiro	(130,00)	2705,00
09/03/2017	Deposito	250,00	2955,00
10/03/2017	Retiro	(150,00)	2805,00
11/03/2017	Deposito	240,00	3045,00
12/03/2017	Retiro	(135,00)	2910,00
13/03/2017	Deposito	260,00	3170,00
14/03/2017	Retiro	(155,00)	3015,00
15/03/2017	Deposito	250,00	3265,00
16/03/2017	Retiro	(140,00)	3125,00
17/03/2017	Deposito	270,00	3395,00
18/03/2017	Retiro	(160,00)	3235,00
19/03/2017	Deposito	260,00	3495,00
20/03/2017	Retiro	(145,00)	3350,00
21/03/2017	Deposito	280,00	3630,00
22/03/2017	Retiro	(165,00)	3465,00
23/03/2017	Deposito	270,00	3735,00
24/03/2017	Retiro	(150,00)	3585,00
25/03/2017	Deposito	290,00	3875,00
26/03/2017	Retiro	(170,00)	3705,00
27/03/2017	Deposito	280,00	3985,00
28/03/2017	Retiro	(155,00)	3830,00
29/03/2017	Deposito	300,00	4130,00
30/03/2017	Retiro	(175,00)	3955,00
31/03/2017	Deposito	290,00	4245,00
01/04/2017	Retiro	(160,00)	4085,00
02/04/2017	Deposito	310,00	4395,00
03/04/2017	Retiro	(180,00)	4215,00
04/04/2017	Deposito	300,00	4515,00
05/04/2017	Retiro	(165,00)	4350,00
06/04/2017	Deposito	320,00	4670,00
07/04/2017	Retiro	(185,00)	4485,00
08/04/2017	Deposito	310,00	4805,00
09/04/2017	Retiro	(170,00)	4635,00
10/04/2017	Deposito	330,00	4965,00
11/04/2017	Retiro	(190,00)	4775,00
12/04/2017	Deposito	320,00	5095,00
13/04/2017	Retiro	(175,00)	4920,00
14/04/2017	Deposito	340,00	5260,00
15/04/2017	Retiro	(195,00)	5065,00
16/04/2017	Deposito	330,00	5405,00
17/04/2017	Retiro	(180,00)	5225,00
18/04/2017	Deposito	350,00	5575,00
19/04/2017	Retiro	(200,00)	5375,00
20/04/2017	Deposito	340,00	5715,00
21/04/2017	Retiro	(185,00)	5530,00
22/04/2017	Deposito	360,00	5890,00
23/04/2017	Retiro	(205,00)	5685,00
24/04/2017	Deposito	350,00	6035,00
25/04/2017	Retiro	(190,00)	5845,00
26/04/2017	Deposito	370,00	6215,00
27/04/2017	Retiro	(210,00)	6005,00
28/04/2017	Deposito	360,00	6365,00
29/04/2017	Retiro	(195,00)	6170,00
30/04/2017	Deposito	380,00	6550,00
01/05/2017	Retiro	(215,00)	6335,00
02/05/2017	Deposito	390,00	6725,00
03/05/2017	Retiro	(220,00)	6505,00
04/05/2017	Deposito	400,00	6905,00
05/05/2017	Retiro	(225,00)	6680,00
06/05/2017	Deposito	410,00	7090,00
07/05/2017	Retiro	(230,00)	6860,00
08/05/2017	Deposito	420,00	7280,00
09/05/2017	Retiro	(235,00)	7045,00
10/05/2017	Deposito	430,00	7475,00
11/05/2017	Retiro	(240,00)	7235,00
12/05/2017	Deposito	440,00	7675,00
13/05/2017	Retiro	(245,00)	7430,00
14/05/2017	Deposito	450,00	7880,00
15/05/2017	Retiro	(250,00)	7630,00
16/05/2017	Deposito	460,00	8090,00
17/05/2017	Retiro	(255,00)	7835,00
18/05/2017	Deposito	470,00	8305,00
19/05/2017	Retiro	(260,00)	8045,00
20/05/2017	Deposito	480,00	8525,00
21/05/2017	Retiro	(265,00)	8260,00
22/05/2017	Deposito	490,00	8750,00
