

## Intervención educacional en la Atención Básica para prevención de la sífilis congénita<sup>1</sup>

Flaviane Mello Lazarini<sup>2</sup>

Dulce Aparecida Barbosa<sup>3</sup>

**Objetivo:** evaluar la eficiencia de la intervención educacional en el conocimiento de los profesionales de la salud de la Atención Primaria y verificar el impacto en las tasas de transmisión vertical de la sífilis congénita. **Método:** estudio casi experimental, realizado en la ciudad de Londrina, Paraná, en el período entre 2013 y 2015. Fue realizada una intervención educacional sobre diagnóstico, tratamiento y notificación, con 102 profesionales, midiendo el conocimiento antes y después de la intervención. Los datos de incidencia y mortalidad por la sífilis congénita fueron obtenidos del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación (SINAN) y del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM). La tabulación fue realizada en el Excel y el análisis estadístico en el Statistical Package for Social Sciences, versión 2.1. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial. **Resultados:** la media de respuestas correctas pasó de 53% para 74,3%, después de la intervención ( $p < 0,01$ ). La adhesión al entrenamiento de los profesionales fue de 92,6%. Existió reducción importante en la tasa de transmisión vertical de la sífilis de 75% en 2013 para 40,2% en 2015. En 2014 y 2015 no ocurrieron registros de mortalidad infantil por esa enfermedad. **Conclusión:** la intervención educacional aumentó significativamente el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la sífilis y colaboró para la reducción de la tasa de transmisión vertical de la enfermedad.

**Descriptor:** Sífilis Congénita; Infecciones por Treponema; Educación Continua; Vigilancia Epidemiológica.

<sup>1</sup> Artículo parte de Tesis de Doctorado "Observatory for gestational and congenital syphilis", presentada en la Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

<sup>2</sup> PhD, Profesor Asistente, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2845. [Access   ]; Available in: .  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>. mes día año URL

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2008, 1,4 millones de embarazadas en todo el mundo fueron infectadas con sífilis, de las cuales 80% habían frecuentado servicios de cuidados prenatales. En ese mismo año, cerca de un quinto (20%) de esas embarazadas no se presentaron al servicio de referencia para recibir la asistencia adecuada en el prenatal<sup>(1)</sup>.

La sífilis es una enfermedad de notificación obligatoria; cuando esta es transmitida en el canal del parto ocasiona la sífilis congénita, que presenta hasta 40% de tasa de mortalidad. En embarazadas no tratadas la transmisión es de 70 a 100%, en las fases primaria y secundaria de la enfermedad materna<sup>(2)</sup>.

Delante de los aspectos presentados sobre el resurgimiento de la sífilis en la población general y sus espectros – que engloban la salud materno infantil, así como las dificultades encontradas por la vigilancia epidemiológica en superar el modelo biomédico, la fragmentación del cuidado<sup>(3)</sup> y el empleo de las políticas de la salud instituidas en el ámbito mundial y nacional – se justifica la necesidad de realizar estudios estratégicos regionales que permitan la actuación más eficaz de medidas de intervención, a partir de la realidad local.

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) preconiza la prevención de la ocurrencia de ese evento centinela<sup>(4)</sup> y ofrece diagnóstico y tratamiento gratuitos para la población, con destaque para las políticas públicas dirigidas a las embarazadas y sus compañeros sexuales. Sin embargo, existe un creciente número de casos de sífilis congénita<sup>(1)</sup>, muertes fetales, abortos y diversas secuelas irreversibles para los recién nacidos<sup>(2)</sup>, provenientes de esa infección que es evitable. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficiencia de la propuesta educacional en el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la sífilis.

## Material y Método

Aspectos éticos: el estudio fue precedido por la aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Unifesp (nº 520.189) y por la firma del término de consentimiento libre e informado por los profesionales incluidos en la investigación.

Diseño, local y período: se trata de un estudio casi experimental con delineamiento del tipo “antes y después” realizado en el municipio de Londrina, Paraná, en el período de octubre de 2013 a diciembre de 2015.

Población y muestra: todo profesional de la salud - actuante en la Atención Primaria (AP) o en servicios de atención materno infantil, en cargos de coordinación,

que concordasen en replicar el taller en el servicio de la salud en el lugar donde actuaban - fueron invitados a participar del estudio. De esta forma la muestra estuvo compuesta por 102 profesionales, que calificados, se tornaron facilitadores locales.

