



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE
SÍFILIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL
PERÍODO 2014 – 2017**

TESIS PRESENTADO POR:

LIRIA VIVIANA ISUIZA AGUILAR

ASESOR: DRA. LEILA ROSA MARINO PANDURO DE IBAZETA

PARA OPTAR:

EL TITULO DE OBSTETRA

PUCALLPA- PERÚ

OCTUBRE 2018

INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION	VIII
I. PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	09
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	09
1.2 Delimitación de la investigación	11
1.3 Formulación del Problema	12
1.3.1 Problema principal	12
1.3.2 Problemas secundarios	12
1.4 Objetivos de la investigación	13
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
1.5 Hipótesis de Investigación	13
1.5.1 Hipótesis	13
1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	14
1.6 Diseño de la Investigación	15
1.6.1 Tipo de investigación	15
1.6.2 Nivel de la investigación	15
1.6.3 Método	15
1.7 Población y muestra	15
1.7.1 Población	15
1.7.2 Muestra	15
1.8 Técnicas e instrumentos	16
1.8.1 Técnicas	16
1.8.2 Instrumentos	16
1.9 Justificación e importancia de la investigación	17

II. MARCO TEORICO	18
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	18
2.1.1 Antecedentes	18
2.1.2 Bases teóricas	24
2.1.3 Definición de términos	41
III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	47
3.1 Presentación de resultados	47
3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados	47
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
4.1 Conclusiones	64
4.2 Recomendaciones	65
FUENTES DE INFORMACION	67
ANEXOS	70
MATRIX DE CONSISTENCIA	74

Dedico a:

Dios por brindarme las fuerzas para lograr mis metas, a mis padres y a la persona que me apoya incondicionalmente, mi pareja: Marlon Ochoa Cárdenas por ser mi gran ejemplo de esfuerzo y superación.

Agradezco a:

Los docentes de la Universidad Alas Peruanas por impartirnos valiosos conocimientos, inculcarnos principios y valores, y a todos los que hicieron posible el logro esta investigación.

RESUMEN

Estudio planteado con el **Objetivo** de Determinar las características que presentan las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014-2017. **Material y Métodos:** Investigación de tipo descriptivo no experimental de nivel exploratorio univariado de corte transversal. Instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Conclusiones:** Respecto a las Características sociodemográficas, el 61% estuvieron en el rango de edades de 20-34 años, el 20% fueron adolescente, el 81% tuvieron el estado civil de convivencia, el 92% fueron amas de casa, el 62% procedieron del Distrito de Yarinacocha. Considerando las características obstétricas, el 52% de las pacientes tuvieron \geq a 6 atenciones pre natales, el 12% no presentó ninguna atención, el 84% iniciaron la APN entre el I, II trimestre de gestación, el 22% fueron primigestas, el 43% multigestas y gran multigestas respectivamente, el 27% tuvieron el diagnóstico de sífilis en el III trimestre de gestación y en el pre-parto respectivamente. Características conductuales: el 97% de las pacientes iniciaron relaciones sexuales en edad adolescente, el 81% tuvieron dos a más parejas sexuales, el 55% de las gestantes recibieron tratamiento para sífilis durante la gestación, el 8% de ellas tuvieron otras ITS, solo el 13% utilizó preservativo como medio para evitar la reinfección, el 1% tuvieron el hábito de utilizar alcohol o drogas ilícitas, el 40% de las parejas de las gestante recibieron tratamiento para sífilis, el 2% de las parejas tuvieron antecedentes de otras ITS como VIH y gonorrea respectivamente. La prevalencia de sífilis en gestantes fue del 0.8%, cifra por encima de los valores referentes nacionales representando un impacto negativo para las gestantes de nuestra región.

Palabras clave: Características de Gestantes, sífilis, diagnóstico de sífilis.

ABSTRACT

This study was proposed with the **Objective** of determining the characteristics of pregnant women diagnosed with syphilis and treated at the Amazonico Hospital between 2014-2017. **Material and Methods:** Non-experimental descriptive research of univariate exploratory level of transversal cut. Instrument was the data collection form. **Conclusions:** Respect to sociodemographic characteristics, 61% were in the 20-34% age range, 20% were adolescent, 81% had civil status of coexistence, 92% were housewives, 71% of the study population had a secondary education level. Considering the obstetric characteristics, 52% of the patients had ≥ 6 prenatal care, 12% did not show any attention, 84% started the PA between the I, II trimester of gestation, 22% were first-time mother-to-be, the 43 % multi-gesta and large multi-gesta respectively, 27% had the diagnosis of syphilis in the third trimester of gestation and pre-partum respectively. Behavior characteristics: 97% of the patients initiated sexual relations at teenage age, 81% had two or more sexual partners, 55% of the pregnant women received treatment for syphilis during pregnancy, 8% of them had other STIs, only 13% used condoms as a method to prevent reinfection, 1% had the habit of using alcohol or illicit drugs, 40% of pregnant women's couples received treatment for syphilis, 2% of couples had a history of other STIs as HIV and gonorrhea respectively. The prevalence of syphilis in pregnant women was 0.8%, a figure above the national reference values representing a negative impact for pregnant women in our region.

Key words: Gestant characteristics, syphilis, diagnosis of syphilis.