23/05/2017	Retiro	(270,00)	8480,00
24/05/2017	Deposito	500,00	8980,00
25/05/2017	Retiro	(275,00)	8705,00
26/05/2017	Deposito	510,00	9215,00
27/05/2017	Retiro	(280,00)	8935,00
28/05/2017	Deposito	520,00	9455,00
29/05/2017	Retiro	(285,00)	9170,00
30/05/2017	Deposito	530,00	9700,00
31/05/2017	Retiro	(290,00)	9410,00
01/06/2017	Deposito	540,00	9950,00
02/06/2017	Retiro	(295,00)	9655,00
03/06/2017	Deposito	550,00	10205,00
04/06/2017	Retiro	(300,00)	9905,00
05/06/2017	Deposito	560,00	10465,00
06/06/2017	Retiro	(305,00)	10160,00
07/06/2017	Deposito	570,00	10730,00
08/06/2017	Retiro	(310,00)	10420,00
09/06/2017	Deposito	580,00	10990,00
10/06/2017	Retiro	(315,00)	10675,00
11/06/2017	Deposito	590,00	11265,00
12/06/2017	Retiro	(320,00)	10945,00
13/06/2017	Deposito	600,00	11545,00
14/06/2017	Retiro	(325,00)	11220,00
15/06/2017	Deposito	610,00	11810,00
16/06/2017	Retiro	(330,00)	11480,00
17/06/2017	Deposito	620,00	12060,00
18/06/2017	Retiro	(335,00)	11725,00
19/06/2017	Deposito	630,00	12355,00
20/06/2017	Retiro	(340,00)	12015,00
21/06/2017	Deposito	640,00	12655,00
22/06/2017	Retiro	(345,00)	12310,00
23/06/2017	Deposito	650,00	12960,00
24/06/2017	Retiro	(350,00)	12610,00
25/06/2017	Deposito	660,00	13260,00
26/06/2017	Retiro	(355,00)	12905,00
27/06/2017	Deposito	670,00	13575,00
28/06/2017	Retiro	(360,00)	13215,00
29/06/2017	Deposito	680,00	13895,00
30/06/2017	Retiro	(365,00)	13530,00
01/07/2017	Deposito	690,00	14220,00
02/07/2017	Retiro	(370,00)	13850,00
03/07/2017	Deposito	700,00	14550,00
04/07/2017	Retiro	(375,00)	14175,00
05/07/2017	Deposito	710,00	14905,00
06/07/2017	Retiro	(380,00)	14525,00
07/07/2017	Deposito	720,00	15245,00
08/07/2017	Retiro	(385,00)	14860,00
09/07/2017	Deposito	730,00	15590,00
10/07/2017	Retiro	(390,00)	15170,00
11/07/2017	Deposito	740,00	15910,00
12/07/2017	Retiro	(395,00)	15515,00
13/07/2017	Deposito	750,00	16240,00
14/07/2017	Retiro	(400,00)	15810,00
15/07/2017	Deposito	760,00	16540,00
16/07/2017	Retiro	(405,00)	16135,00
17/07/2017	Deposito	770,00	16840,00
18/07/2017	Retiro	(410,00)	15730,00
19/07/2017	Deposito	780,00	16510,00
20/07/2017	Retiro	(415,00)	16095,00
21/07/2017	Deposito	790,00	16885,00
22/07/2017	Retiro	(420,00)	15665,00
23/07/2017	Deposito	800,00	16545,00
24/07/2017	Retiro	(425,00)	16120,00
25/07/2017	Deposito	810,00	16930,00
26/07/2017	Retiro	(430,00)	15690,00
27/07/2017	Deposito	820,00	16510,00
28/07/2017	Retiro	(435,00)	15075,00
29/07/2017	Deposito	830,00	15910,00
30/07/2017	Retiro	(440,00)	14470,00
31/07/2017	Deposito	840,00	15310,00
01/08/2017	Retiro	(445,00)	13865,00
02/08/2017	Deposito	850,00	14715,00
03/08/2017	Retiro	(450,00)	14265,00
04/08/2017	Deposito		