Instrumentos de recolección de datos: el material utilizado para evaluación de la intervención educacional fue un cuestionario estructurado autoaplicable elaborado para ser respondido antes e inmediatamente después de los talleres de educación permanente; este fue dividido en dos partes, la primera con variables sociodemográficas y relativas la formación de los profesionales y la segunda parte con preguntas específicas sobre el conocimiento de los profesionales sobre las recomendaciones del Ministerio de la Salud de Brasil (MS) para prevención de la transmisión vertical de la sífilis, esquema de tratamiento adecuado y acompañamiento de los recién nacidos con sífilis congénita. Un test piloto del cuestionario fue realizado con seis profesionales de la Atención Primaria, apenas para perfeccionar el instrumento de recolección.

Las tasas de incidencia fueron monitorizadas en los datos epidemiológicos de los bancos de datos Sistema de Información de Enfermedades de Notificación (Sinan). Para los datos de mortalidad fetal e infantil fueron utilizados los bancos de datos del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM). Todos los datos fueron suministrados por el sector de epidemiología de la Autarquía Municipal de Londrina.

## Detalles de la intervención, variables de estudio y análisis de los datos

En los talleres de educación permanente fue abordada la temática del uso adecuado de los protocolos instituidos por el MS (Red Cigüeña y Red Madre Paranaense) para prevención, diagnóstico y tratamiento de la sífilis gestacional, congénita y adquirida (en el caso de los compañeros sexuales). La intervención fue organizada en asociación con el grupo de trabajo del Observatorio para la Sífilis; el que cuenta con médicos (un ginecólogo que atiende en la Atención Primaria y actúa en la administración regional de la salud y una pediatra especializada en infecciones que actúa en el sector epidemiológico), además de enfermeros que están en la administración de la Salud de la Mujer, de la Maternidad Municipal, del Comité Municipal de Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil (CMPMMI) y del Centro de Pruebas y Asesoramiento Municipal (servicio de la salud brasileño que realiza acciones de diagnóstico y prevención de enfermedades sexualmente transmisibles).

Para atender la totalidad de las 54 Unidades de Salud del Municipio, la capacitación con esos profesionales fue dividida en tres etapas, siendo que la primera ocurrió en diciembre de 2013, la segunda en junio de 2014 y la tercera en setiembre de 2014. Los profesionales entrenados como facilitadores implantaron dos diagramas de flujo de descriptores del proceso de trabajo en los servicios de la salud. El Primer Flujo detalla el proceso de diagnóstico de la sífilis durante el prenatal (PN). El Segundo Flujo es utilizado cuando existe confirmación de la sífilis. Los participantes de los talleres construyeron una Matriz del Proceso de Trabajo en cada Unidad Básica de Salud (UBS), que es un servicio de atención primaria de Brasil que objetiva proteger la salud de la comunidad, prevenir enfermedades, diagnosticar, tratar, rehabilitar y reducir de daños, con sus equipos de la salud, reforzando la importancia del PN de calidad y de la responsabilidad de todos en la prevención de enfermedades y secuelas para los futuros bebés.

Las variables estudiadas fueron divididas en características socioeconómicas y profesionales de los participantes de los talleres de diagnóstico y manejo de la sífilis: intervalo etario, sexo, graduación (medicina; enfermería; técnicos de enfermería y otras graduaciones), local de actuación (atención primaria; otros servicios), tiempo de graduación en años, tiempo de actuación en la asistencia materno infantil en años, tiempo de actuación en el diagnóstico y manejo de la sífilis en años; relacionadas al conocimiento de los participantes sobre sífilis: diferencia entre las serologías FTA-Abs y VDRL (prueba treponémica

y no treponémica); cantidad de exámenes VDRL obligatorios en el PN según la Red Madre Paranaense; conducta adecuada cuando el examen de VDRL es reactivo; conducta adecuada cuando el diagnóstico de sífilis gestacional es confirmado; procedimientos de control y acompañamiento de la sífilis gestacional; notificación de la sífilis; esquema terapéutico adecuado de acuerdo con la estadificación de la sífilis (primaria, secundaria y terciaria); acompañamiento del RN de la madre diagnosticada con sífilis en el embarazo.