INTRODUCCION

La asociación sífilis - embarazo sigue constituyendo un problema de salud Pública, se estima que más de 2 millones de mujeres gestantes en América Latina y el Caribe, están infectadas con el *Treponema Pallidum*. Ese organismo se transmite principalmente durante la actividad sexual, a través de lesiones mucocutaneas; el 50% de estos embarazos terminarán en complicaciones materno-fetales, se estima que el 66% de las embarazadas que adolecen de esta infección se complican, resultando en abortos espontáneos, muerte intrauterina en el 30% de casos; muerte neonatal en el 10% y trastorno neonatal en el 40% de todos los casos de sífilis congénita.

El Ministerio de Salud ha trazado estrategias de diagnóstico y tratamiento apropiado para la gestante, para prevenir complicaciones obstétricas, las que pueden iniciarse desde la atención pre natal en forma oportuna, brindando tratamiento también a la pareja para disminuir la reinfección. El tratamiento adecuado de la madre antes de la 16ª semana de embarazo permite prevenir las lesiones fetales; por el contrario, una madre sin tratamiento puede provocar muerte fetal hasta en el 40% de los casos, además de prematurez, muerte en la fase neonatal o sífilis congénita no mortal.

En el presente estudio se estimó la prevalencia de gestantes con sífilis que acuden para la atención de parto en el Hospital Amazónico, siendo este de 0.8%, por cada mil nacido vivos, los resultados obtenidos servirán de apoyo a los programas nacionales para establecer estrategias de prevención y educación, fortalecer el suministro de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, para el manejo de las gestantes infectadas así como los niños nacidos de estas madres, de igual modo incrementar el número de parejas con este diagnóstico con mayor adherencia al tratamiento. la adherencia del tratamiento.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

A nivel mundial, más de dos millones de mujeres embarazadas son diagnosticadas con sífilis anualmente. (1)

En la región de las Américas, exceptuando Estados Unidos de América y Canadá, se calcula que se producen unos 460 mil casos de sífilis gestacional, y un número anual de sífilis congénita que oscila entre 164 mil y 344 mil. (2)

La sífilis no tratada en el embarazo conduce a resultados adversos, tales como muerte fetal tardía, prematuridad, y muerte neonatal, en hasta 80% de los embarazos afectados.

Sin embargo, estos resultados son prevenibles a través de tamizaje prenatal, que es de bajo costo, y del tratamiento de las mujeres gestantes en caso de serología positiva. (3)

La prevalencia de sífilis en gestantes en Perú se ha podido medir mediante los estudios de vigilancia centinela que se han realizado en puérperas desde el año 1996 al 2002. La prevalencia, según estos estudios, ha variado entre 1,0 hasta 1,7% entre los años 1996 al 2000 (4).

En el 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una iniciativa para eliminar la sífilis congénita por lo que resultan importantes todos los esfuerzos que se hacen con dicha finalidad en las diferentes partes del mundo, particularmente en los países en vías de desarrollo como el nuestro.

La Oficina Panamericana Sanitaria, con datos del 2003, ha estimado la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas de América Latina en 3,1% (rango: 0,4–6,2). En orden decreciente, la prevalencia estuvo como sigue: El Salvador 6,2; Paraguay 6,0; Bolivia 4,0; Honduras 3,1; Colombia 2,2; Chile 2,2; Cuba 1,8; Brasil 1,6; Perú 0,8 y Panamá 0,4, por cien gestantes evaluadas. Con la finalidad de lograr un adecuado monitoreo de la sífilis en la gestante, es necesario conocer su epidemiología en las diferentes regiones. La población del Perú se distribuye en tres regiones geográficas en las cuales también se observan diferencias conductuales en relación a la sexualidad.

En la selva priman las actividades sexuales a más temprana edad, alta tasa de embarazo en adolescentes, mayor número de parejas sexuales por persona y alta tasa global de fecundidad. Estos hallazgos se asocian también a prevalencias diferentes de sífilis. En una muestra poblacional de bajos ingresos en ciudades de la costa del Perú se ha estimado una prevalencia de sífilis de 0,5% en hombres y de 1% en mujeres, mientras que en la Amazonía la prevalencia de sífilis es alta entre hombres (3,2%) y mujeres (2,7%). Estas cifras contrastan con las observadas en cuatro ciudades de la costa del Perú (Lima, Ica, Trujillo y Chiclayo), donde se ha demostrado una prevalencia de 1,6% de sífilis en las parejas varones de mujeres embarazadas. (5)

Aunque la prevalencia de sífilis gestacional en el Perú está entre las más bajas de la región, es necesario mantener la vigilancia para tratar de erradicarla y, por ello, es importante conocer cómo se desarrolla en las diferentes regiones geográficas del país. Son objetivos del estudio calcular la prevalencia de sífilis en cada región del país; examinar la prevalencia de sífilis en las diferentes zonas del oriente peruano, donde la tasa global de fecundidad es más alta; examinar la prevalencia de sífilis en función de la altitud en que ocurren los embarazos, y evaluar qué factores están asociados a la prevalencia de sífilis gestacional en el Perú.