INFORMACIÓN SOBRE SÍFILIS EN USUARIAS EMBARAZADAS, DE UNA POLICLÍNICA DE MALDONADO, URUGUAY (2013) A

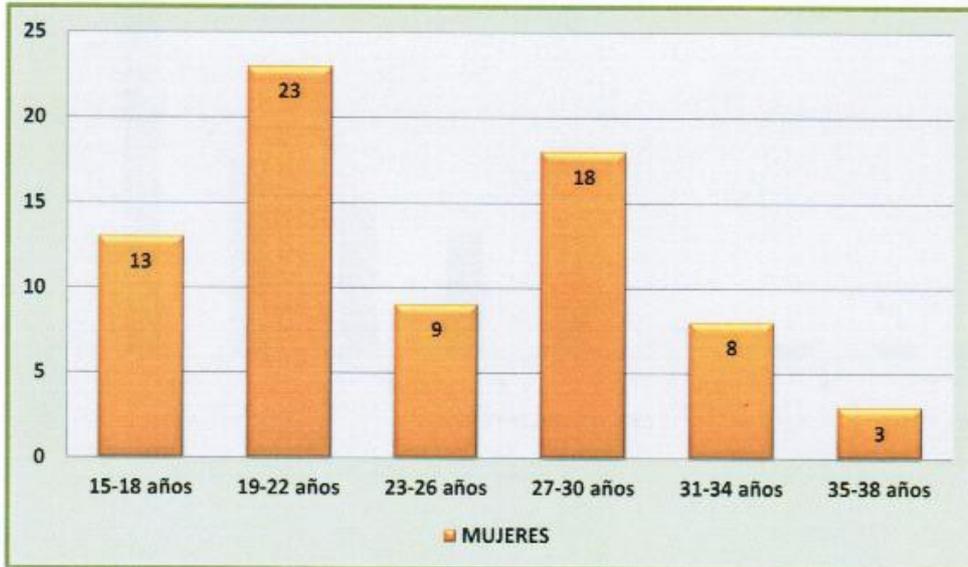
Nº Formulario	Edad		Edad Gestacional Semanas	Gestas Anteriores	Nº de hijos	Zona de Residencia		Nivel de Instrucción				Estado Civil					Ingresos Concepto			
	Años					U	R	PC	SC	UC	OT	NC	S	C	UE	V		D	NC	
1	22		33	0	0	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	No tiene
2	25		23	0	0	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	No tiene
3	18		26	0	0	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	No tiene
4	26		17	1	1	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	Si tiene
5	22		31	1	1	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
6	28		34	2	2	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
7	17		29	0	0	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
8	21		33	0	0	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
9	27		32	1	1	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
10	31		35	1	1	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
11	28		28	1	1	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
12	16		14	0	0	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
13	18		40	0	0	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
14	30		24	4	4	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	Si tiene
15	38		23	2	2	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
16	41		39	0	0	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Si tiene
17	20		9	1	1	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	Si tiene
18	19		29	0	0	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
19	19		33	0	0	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
20	19		8	1	1	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	No tiene
21	40		13	3	3	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	Si tiene
22	19		29	0	0	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
23	34		41	3	3	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
24	19		40	0	0	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
25	28		36	2	2	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
26	26		38	1	1	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
27	18		36	0	0	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
28	19		16	0	0	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
29	18		18	0	0	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene
30	19		21	0	0	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	No tiene