Análisis de los resultados y estadística: fue realizado un análisis descriptivo de las variables a través de la media, frecuencias absoluta y relativa. La evaluación del cuestionario fue realizada considerando las respuestas correctas e incorrectas de acuerdo con el referencial que sustentó el entrenamiento. Como análisis inferencial se utilizó el Test de McNemar para frecuencias correlacionadas. Los datos fueron tabulados en planillas Excel del Windows®, versión 2010 y analizados por el *software Statistical Package for Social Sciences*® 21. Fueron considerados estadísticamente significativos los valores de niveles descriptivos iguales o inferiores al valor  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

Los resultados relacionados la caracterización de los profesionales de la salud que participaron de los talleres de educación permanente, y se tornaron facilitadores en las Unidades Básicas de Salud (UBS), se presentan en la Tabla 1.

Tabla1 - Caracterización sociodemográfica y profesional de los participantes de los talleres de educación permanente para diagnóstico y manejo de la sífilis, Londrina, PR, Brasil, 2014

Características	Descripción	N*(102)			%		
		Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Intervalo etari y sexo (n = 90)	22-30	18	02	20	23,1	16,7	22,2
	31-40	28	06	34	35,9	50,0	37,8
	41-50	14	-	14	17,9	-	15,6
	51-61	18	04	22	23,2	33,3	24,4
Graduación	Medicina	14	07	21	16,3	43,8	20,6
	Enfermería	64	08	72	74,4	50,0	70,6
	Téc. de Enfermería	07	01	08	8,1	6,3	8,1
	Otra Graduación	01	-	01	1,2	-	0,7
Local de actuación	Atención Primaria	79	14	93	91,9	87,5	91,1
	Otros Servicios	07	02	09	8,1	12,5	8,9
Tiempo de formación (en años)	< 1	06	-	06	7,0	-	5,9
	1 a 3	11	02	13	12,8	12,5	13,7
	4 a 5	04	02	06	4,7	12,5	5,9
	6 a 10	17	04	21	19,8	25,0	19,6
	> 10	48	08	56	55,8	50,0	54,9

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Características	Descripción	N*(102)			%		
		Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Tiempo de actuación en la asistencia materno infantil (en años)	< 1	07	-	07	8,1	-	6,9
	1 a 3	20	03	23	23,3	18,8	22,5
	4 a 5	06	04	10	7,0	25,0	09,9
	6 a 10	14	01	15	16,3	6,3	14,7
	> 10	39	08	47	45,3	50,0	46,0
Tiempo de actuación en el diagnóstico y manejo de la sífilis (en años)	< 1	08	-	08	9,3	0,0	7,8
	1 a 3	33	04	37	38,4	25,0	36,3
	4 a 5	04	04	08	4,7	25,0	07,8
	6 la 10	15	03	18	17,4	18,8	17,7
	> 10	26	05	31	30,2	31,3	30,4

\* Cuando el número de respuestas fue inferior al número de personas que respondieron al cuestionario, el total fue especificado abajo de la variable

En el total de los 102 participantes del estudio, la mayoría era del sexo femenino, con graduación en enfermería y actuación en la Atención Primaria. De las 54 UBS representadas, 92,6% (50) realizaron el entrenamiento con sus equipos de salud. La edad de los participantes varió entre 22 y 61 años y la mediana fue de 38 años. La mayor parte de los encuestados declaró tener más de 10 años de práctica, tanto en el

tiempo de formación como en el tiempo de actuación en la asistencia materno infantil. Sin embargo, 36,3% respondieron que su mayor tiempo de experiencia en el manejo de la sífilis fue de uno a tres años.

En la Tabla 2 se puede verificar la distribución de las respuestas de los participantes acerca del diagnóstico y manejo de la sífilis congénita y gestacional antes y después de los talleres.

Tabla 2 - Distribución de las respuestas de los profesionales de la salud sobre diagnóstico y manejo de la sífilis congénita y gestacional, según aciertos y errores antes y después de los talleres de educación permanente, Londrina, PR, Brasil, 2014