La OMS está actualmente desarrollando un sistema con el fin de monitorear los esfuerzos para eliminar el impacto global de la sífilis congénita. La proporción de muerte fetal tardía atribuible a sífilis congénita puede ser usado como un indicador para tal monitoreo y evaluación. Sin embargo, este indicador no ha sido nunca validado en el campo. Debido a que el sistema informático perinatal (SIP) contiene datos de las mujeres a través del embarazo y del parto, y es usado en múltiples países de América Latina, es potencialmente una fuente rica en datos para monitorizar la sífilis en el embarazo y efectos asociados en esta región.

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

ESPACIAL

La presente investigación se llevara a cabo en el Hospital Amazónico, establecimiento de salud de nivel II.2, ubicado en el Jr. Aguaytia N°605 Yarinacocha.

TEMPORAL

El período en que transcurrirá la investigación será entre los años 2014 al 2017.

SOCIAL

La investigación estará centrada en gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el establecimiento de salud.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Qué características presentan las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el Período 2014-2017?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el hospital Amazónico en el Periodo 2014 - 2017?
- ¿Qué características obstétricas presentan las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el hospital Amazónico en el período 2014 – 2017?
- ¿Qué características conductuales presentan las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 - 2017?
- ¿Cuál es la prevalencia de gestantes con diagnóstico de Sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el Período 2014 - 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características que presentan las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el Período 2014 – 2017

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el Período 2014 – 2017.
- Identificar las características obstétricas que presentan las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el período 2014 – 2017.
- Identificar las características conductuales que presentan las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el período 2014 – 2017.
- Precisar la prevalencia de gestantes con diagnóstico de Sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el Período 2014 – 2017.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS

En el presente estudio no se planteara hipótesis de investigación por tratarse de un trabajo netamente descriptivo; no se manipulara las variables, se describirán las características maternas conforme registra la historia clínica en el período de estudio.

1.5.2 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

Variable:

Para el presente estudio se planteara una sola variable:

- Características de las Gestantes con diagnóstico de sífilis.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
UNIVARIADO: CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS.	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRFICAS	✓ Edad ✓ Estado Civil ✓ Ocupación ✓ Grado de instrucción
	CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	✓ APN ✓ Semana de gestación 1 APN ✓ Paridad
	CARACTERISTICAS CONDUCTUALES	✓ Momento del Dx. de Sífilis ✓ Edad 1 Relación Sexual ✓ N° parejas sexuales ✓ Recibe tratamiento ✓ Antecedentes de ITS ✓ Uso de preservativo ✓ Consumo de alcohol o drogas ✓ Pareja recibe tratamiento ✓ Pareja con Dx. de otras ITS
	PREVALENCIA	✓ Número de gestantes con diagnóstico de Sífilis en el periodo de estudio

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es un diseño descriptivo transversal.

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación corresponde al nivel exploratorio de tipo descriptivo univariado, con el propósito de descubrir los indicadores de la variable.

1.6.3 MÉTODO

Método Cualitativo no experimental

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 POBLACIÓN

La población está constituida por de 126 gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico; de un total de 15379 pacientes atendidas en el periodo 2014-2017.

1.7.2 MUESTRA

La muestra está conformada por gestantes con diagnóstico con sífilis en el Hospital Amazónico, en el periodo de: 2014 – 2017. Se aplicara la formula estadística para población finita o conocida.

$$n = \frac{Z^2 N.P. q}{E^2 (N-1) + Z^2 P. q}$$

Donde:

n= muestra

Z= 1,96 (valor en la tabla de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 95%)

p= 0.5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50%)

$q = 1 - p = 1 - 0,5 = 0,5$ (probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

$E = 0,05$ (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

$N =$ Población conocida o finita

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (126) \times (0.5)^2}{(0.05)^2 (126-1) + (1.96)^2 (0.5)^2}$$

$$n = 95.06 \quad n = 95$$

Por tanto la Muestra estuvo conformada por 95 pacientes con diagnóstico de sífilis.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de gestantes atendidas el parto en el Hospital Amazónico en el periodo de estudio.
- Gestantes con diagnóstico de sífilis
- Historias clínicas con información completa.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas con información completa
- Pacientes que no dieron a luz en el Hospital Amazónico
- Gestantes que no tuvieron el diagnóstico de sífilis.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 TÉCNICAS

Revisión exhaustiva de historias clínicas de los casos que cumple con los criterios de inclusión.

1.8.2 INSTRUMENTOS

El instrumento utilizado en la investigación fue la ficha de recolección de datos, que contienen los componentes Sociodemográficos, Obstétricos y Conductuales.