INFORMACIÓN SOBRE SÍFILIS EN USUARIAS EMBARAZADAS, DE UNA POLICLÍNICA DE MALDONADO, URUGUAY (2013) A 1

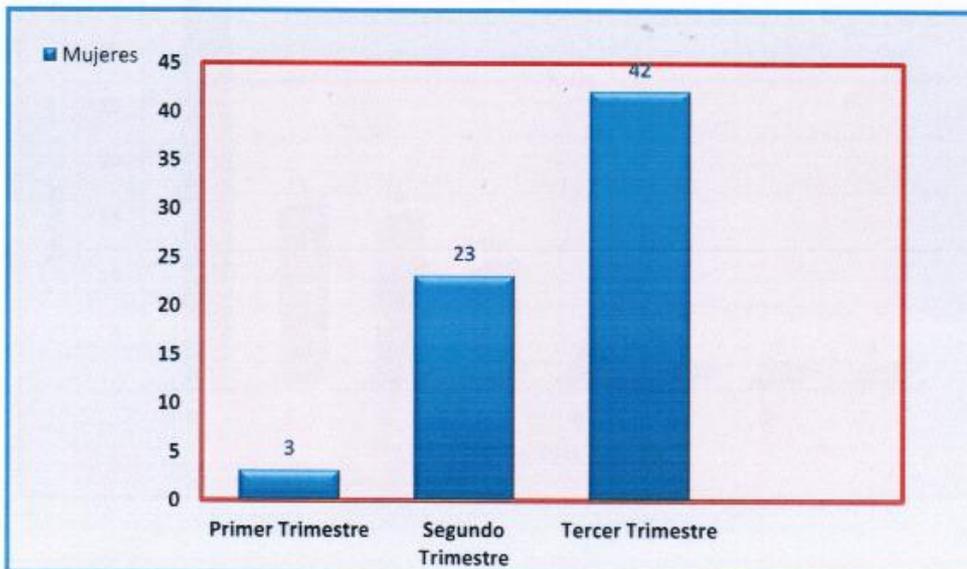
Nº Formulario	P1				P2				P3				P4				P5				P6				P7				P8											
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D				
	1	X	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-
2	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-				
3	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-				
4	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-				
5	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
6	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
7	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
8	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
9	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
10	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
11	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
12	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
13	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-				
14	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
15	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-				
16	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
17	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
18	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-				
19	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
20	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-				
21	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
22	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-				
23	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
24	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
25	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-				
26	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
27	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
28	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
29	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				
30	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-				

GRÁFICOS de VARIABLES BIOSOCIODEMOGRAFICAS

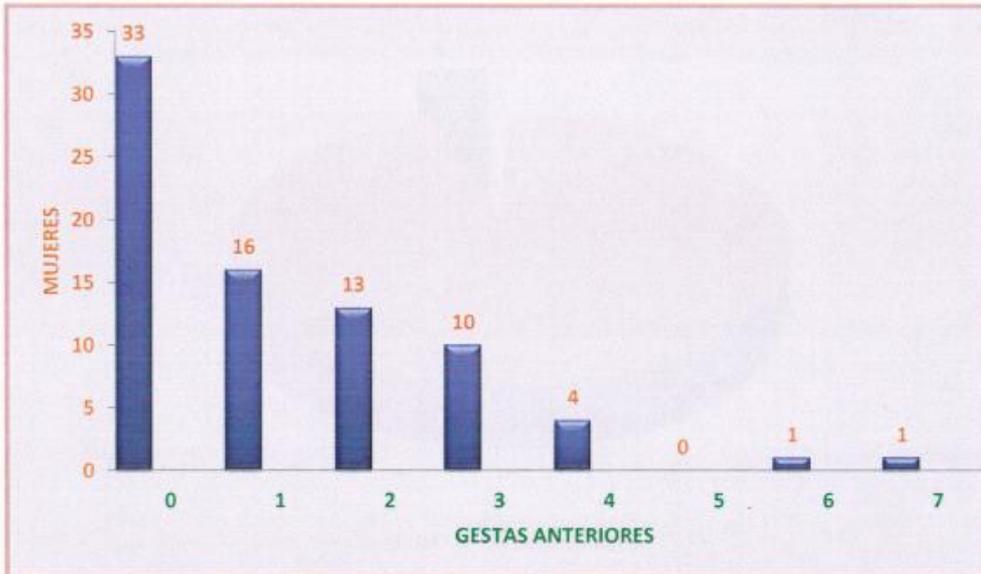
Distribución de las Entrevistadas, según la EDAD