Conocimiento Evaluado	Fase de aplicación del cuestionario								p*
	Antes del Taller (n = 102)				Después del Taller (n = 85)				
	Aciertos		Errores		Aciertos		Errores		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Diferencia entre las serologías FTA-Abs y VDRL (NR <sup>†</sup> = 4)	77	75,5	21	20,6	85	100,0	-	-	< 0,001
Cantidad de exámenes VDRL <sup>‡</sup> obligatorios en el PN según la Red Madre Paranaense	79	77,5	23	22,5	85	100,0	-	-	< 0,001
Conducta cuando el resultado del VDRL <sup>‡</sup> es reactivo	08	7,8	94	92,2	45	47,1	40	52,9	< 0,001
Conducta cuando el diagnóstico de sífilis gestacional es confirmado en el PN <sup>§</sup>	73	71,6	29	28,4	78	91,8	07	8,2	0,461
Procedimientos de control y acompañamiento de la sífilis gestacional	55	53,9	47	46,1	77	90,6	08	9,4	0,002
Notificación de la Sífilis	09	8,8	93	91,2	25	29,4	60	70,6	< 0,001
Régimen terapéutico recomendado para sífilis primaria (NR <sup>†</sup> = 2)	58	56,9	42	42,0	84	98,8	01	1,2	< 0,001
Régimen terapéutico recomendado para sífilis secundaria (NR <sup>†</sup> = 5)	56	57,7	41	42,2	76	89,4	09	10,6	< 0,001
Régimen terapéutico recomendado para sífilis terciaria (NR <sup>†</sup> = 5)	63	64,9	34	35,1	85	100,0	-	-	< 0,001
Acompañamiento del RN de la madre diagnosticada con sífilis en el embarazo	56	54,9	46	45,1	81	95,3	04	4,7	< 0,001

\*Test de McNemar para frecuencias correlacionadas; <sup>†</sup>Número de preguntas sin respuesta que modificaron el total de la muestra; <sup>‡</sup>VDRL - Venereal Disease Research Laboratory - test no treponémico; <sup>§</sup>PN - prenatal

El número de personas que respondieron el cuestionario después de la intervención fue inferior ( $n = 85$ ) al número de participantes que lo respondieron antes ( $n = 102$ ). La media de aciertos fue de 53% antes de la intervención y llegó a 74,3% después ( $p < 0,001$ ).

En cuanto a la notificación, la Tabla 3 distribuye la ocurrencia de casos registrados de sífilis gestacional y congénita entre 2007 y 2015.

Se observa que entre 2007 y 2009 existió subnotificación de la sífilis gestacional. A partir de 2010

ocurre un crecimiento de la notificación de la enfermedad en embarazadas, sin embargo la transmisión vertical se mantuvo elevada hasta 2013. En 2014 y 2015, después de la intervención educativa, se verificó reducción de las tasas de transmisión de la madre para el hijo en aproximadamente 38%.

Con relación a la mortalidad, la Tabla 4 presenta el número de muertes fetales e infantiles por esa enfermedad.

Tabla 3 - Distribución de casos de sífilis gestacional y congénita notificados\* entre 2007 y 2015, Londrina, PR, Brasil, 2016

Año/casos	Sífilis Gestacional	Sífilis Congénita	% de Transmisión
2007	04	05	125,0 <sup>†</sup>
2008	08	12	150,0 <sup>†</sup>
2009	15	17	128,0 <sup>†</sup>
2010	27	17	63,0
2011	29	20	69,0
2012	49	40	81,6
2013	68	51	75,0
2014	104	35	33,7
2015	122	49	40,2
Total	426	246	57,7

\*Fuente: Sinan/Datasus/MS/Tabwin/Archivo Sifgenet (2016); <sup>†</sup>Subnotificación

Tabla 4 - Número de muertes fetales e infantiles por sífilis congénita notificados\* entre 2009 y 2015, Londrina, PR, Brasil, 2016

Año	Muertes Fetales	Muertes Infantiles	Total
2009	NI <sup>†</sup>	01	01
2010	NI <sup>†</sup>	01	01
2011	NI <sup>†</sup>	02	02
2012	02	02	04
2013	02	03 <sup>‡</sup>	05
2014	05	-	05
2015	04	-	04
Total	13	09	22

\*Fuente: SIM/Datasus/MS.CSIE/GVE/DVS/MAS (2016); <sup>†</sup>No Investigado; <sup>‡</sup>Una muerte por neurosífilis congénita tardía (A504) y dos muertes por sífilis congénita no especificada (A509)

A pesar de que desde 2009 la ocurrencia de la mortalidad infantil por sífilis hubiese sido registrada, las muertes fetales por esa causa pasaron a ser investigadas apenas a partir de 2012. La tasa de mortalidad específica por sífilis congénita alcanzó su pico en 2013, con 41,7 casos por cada 100 mil nacidos vivos. Sin embargo, a pesar de que la proporción de muertes fetales hubiese aumentado en el transcurso de los dos años después de la intervención (2014 y 2015), no existió registro de muertes infantiles por esa enfermedad en el mismo período.