1.9 JUSTIFICACIÓN

La sífilis es una infección ampliamente difundida en el mundo, que afecta a unas 330,000 mujeres embarazadas por año en América Latina y el Caribe. Se estima que, sin tratamiento, una tercera parte de los hijos de estas mujeres nacerá con sífilis congénita y, otro tercio morirá intrauterino. A pesar de los avances en materia de salud observados en la región, la sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública. El incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA y el surgimiento de la sífilis constituyen un serio desafío tanto a escala mundial como nacional (6). Es bien reconocida la importancia del control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) para reducir la frecuencia de la transmisión del VIH. La sífilis está directamente relacionada con factores como las prácticas sexuales, los comportamientos sociales, las barreras culturales (como el machismo), la poca valoración de la mujer etc. Todos estos factores dificultan la implementación de intervenciones encaminadas a iniciar en la reducción de la prevalencia de la sífilis materna y con ello contribuir con la eliminación de la sífilis congénita. El 80% de las mujeres infectadas está en edad reproductiva y en riesgo de transmitir la infección al feto, si llegan a gestar. La tasa de incidencia de sífilis en mujeres se ha incrementado de 1,1 casos por 100 000 mujeres en el año 2007, a 1,5 casos por 100 000 mujeres, en el año 2008. En el Perú el 0,8% de gestantes evaluadas, y la incidencia de sífilis congénita en el Perú es de 0,8 por mil nacidos vivos (7)

Por todo esta información que implica riesgo para la madre y el recién nacido, recae la importancia de conocer mediante la investigación las características de las gestantes con esta patología la misma que contribuirá a identificar los riesgos potenciales de estas pacientes y brindarles la orientación, consejería y el tratamiento pertinente para minimizar los potenciales las complicaciones maternas y neonatales.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Bayron E., Ecuador (2011), realizó un estudio cuyo **objetivo** fue: Determinar la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el período de Enero a Diciembre 2010-2011. **Material y Métodos:** Diseño tipo Transversal, Retrospectivo, Observacional; analiza la historia clínica materna y el resultado de VDRL positivo, y confirmado con las pruebas del FTA-ABS o RPR que se realizaron a mujeres embarazadas entre enero a diciembre del 2010 y 2011. **Resultados:** Se observa que a pesar de los trabajos y campañas para reducir la tasa de sífilis, se ha mantenido presente en estos tres últimos años 2010, 2011 y 2012. 2. La mayoría de mujeres que presentaron Sífilis se encontraron entre las edad de 19 a 24 años y en menor porcentaje en las adolescentes. Entre menos sea el grado de instrucción educativa mayor es el

riego de contraer infecciones de transmisión sexual. No se encontró diferencia al comparar la etnia, ya que el mayor porcentaje de mujeres con sífilis fueron mestizas; esto se debe a que la mayoría de la población pertenece a esta etnia. Actualmente las mujeres que son solteras o conviven en unión libre presentaron mayor tasa de sífilis, en comparación a las que tienen un estado civil de casadas, debido a la libertad de contraer nuevas parejas. Mujeres que inician su vida sexual activa a temprana edad (adolescencia) están más expuestas a presentar Sífilis u otra infección de transmisión sexual. En comparación al número de compañeros sexuales, la mayoría de mujeres tuvo de 1 a 2 compañeros sexuales. A la mayoría de mujeres se les detectó la infección antes de las 21 semanas entre el 1 a 2 control prenatal, con esto se evidencia que se da cumplimiento a la normativa de atención prenatal que nos indica realizar el examen VDRL en la primera consulta, y se evita complicaciones con el futuro hijo. Todas las mujeres que reciban tratamiento oportuno evitaran que su hijo nazca con alguna patología o mal formación. Se pudo constatar que en esta unidad de salud tanto la usuaria como su pareja reciben tratamiento, evitando una reinfección, cumpliendo con los protocolos establecidos por el M.S.P. La sífilis es una infección de transmisión sexual que aún está presente en nuestra población, es por ello que no debemos descuidar su prevención y crear y mantener campañas para su erradicación en el nivel primario de atención de salud.(7).

Cuervo., L. (2012) Colombia, realizo estudio cuyo **Objetivo** fue: Describir cómo se realiza el proceso de atención dirigido a la detección, tratamiento y seguimiento de la sífilis gestacional según la Resolución 412 del 2000 en la guía de atención para la sífilis congénita. **Material y Métodos:** El estudio realizado es de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo – retrospectivo, por medio de la revisión de historias clínicas del periodo comprendido de Marzo del 2010 a Julio 2011, donde se realizó la aplicación de una lista de chequeo para la recolección de datos que está conformada por tres dimensiones: detección, tratamiento y seguimiento; para verificar el proceso de atención a la sífilis

gestacional, según lo establecido en la normatividad Resolución 412 del año 2000. La población sujeto para la realización de este estudio fueron 8 gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional, que corresponden a la totalidad de gestantes atendidas en el Hospital San Cristobal en el período comprendido de Marzo del 2010 a Julio del 2011. Los criterios de inclusión fueron historias clínicas de gestantes con diagnóstico de sífilis y con examen de laboratorio RPR o VDRL reactivo de 1 a más diluciones. Para el análisis de los datos se utilizó medidas de tendencia central y estadística descriptiva, la información es recopilada de expedientes clínicos y de manera confidencial, por lo cual cuenta con el aval del comité de ética para su aplicación. **Resultados:** La distribución de las gestantes de acuerdo a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social refleja que el 75% pertenecen al régimen Subsidiado, y el 25% al vinculado.