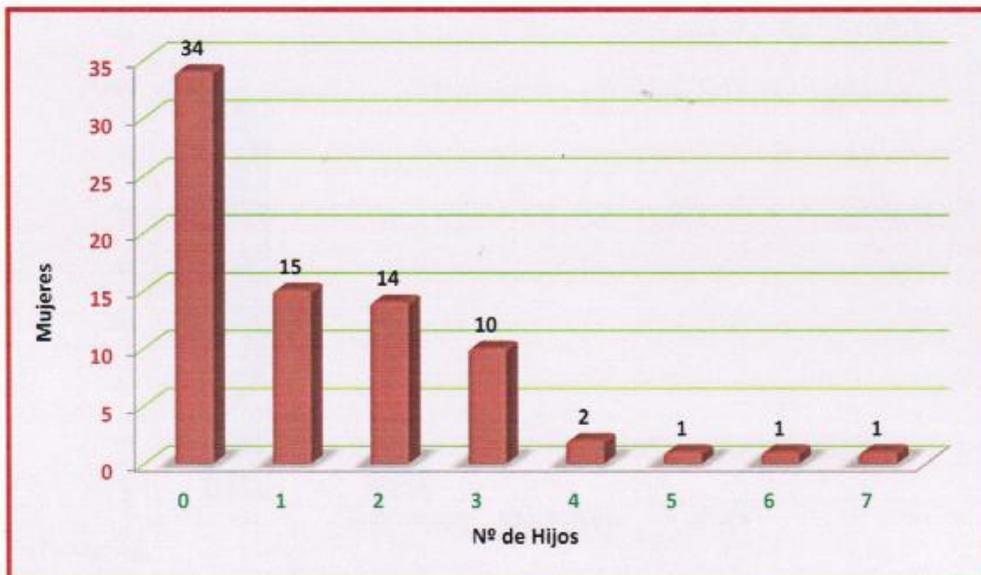
Distribución de las Entrevistadas, según la EDAD GESTACIONAL



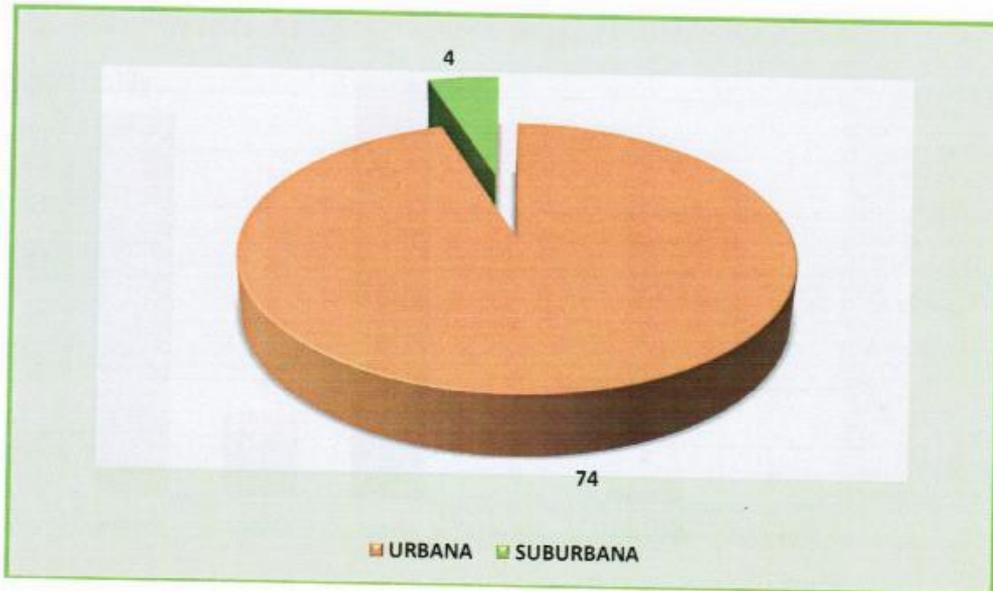
Distribución de las Entrevistadas, según GESTAS ANTERIORES