## Discusión

De manera general, los resultados mostraron cambios y mejoras importantes, tanto en las respuestas de los profesionales sobre diagnóstico y manejo de la sífilis gestacional y congénita (después de la intervención educativa, 75% de aciertos) como en la detección de la sífilis en las embarazadas (68 casos en 2013 para 122 en 2015) y reducción de la transmisión vertical (35% entre 2013 y 2015). Estos resultados apoyan la propuesta hecha por la Organización Panamericana

de Salud (OPAS)<sup>(5)</sup>, que incentivó la introducción de programas de entrenamiento en el local de trabajo, con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados y seguridad del paciente; el cual en este estudio se extendió para los usuarios del SUS y para la comunidad.

Se destaca que antes de la intervención, los profesionales de la salud investigados no presentaron conocimiento satisfactorio sobre las medidas recomendadas por el MS y la Red Madre Paranaense para la prevención y control de la sífilis, esto considerando que la media de aciertos fue de 53%. El conocimiento insuficiente de las medidas correctas para controlar y evitar la transmisión de la sífilis refleja la realidad de otros municipios brasileños<sup>(2,6-9)</sup>, en los cuales los profesionales de la salud evaluados presentaron calificación técnica insuficiente para enfrentar el problema de la sífilis en el prenatal<sup>(10-15)</sup>.

Para garantizar la agilidad en el diagnóstico de la sífilis, en la confirmación y en la contabilización del número de pruebas de VDRL realizadas en el prenatal, un indicador importante que mide la calidad de la asistencia<sup>(16-18)</sup> fue instituido en Londrina: un flujo interno de comunicación entre el laboratorio y las UBS. Antes de la capacitación, apenas 7,8% de los profesionales conocían ese flujo, a pesar de estar vigente desde hace cinco meses. Delante de esa realidad, se entiende que las acciones de educación permanente y los cambios en el proceso de trabajo deben tener continuidad programada<sup>(18)</sup>, ya que su acción puntual informa y actualiza a los profesionales, pero el cambio de conducta en la práctica necesita de vigilancia y corrección de los errores; la que debe ser de aprendizaje, y no de punición, reforzando actividades de autoanálisis y autoadministración de los equipos de la salud<sup>(19-20)</sup>.

A pesar de que el prenatal es reconocido como un espacio de gran importancia para la realización de la prevención de la transmisión vertical de la sífilis<sup>(21)</sup>, el que influye directamente en los índices de calidad que impactan la salud de la embarazada y del feto y/o recién nacido<sup>(10,22)</sup>, cerca de 30% de los profesionales desconocían la necesidad de iniciar el tratamiento inmediato de la embarazada y convocar a sus compañeros sexuales mediante el VDRL positivo antes de la intervención. Apenas para ese asunto el aumento de respuestas correctas después el entrenamiento no fue significativo en la mejoría del conocimiento de los participantes. En Fortaleza, CE\*, la mitad de los profesionales entrevistados afirmaron que solicitarían el VDRL para el compañero y tratarían solamente conforme el resultado<sup>(13)</sup>. Un estudio semejante realizado en

Recife, PE\* presentó 38% para el mismo índice<sup>(20)</sup>, el que fue más próximo del encontrado en Londrina. Los datos corroboran los apuntados en investigación semejante realizada en Rio de Janeiro, RJ\*, en que aproximadamente 40% de los profesionales médicos y enfermeros refirieron dificultad para conversar sobre sífilis con las compañeros sexuales<sup>(9)</sup>.

La falta de captación y orientación de los compañeros y la dificultad de los profesionales de la salud en utilizar el régimen terapéutico recomendado para esos casos - concomitante con las embarazadas - ha sido evidenciada en varias investigaciones<sup>(9,15-16)</sup>, llevando al entendimiento de que esa norma protocolar todavía no fue asimilada totalmente, causando errores en el momento de la asistencia y provocando tratamientos inadecuados que se reflejan en la elevación de casos de sífilis congénita<sup>(20)</sup>.

Otro problema reciente es el desabastecimiento nacional de penicilinas en consecuencia de la falta de materia prima específica para su producción en el mercado internacional. En 2015, el MS público la Nota Informativa Conjunta nº 109/2015/GAB/SVS/MS, que orienta sobre la priorización de la penicilina G benzatina para sífilis en embarazadas y penicilina cristalina para sífilis congénita en el país, y también alternativas para el tratamiento de la sífilis. La mayor dificultad encontrada es que los antibióticos de segunda alternativa preconizados y disponibles (Doxiciclina y Ceftriaxona) en el SUS de Brasil, para tratar los casos de sífilis adquirida y a los compañeros de las embarazadas, tienen posología de duración entre 8 y 15 días; esto perjudica todavía más la adhesión al esquema terapéutico completo, lo que aumenta las probabilidades del desarrollo de resistencia al *Treponema pallidum*<sup>(23)</sup>.