Respecto a su estado civil el 75% de las gestantes viven en unión libre y el 12,5% son casadas o solteras. (9)

Concepción Amador (2016) Colombia. Realizó estudio en el que notificó, En 2010, 240 casos de sífilis gestacional e inició una agresiva estrategia para controlar esta enfermedad de interés en salud pública; este estudio realizó un comparativo del comportamiento de sífilis gestacional. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizó la información contenida en 97 casos de sífilis gestacional confirmados durante las primeras 15 semanas epidemiológicas de 2012 a 2015. **Resultados:** El grupo etario más afectado fue de 15 a 35 años, con predominio de 24 años, 41% de las maternas tuvieron resultados de la prueba serológica en el I trimestre de embarazo, 14% de las maternas reporta haber padecido previamente sífilis, 97% iniciaron tratamiento con penicilina benzatina, 69% de los contactos sexuales no se diagnosticaron, ni trataron; cada año entre 3 y 5 de cada seis casos son incidentes mostrando el aumento de la sífilis gestacional, con una tasa de 0,87 por cada mil nacidos vivos. **Discusión:** La prevalencia de sífilis gestacional refleja una baja cobertura del programa de Infecciones de Transmisión

Sexual. La vigilancia epidemiológica es pasiva, falta gestión, prevención, captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, para cumplir la meta de erradicación de la sífilis gestacional se hace necesario integrar las acciones de los programas de control de éstas, con el programa detección temprana de las alteraciones del embarazo.

Conclusiones: La sífilis gestacional se mantiene como prevalente en la ciudad de Montería, identificándose entre 1 y 5 casos en cada semana epidemiológica. (10)

ANTECEDENTES NACIONALES

Aguilar R. (2013) Perú, realizó estudio sobre “Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital San José de Lurigancho, cuyo **Objetivo** fue: Determinar los factores de riesgo de la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. **Material y Métodos:** Diseño: Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. Participantes: Historias clínicas y fichas PRETEST de todas las gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis atendidas en el HSJL en el año 2013. Intervención: Se realizó revisiones de las historias clínicas y de las fichas PRETEST, utilizado en el servicio de PROCETSS (Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida) de las 62 gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis y los datos obtenidos fueron registrados en el instrumento elaborado para este fin. Posteriormente estos datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 21. **Resultados:** La prevalencia de sífilis en gestantes para el año 2013 fue de 0,77% por cada 100 gestantes atendidas en el HSJL. En cuanto a los factores sociodemográficos la mayoría de pacientes con sífilis tenía entre 20 a 35 años 35 años de edad equivalente a 64.5%, un 35.5% de ellas proceden del asentamiento humano Huáscar, un 74.1% son convivientes, un 48.4% del total culminaron la secundaria y el 93.5% son amas de casa. Para los factores

obstétricos – conductuales: El 87.1% de ellas acudió al HSJL en el III trimestre de gestación, un 61.5% tuvo entre 1 a 5 controles prenatales, el 67.7% de los casos el diagnóstico de sífilis fue en el puerperio inmediato; un 69.4% tuvo entre 2 a 3 parejas sexuales (incluida la actual), un 30.6% tuvo antecedente de ITS, un 74.2% nunca uso preservativos y el 32.3% de ellas consumió algún alucinógeno (alcohol, droga, tabaco y otros) antes o durante la gestación. Conclusiones: La Prevalencia de sífilis en gestantes para el año 2013 en el HSJL se encuentra dentro de la cifra fijada como meta por la OPS. En cuanto a los factores sociodemográficos la mayoría de las pacientes con sífilis se encuentran entre 20 a 35 años de edad (debido a que la mayoría de embarazos ocurren en este intervalo); un 35.5% proceden del AA.HH Huáscar (localidad del distrito de SJL, considerado zona roja para ITS), la mayoría son convivientes y amas de casa, por lo que su condición económica es baja y dependiente de la pareja; además cerca de la mitad no culminó la secundaria, condición que limita más aun el acceso a la educación sexual. Además según los factores obstétricos – conductuales se evidencia que la mayoría acudió a su primer control prenatal (CPN) en el III trimestre, incluso en el trabajo de parto y más de la mitad de los casos de sífilis gestacional fueron diagnosticados en el puerperio, sucesos que interfieren en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la sífilis. Se encontró además que la mayoría de las parejas de las gestantes no usa preservativos en sus relaciones sexuales y que la tercera parte tiene otras 3 conductas de riesgo como el consumo de alucinógenos y antecedente de otra ITS; lo que incrementa el riesgo de la gestante para infectarse de sífilis.

Gustavo F. Gonzales. (2010) Perú, realizo un estudio cuyo **Objetivos.** Fue: Determinar el perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y factores asociados en una población peruana. **Materiales y métodos.** El estudio es un análisis secundario de datos obtenidos de hospitales públicos del Perú para el periodo 2000-2010. Se incluyó datos de 652 636 gestantes de 37 ciudades de 45 establecimientos de salud del Perú. **Resultados.** Se estimó la prevalencia de

sífilis gestacional en 0,7% y de tamizaje de sífilis materna en 80,7%. La mayor prevalencia de sífilis materna se encontró en la selva baja seguida de la selva alta. En las tres regiones del Perú se aprecia una disminución de la prevalencia de sífilis gestacional en el transcurso de los años. Las prevalencias al 2010 son de 0,2% en la costa, 0,23% en la sierra y 0,47% en la selva. La ausencia de educación, el bajo número de control prenatal, la mayor paridad, el ser conviviente o soltera, y el vivir en la selva, son factores asociados a la positividad en la prueba de sífilis. **Conclusiones.** Los resultados sugieren que la prevalencia de sífilis gestacional ha presentado una tendencia decreciente durante la década.