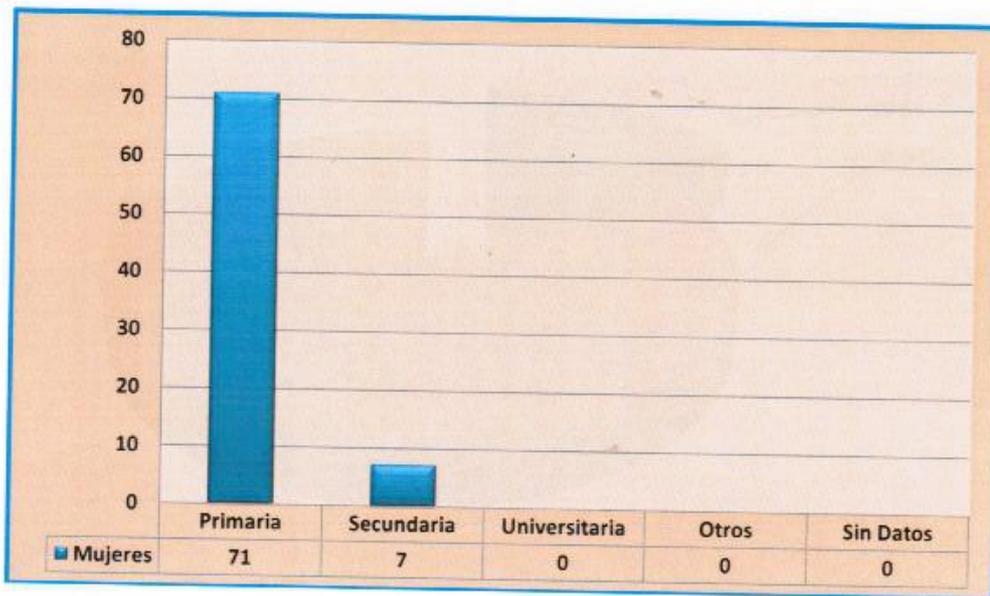
Distribución de las entrevistadas, según NÚMERO DE HIJOS



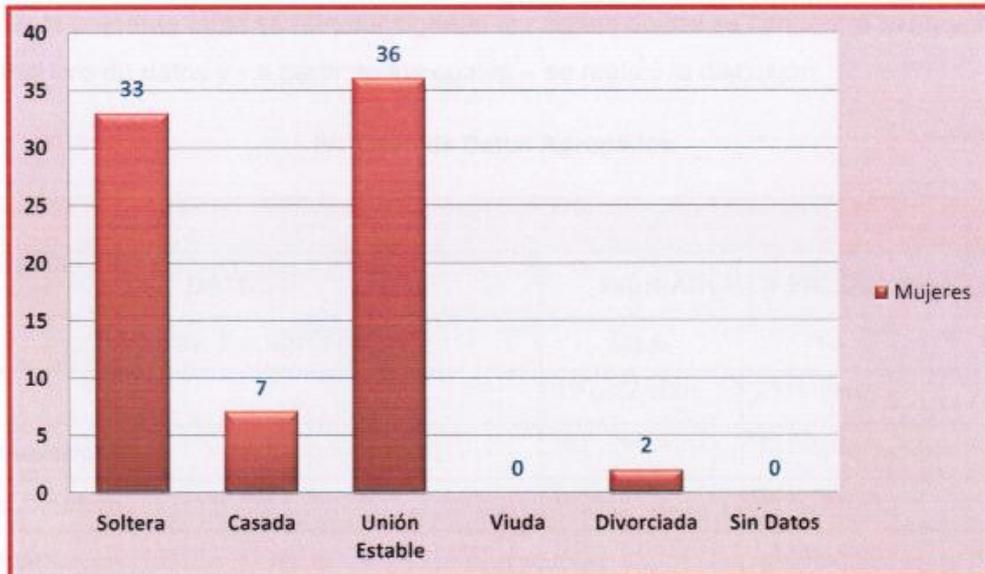
Distribución de las entrevistadas, según ZONA DE RESIDENCIA.