Se destaca que esa situación resulta en fracasos en el tratamiento y consecuentemente en reinfecciones en los casos en que las embarazadas son correctamente tratadas, pero sus compañeros no. Posiblemente la elevación de la tasa de transmisión vertical de 6,5%, de 2014 para 2015, encontrada en este estudio resultó de ese hecho, una vez que el desabastecimiento en la red limitó el uso del medicamento de primera opción para el binomio y las intervenciones iniciadas en 2013, cuando el fármaco todavía no estaba faltando, redujeron la tasa de transmisión vertical en 41,3% en el año de 2014.

En lo que se refiere a la notificación, a pesar de que el aumento de respuestas adecuadas después la intervención hubiese sido significativo, se consideró bajo el porcentaje de aciertos, ya que no alcanzó el 30%. A esto se suma a la dificultad de identificar la

\* Municipios/capitales con alta representatividad en Unidades Federativas de Brasil

sífilis gestacional y congénita como enfermedades de notificación obligatoria<sup>(13)</sup>; la incorporación de la notificación de la sífilis adquirida a las rutinas de trabajo es fundamental para el rompimiento de la cadena de transmisión y control de la enfermedad<sup>(21)</sup>. La búsqueda de la erradicación de la sífilis se ha mostrado como un gran desafío para los profesionales de la salud, para las autoridades sanitarias y para la sociedad en general, a lo largo de los años, y justamente por eso, este concepto precisa ser mejor elaborado en los servicios de salud<sup>(15)</sup>.

Además, los fracasos en el tratamiento correcto de la sífilis de acuerdo con la estadificación de la enfermedad<sup>(6,9,13)</sup>, así como, en la realización de la titulación con VDRL para el control de cura y captación de los compañeros sexuales - para comprobar, aconsejar y tratar adecuadamente - destacan que la desestructuración del proceso de trabajo favorece la ocurrencia de muchas oportunidades perdidas de diagnóstico e intervención, las que posibilitarían la prevención de la transmisión vertical<sup>(4,7)</sup>.

Además de eso, el índice de respuestas equivocadas, en este estudio, en el caso de las preguntas sobre abordaje sindrómico fue de 40%; este escenario también encontrado en Rio de Janeiro - RJ, cuando 47% de los profesionales afirmaron tener alguna dificultad en la práctica del manejo clínico adecuado de la sífilis<sup>(7)</sup>. Otras investigaciones realizadas en Brasil<sup>(6,21)</sup>, China<sup>(17)</sup>, Suiza<sup>(12)</sup> y Estados Unidos<sup>(11)</sup> presentaron las mismas fallas y la reaparición de la sífilis congénita en la actualidad.

Se destaca que la transmisión vertical genera graves consecuencias a los recién nacidos, las que son provenientes de las fallas en la prevención primaria<sup>(13-14)</sup> y provocan secuelas (en gran parte irreversibles) además de la prematuridad<sup>(7,10)</sup>, encareciendo el sistema de salud<sup>(20-21)</sup>. Después de la organización de las Redes de Atención a la Salud Locales para realizar el seguimiento de los recién nacidos, de madres que tuvieron sífilis en el embarazo, el ambulatorio de infectología pediátrica se tornó una referencia; por otro lado la maternidad municipal hace la contrareferencia de los casos para la UBS que tiene influencia sobre el área de la residencia de esos bebés por medio de e-mail, para que el acompañamiento continúe también en la Atención Primaria. Esto posiblemente influyó en la ausencia de mortalidad infantil por sífilis en los dos años después de la intervención (2014 y 2015), en consecuencia en la mejoría de la asistencia pre y posnatal.