MINSA: realizó un estudio con el propósito de conocer el: Diagnóstico sobre la situación de la sífilis en algunas regiones del Perú. “Prevención y control de la sífilis materna para la eliminación de la sífilis congénita”, Se hizo el diagnóstico de sífilis en 2397 gestantes lo que hace una prevalencia de 1.5% a nivel nacional, los departamentos de mayor carga en diagnóstico son Lima (22.7%), San Martín (9.5%), Puno (9.%), Huánuco (8.%) y Ancash (5.34%).

De igual manera en 1988 se reportaron 880 casos de sífilis congénita lo que representa una tasa nacional de 6.3 por 1000 nacidos vivos, la mayoría productos de madres sin atenciones pre natales y cuyo diagnóstico se hizo en el momento del puerperio.

El 70% de los niños con sífilis congénita no presentan síntomas de infección en el momento del parto. (24)

2.1.2 BASES TEÓRICAS

SIFILIS

La sífilis es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) causada por una bacteria con forma de sacacorchos llamada *Treponema pallidum*. Esta bacteria solo vive en los humanos. Se multiplica por división simple y tiene mucho requerimiento de alimentos especiales para crecer en los medios de cultivos para bacterias. (12)

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual cuyo agente etiológico es el *Treponema pallidum*, una bacteria perteneciente a la familia de las espiroquetas. El contagio se produce por contacto directo con una lesión mucocutánea infectada. (19)

ETAPAS DE LA SÍFILIS

La Sífilis Primaria

Es la primera etapa, en donde aparece una o más úlceras a predominio genital que no son dolorosas llamadas chancros. Estas lesiones aparecen en promedio de 2 a 3 semanas después del contacto con una persona infectada y se han descrito hasta 90 días después. A veces las personas pueden no notar la úlcera ya que no duele ni siente ningún otro síntoma. Las úlceras desaparecen en un período de 4 a 6 semanas. (12)

La Sífilis Secundaria

Se presenta de 2 a 8 semanas después de la aparición de las primeras úlceras. Si una persona recibió terapia para Sífilis Primaria podría también presentar esta fase de la enfermedad, más o menos en 33% de los casos. En esta etapa de la enfermedad se pueden observar lesiones dérmicas diseminadas por todo el cuerpo que incluye palma de manos y planta de pies.

También pueden aparecer otros síntomas durante esta fase, como fiebre, inflamación de los ganglios, dolor de garganta, dolor de cabeza, pérdida de peso, dolores musculares y fatiga. (12)

La Sífilis Terciaria

La etapa final de la sífilis, en ella la infección se puede dirigir al cerebro (sistema nervioso en general), al corazón, a la piel y a los huesos. Entre los signos y síntomas de la fase terciaria de la sífilis se encuentran la dificultad para coordinar los movimientos musculares, parálisis, ceguera gradual, demencia y muchos otros signos neurológicos que pueden causar la muerte de la persona infectada. (12)

Tamizaje para Sífilis

Examen para detección de sífilis para todas las personas en una población definida. Se realiza en nuestro medio con las pruebas no treponémicas. Los laboratorios son básicos para corroborar el diagnóstico, se cuenta con pruebas no treponémicas que incluyen las de floculación y las de fijación de complemento y las Treponémicas que son más específicas para el diagnóstico. (18)

Pruebas no treponémicas

Incluyen las pruebas de floculación como las de Khan, Mazzini, Kline, la prueba rápida de reagina y la más comúnmente utilizada es el VDRL, en la que se demuestra la presencia de la reagina, efectuando diluciones hasta observar la última muestra en la que exista floculación visible, la interpretación del VDRL puede dar falsos positivos, sobre todo ante infecciones vírales, bacterianas o trepanomatosis no sífilíticas, lupus, paludismo, endocarditis, lepra, mieloma, cáncer, mononucleosis infecciosa, colagenopatías, tuberculosis, abuso de drogas etc. Esta prueba se realiza en sangre pero también se puede efectuar en líquido cefalorraquídeo (LCR), denotándose neurosífilis si es reactiva, particularmente si la titulación es mayor o igual a 1:8. Las pruebas no

treponémicas detectan anticuerpos IgG e IgM frente a cardiolipinas, colesterol y lecitina producidos en los tejidos dañados por el treponema o por otras enfermedades. Por esta razón no son pruebas específicas para *Treponema pallidum*. Las más utilizadas en nuestro medio son VDRL y RPR, que han mostrado ser muy útiles para el diagnóstico temprano y por su relativa fácil ejecución y bajo costo, es conveniente que se usen como pruebas de tamizaje en el primer nivel de atención.(18)