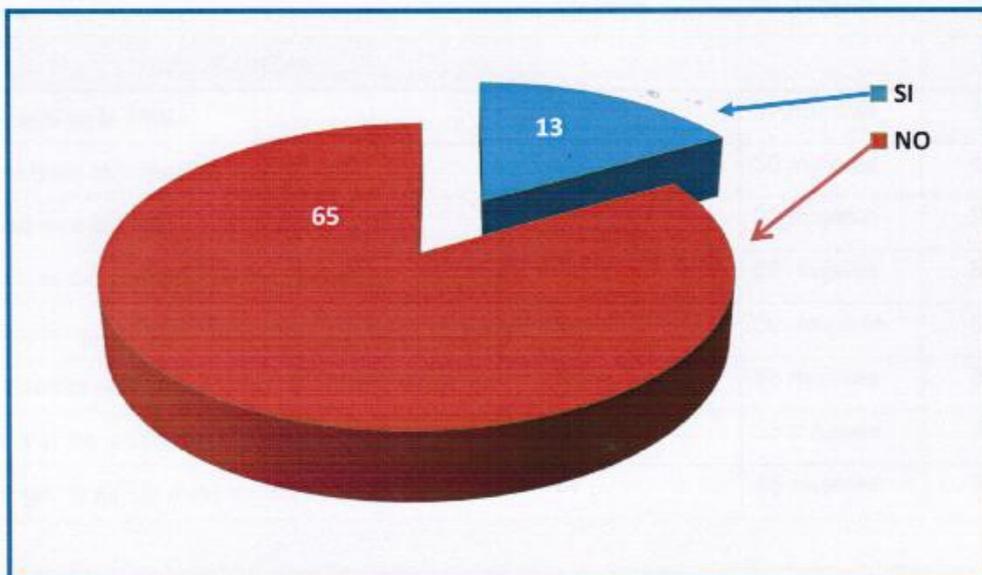
Distribución de las entrevistadas, según NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Distribución de las entrevistadas, según ESTADO CIVIL



Distribución de las entrevistadas, según INGRESOS PROPIOS



DATOS AGRUPADOS

En la presente tabla se han consignado las clases donde se concentró el mayor número de datos y - a partir de los cuales - se realizó la discusión.

IV. Tabla de Datos Agrupados

DATOS	INDICADORES PREDOMINANTES		
I. BIOSOCIODEMOGRÁFICOS	Clase	FA	FR
<i>Edad</i>	19 a 22 años	23 mujeres	29%
<i>Edad Gestacional</i>	3er. trimestre	42 mujeres	54%
<i>Gestas Anteriores</i>	0	33 mujeres	42%
<i>Nº de Hijos</i>	0	34 mujeres	44%
<i>Zona de Residencia</i>	Urbana	74 mujeres	95%
<i>Nivel de Instrucción</i>	Primaria	71 mujeres	91%
<i>Estado Civil</i>	Unión Estable	36 mujeres	46%
<i>Ingresos</i>	No tiene	65 mujeres	83%
II. PREGUNTAS			
<i>1. Sabe qué es la Sífilis</i>	Sí	59 mujeres	75%
<i>2. Ha recibido Información</i>	Sí	50 mujeres	64%
<i>3. Agente que informó</i>	Medios	22 mujeres	28%
<i>4. Sabe que se contagia por vía sexual</i>	No	68 mujeres	87%
<i>5. Sabe que una mujer embarazada contagia al bebe</i>	Sí	50 mujeres	64%
<i>6. Sabe que el preservativo puede evitar el contagio</i>	Sí	56 mujeres	72%
<i>7. Sabe que los antibióticos curan la Sífilis</i>	No	55 mujeres	71%
<i>8. Sabe que la pareja debe recibir tratamiento.</i>	Sí	45 mujeres	58%

Fuente: Grupo Investigador