Se destaca en este estudio la evidencia de la subnotificación, cuando entre 2007 y 2009 los casos de sífilis congénita sobrepasaron los casos detectados en embarazadas. Esos datos reflejan la realidad de diversos estados de Brasil<sup>(21)</sup> y de otros países como Mongolia

y África del Sur<sup>(24)</sup>. Sin embargo, existió mejoría en el acceso al diagnóstico de las embarazadas, ya que la tasa de detección de la sífilis gestacional, después de las intervenciones educacionales, pasó de 9,4 en 2013 para 16,7 casos por cada mil nacidos vivos en 2015. De esa forma, la adhesión de los profesionales y el empeño en replicar los talleres *in loco* en 92,3% de las UBS de Londrina, indica que el proceso de educación permanente en la AB, en asociación con el equipo de la salud y la administración municipal, fortaleció la práctica en la prevención y en el control de la sífilis.

Por tratarse de un estudio casi experimental, se entiende como limitación metodológica la ausencia de grupo de control y del *follow-up*. Esas opciones fueron tomadas de forma consciente y considerando que todos los profesionales de la salud que frecuentaron los talleres para diagnóstico y manejo de la sífilis adhirieron al proyecto y fueron acompañados de cerca por las gerentes regionales de la salud que suministraron apoyo durante todo el proceso de educación permanente, el cual todavía continúa. Otras investigaciones utilizaron el mismo método y concluyeron que el desarrollo de habilidades después del entrenamiento es estadísticamente significativo, cuando comparado al grupo control y que las competencias son en gran parte mantenidas seis meses después del entrenamiento<sup>(14,25)</sup>.

## Conclusión

La intervención educativa interfirió en la mejoría de la detección precoz de la sífilis gestacional y ocasionó la reducción de la tasa de transmisión vertical, así como pudo haber contribuido para la eliminación de la mortalidad específica por sífilis en menores de un año en 2014 y 2015.

## Agradecimientos

A los profesionales de la Secretaría Municipal de Salud de Londrina por la colaboración prestada.

## Referencias

1. WHO. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems [Internet]. Geneva; 2012. [Access 8 Mar 2016]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf) ISBN 978 92 4 150434 8.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para Redução e Eliminação [Internet]. Brasília, DF; 2014. [Acesso 8 mar 2016]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/>

- default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder\_transmissao\_vertical\_hiv\_sifilis\_web\_pd\_60085.pdf
3. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc Saúde Col*. [Internet]. 2015; 20(6):1869-78. [Access 7 Mar 2016]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en). DOI 10.1590/1413-81232015206.13272014.
  4. Domingues RMS, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):147-57. DOI 10.1590/S0034-89102013000100019
  5. Cometto MC, Gómez PF, Sasso GTMD, Grajales RAZ, Cassiani SHDB, Morales CF, editores. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud [Internet]; 2011 [Acesso 7 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2013/06/contenido.pdf?ua=1> ISBN: 978-927533246-7.
  6. Gomes SF. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das unidades de saúde da família sobre sífilis em gestantes na cidade do Recife-PE. [Internet]. Dissertação de mestrado. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2013. [Acesso 7 mar 2016]. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/13222/Disserta%C3%A7ao%20SUELY%20FERREIRA%20GOMES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  7. Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5):851-8.
  8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – Sífilis Ano IV, n. 1* [Internet]. Brasília, DF; 2015. [Acesso 7 mar 2016]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/\\_p\\_boletim\\_sifilis\\_2015\\_final\\_pdf\\_p\\_\\_15727.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/_p_boletim_sifilis_2015_final_pdf_p__15727.pdf)
  9. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Treatment of syphilis during pregnancy: knowledge, practices and attitudes of health care professionals involved in antenatal care of the Unified Health System (SUS) in Rio de Janeiro City. *Ciênc Saúde Col*. 2013 [Internet]; 18(5):1341-5. [Acesso 7 Mar 2016]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500019&lng=en) DOI 10.1590/S1413-81232013000500019.
  10. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health*. 2011;11(Supl. 3):S9.
  11. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in Incidence of Congenital Syphilis – United States, 2012-2014. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2015; 64(44):1241-5. [Access 2016 Mar 7]; Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a3.htm> DOI 10.15585/mmwr.mm6444a3.
  12. Meyer Sauter PM, Trück J, Bosshard PP, Tomaske M, Morán Cadenas F, Lautenschlager S, Goetschel P. Congenital syphilis in Switzerland: gone, forgotten, on the return. *Swiss Med Wkly*. [Internet]. 2012; 141:w13325. [Access 2016 Mar 7]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22252171> DOI 10.4414/smw.2011.13325.
  13. Andrade RFV, Lima NGB, Araújo MAL, Silva DMA, Melo SP. Nurses's Knowledge about the Management of Pregnant with Positive VDRL. *DST – J Bras Doenças Sex Transm*. [Internet]. 2011; 23(4):188-93. [Access 2016 Mar 7]. Available from: <http://www.dst.uff.br/revista23-4-2011/8.Conhecimento%20dos%20Enfermeiros%20acerca%20do%20Manejo.pdf>
  14. Silva DMA, Araújo MAL, Silva RM, Andrade RFV, Moura HJ, Esteves ABB. Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza-CE, Brazil. *Texto Contexto - Enferm*. [Internet]. 2014; 23(2):278-85. [Access 2016 Mar 7]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000200278&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200278&lng=en) DOI 10.1590/0104-07072014000510013.
  15. Owiredu MN, Newman L, Nzomo T, Kafando GC, Sanni S, Shaffer N et al. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis: a dual approach in the African Region to improve quality of antenatal care and integrated disease control. *Int J Gynecol Obstet*. [Internet]. 2015;130(1):S27-S31. [Access 2016 Mar 7]. Available from: [http://ac.els-cdn.com/S0020729215002076/1-s2.0-S0020729215002076-main.pdf?\\_tid=244039e2-6c9a-11e5-b800-00000aab0f02&acdnat=1444184679\\_279b792ceab2d36819303ed464b1657e](http://ac.els-cdn.com/S0020729215002076/1-s2.0-S0020729215002076-main.pdf?_tid=244039e2-6c9a-11e5-b800-00000aab0f02&acdnat=1444184679_279b792ceab2d36819303ed464b1657e) DOI 10.1016/j.ijgo.2015.04.010.
  16. Todd CS, Ahmadzai M, Smith JM, Siddiqui H, Ghazanfar SA, Strathdee SA. Attitudes and practices of obstetric care providers in Kabul, Afghanistan regarding antenatal testing for sexually transmitted infection. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. [Internet]. 2008;37(5):607-15. [Access 2016 Mar 7]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2008.00283.x/pdf>.
  17. Wu D, Hawkes S, Buse K. Prevention of mother-to-child transmission of syphilis and HIV in China: what drives political prioritization and what can this tell us about promoting dual elimination? *Int J Gynecol Obstet*. [Internet]. 2015; 130(1):S32-S6. [Access 2016 Mar 7].



- Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729215002027> DOI 10.1016/j.ijgo.2015.04.005.
18. Hussey J, Mitchell L, Hew Y, Foster K, Waldram A. Preventing congenital syphilis: a regional audit of syphilis in pregnant women seen in Genitourinary Medicine services. *Int J STD AIDS*. 2014; 25(6):448-51. DOI 10.1177/0956462413512802.
19. Ceccim RB, Armani TB. Educação na saúde coletiva. *Divulg Saúde Debate*. 2001; (23):30-56.
20. Larson BA, Lembela-Bwalya D, Bonawitz R, Hammond EE, Thea DM, Herlihy J. Finding a needle in the haystack: the costs and cost-effectiveness of syphilis diagnosis and treatment during pregnancy to prevent congenital syphilis in Kalomo District of Zambia. *Plos One*. [Internet]. 2014; 9(12):e113868. [Access 2016 Mar 7]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257564/> DOI 10.1371/journal.pone.0113868.
21. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2014;48(5):766-74. [Acesso 7 Mar 2016]. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000500766&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000500766&lng=en) DOI 10.1590/S0034-8910.2014048005114.
22. WHO. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems [Internet]. Geneva, 2012. [Access 2016 Mar 8]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf) ISBN 978 92 4 150434 8.
23. Stamm LV. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. *Epidemiol Infect*. [Internet]. 2015;143(8):1567-74. doi: 10.1017/S0950268814002830
24. Shahrook S, Mori R, Ochirbat T, Gomi H. Strategies of testing for syphilis during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2014; 10 (CD010385). [Access 2016 Mar 8]; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010385.pub2/full> DOI 10.1002/14651858.CD010385.pub2.
25. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2012;20(6):1161-8. [Access 2016 Mar 7]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en) DOI 10.1590/S0104-11692012000600019.

Recibido: 21.5.2015

Aceptado: 23.10.2016

Correspondencia:  
Flaviane Mello Lazarini  
Universidade Estadual de Londrina. Departamento de Saúde Coletiva  
Av. Robert Koch, 60  
Vila Operária  
CEP: 86038-350, Londrina, PR, Brasil  
E-mail: flalazarini@gmail.com

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.