Pruebas treponémicas

Prueba que detectan anticuerpos específicos dirigidos contra antígenos del *Treponema pallidum*. Estas pruebas requieren laboratorio de referencia, personal adiestrado y su realización es compleja, son conocidas como pruebas confirmatorias y las más comunes en nuestro medio son el FTA-AB's y la TPHA, ELISA. El FTA-AB's IgM es una prueba más específica, utiliza inmunofluorescencia indirecta para detectar anticuerpos séricos contra la espiroqueta, esta se efectúa en suero en sífilis primaria y secundaria y en LCR para la terciaria, no es recomendable para evaluar la respuesta al tratamiento, puede ser falsa positiva en individuos con lupus eritematoso sistémico, herpes genital, frambesia, mal del pinto y enfermedad de Lyme, etc. Por último, los estudios de gabinete se deberán realizar en todos los casos de sospecha o confirmación donde se documenta osteocondritis y periostitis localizada en la metafisis de huesos largos en la, en ocasiones las lesiones se extienden a las diáfisis siendo característico se respeten las epífisis, es poco frecuente que se afecten bóveda craneal y en la sífilis tardía se afectan costillas, huesos planos y columna. (18)

Diagnóstico de Sífilis Primaria

Para el diagnóstico de la Sífilis Primaria es requisito acudir al médico quien mediante la observación y examen del material obtenido de un raspado de la lesión (chancro) en un microscopio observara a treponemas causantes de la sífilis. El microscopio que utiliza se llama microscopio de campo oscuro.

También es posible diagnosticar sífilis mediante exámenes de sangre. Existen pruebas llamadas No treponémicas como el RPR (Rapid Plasma Reagina) o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) que permiten encontrar anticuerpos (defensas) producidas por el cuerpo contra el Treponema. Otro examen llamado prueba treponémica FTA Abs (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption) es una forma de confirmar los hallazgos previos; es una prueba que indica que el individuo tuvo o no sífilis. Estas pruebas deben ser indicadas por el médico quien las sabrá interpretar de acuerdo a cada caso en particular. (12)

Sífilis gestacional

Es aquella que se diagnostica en toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y prueba treponémica (incluidas pruebas ya sea treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la 20 semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) durante la presente gestación. Se considera prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva: mayor o igual a 1:8 diluciones o en menores diluciones (0, 1:2, 1:4) con prueba treponémica (FTA.aba o TPHA) positiva. (13)

Sífilis materna

La OPS recomienda la siguiente definición: “Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica de la enfermedad (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no-treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la vigésima semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) para sífilis, durante la presente gestación”. (14)

FACTORES ASOCIADOS A LA ADQUISICIÓN DE LA INFECCIÓN POR LA MADRE

- La infección puede ser transmitida a través del contacto sexual penetrativo de riesgo, es decir, sin uso del condón, con una persona de la cual se desconozca si es o no seropositiva para sífilis
- Contacto sexual penetrativo con un individuo infectado por la sífilis.
- Antecedente de múltiples compañeros sexuales en el pasado o en la actualidad.
- Una enfermedad de transmisión sexual (ETS) de cualquier tipo en la actualidad o en el pasado.
- Consumo de drogas psicoactivas (marihuana, cocaína, heroína, alcohol, etcétera) que disminuyan el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión de las ETS durante la relación sexual.
- Edad entre la adolescencia y la adultez temprana que la hace más susceptible biológica, psicológica y socialmente a adquirir una enfermedad de transmisión sexual.
- Nivel socioeconómico bajo, pues existe un menor nivel de educación sexual, un desconocimiento del riesgo en que se incurre, una limitada capacidad de negociación de la relación sexual, una baja cobertura en los servicios de salud, una mayor incidencia a los abusos y al trabajo sexual, y un menor estatus de la mujer en la familia.(21)

EFFECTOS PROBABLES DE LA SÍFILIS GESTACIONAL

- Aborto espontáneo.
- Mortinato.
- Hidrops no inmune
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Parto prematuro.
- Malformaciones
- Secuelas serias en los niños que nacen vivos
- Muerte perinatal. (20)

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN EL EMBARAZO

Toda mujer embarazada debe ser analizada serológicamente con la prueba de VDRL o RPR: En la primera consulta prenatal. (en el primer trimestre).

Segunda serología: entre las 28 y 32 semanas.

Tercera serología: En el momento del parto.

Eventualmente cuando sea atendida para curetaje por aborto o mortinato. (15)

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR SÍFILIS EN LA GESTANTE Y PUÉRPERA

- ✓ La prueba de RPR o PRS para Sífilis debe solicitarse a toda gestante durante la atención prenatal, el puerperio y a la mujer con diagnóstico de aborto.
- ✓ Se le solicitará un RPR cuantitativo. Diluciones (Dils) iguales o mayores a 8 diluciones son sugerentes de Sífilis activa; resultados menores de 8

diluciones (Dils) son indicativos de una probable Sífilis de memoria inmunológica o de reacción cruzada.

- ✓ Las pruebas confirmatorias para Sífilis (ELISA total, FTA-ABS, TPHA), se realizará a toda gestante o puérpera con prueba de RPR para Sífilis reactivo. De encontrarse recibiendo tratamiento al llegar el resultado confirmatorio negativo, se suspenderá el mismo.

- ✓ El personal de salud realizará la búsqueda activa de las parejas sexuales, reportados por la paciente.(16)

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE LA EMBARAZADA CON SÍFILIS (EN EL PRENATAL, EN EL PARTO O ABORTO)

SÍFILIS PRIMARIA

Caso sospechoso:

Presencia de Úlcera genital en los labios de la vulva, vagina, cuello uterino o recto, con adenopatía inguinal o sin ella, sin historia de vesículas o vesículas presentes. (15)

Caso confirmado:

Caso sospechoso más campo oscuro o inmunofluorescencia directa positiva, ó caso sospechoso más pruebas serológicas no treponémicas: VDRL o RPR Reactiva a partir de 1; 1 o test rápido treponémico reactivo, si se tiene un examen previo NO REACTIVO, o no se tiene ningún examen previo. (15)

SÍFILIS SECUNDARIA

Caso sospechoso:

Presencia de lesiones mucocutáneas, exantema de piel, que aparecen más frecuentemente en palmas de la mano y planta de los pies, pápulas en mucosas genitales (condilomas planos sifilíticos), asociadas o no a manifestaciones generales como decaimiento, fiebre, anorexia, y adenopatías. (15)

Caso Confirmado:

Caso sospechoso más pruebas serológicas no treponémicas: VDRL o RPR. Reactiva (a partir de título 1/1 es considerado reactivo ante un examen previo NO REACTIVO, o en ausencia del mismo). (15)

SÍFILIS LATENTE

Caso sospechoso:

Todo paciente sin signos ni síntomas clínicos de sífilis más:

- Pruebas serológicas no treponémicas VDRL o RPR Reactiva (a partir de 1/1 es considerado reactivo ante un examen previo NO REACTIVO, o en ausencia del mismo). (15)
- Contacto sexual de una persona diagnosticada con Sífilis reciente (últimos 90 días).
- Pruebas treponémicas positivas y no treponémicas anteriormente positivas que presentan aumento de dos diluciones o más en comparación con la última prueba de este tipo. (15)

CLASIFICACIÓN DE LA SÍFILIS LATENTE:

- ✓ **Sífilis Latente Precoz:** < de 1 año.
- ✓ **Sífilis Latente Tardía:** > 1 año o duración desconocida.(15)

Sífilis terciaria: Es aquella que se manifiesta con goma Sifilítico y Sífilis cardiovascular. (15).

NEUROSÍFILIS

Cuando existen evidencias de infección del SNC por T pallidum (pleocitosis > 5 células/mm³ y proteinorraquia > 45 mg/dl), con o sin VDRL reactiva en LCR. (15).

TRATAMIENTO

Gestante con sífilis o probable sífilis

El tratamiento de elección para Sífilis en la gestante es con Penicilina Benzatínica de 2 millones cuatrocientos, vía intramuscular, por dosis semanal durante 3 semanas. Para ser considerado tratamiento adecuado para prevenir Sífilis Congénita la última dosis de Penicilina Benzatínica debe haber sido aplicada a la gestante hasta antes de 4 semanas previas al parto.

El manejo de las puérperas y mujeres con diagnóstico de aborto se hará con el mismo esquema de tratamiento de la gestante.

Toda gestante o puérpera con diagnóstico de Sífilis debe recibir información en ITS, que incluya las 4C (Consejería, búsqueda de Contactos, entrega de Condones y Cumplimiento de tratamiento).

El establecimiento de salud hará lo necesario para identificar, contactar y tratar a la/s pareja/s sexual/es de la gestante, mujer con aborto y puérpera con Sífilis es obligatoria, para asegurar el éxito de la terapia de prevención y evitar la reinfección. (16)

TRATAMIENTO DE LA PAREJA

- La pareja sexual debe recibir tratamiento completo con Penicilina Benzatínica 2,4 millones UI vía intramuscular, 1 ampolla semanal durante 3 semanas de manera gratuita en todos los establecimientos del Ministerio de Salud y de las DISA/DIRESA/GERESA.
- Si existe la información de alergia a la penicilina en el caso de la pareja, se puede ofrecer tratamiento alternativo con Eritromicina 500 mg c/8horas vía oral por 14 días o Ceftriaxona 2 g. IM en dosis única, de manera gratuita en todos los establecimientos del Ministerio de Salud y de las DISA/DIRESA/GERESA .
- Es importante evitar la reinfección, por lo que se indicará en la gestante y su pareja el uso del condón (masculino o femenino). Esta indicación es muy importante para la gestante con Sífilis si no es posible contactar y tratar a la pareja o parejas, para prevenir la reinfección durante la gestación.(16)

SEGUIMIENTO

- El seguimiento con pruebas de laboratorio RPR cuantitativo a la gestante es periódico (cada 03 meses) durante el embarazo y luego cada 06 meses luego del parto hasta dos años después.
- El RPR cuantitativo se solicita para el seguimiento de la gestante con Sífilis o probable Sífilis y se expresa en diluciones (Dils). Valores mayores o iguales a 8 diluciones en la gestante suelen ser indicativos de Sífilis activa. Luego del tratamiento las diluciones tienden a disminuir progresivamente variando individualmente (algunos permanecen con valores mínimos que pueden permanecer durante toda la vida), éste es un importante criterio indicativo de la respuesta efectiva al tratamiento, por ello resulta importante el seguimiento y el monitoreo con esta prueba.

- A toda puérpera inmediata y a su recién nacido se solicitará prueba de RPR cuantitativo para definir caso de Sífilis Congénita.
- Evaluaciones mensuales al recién nacido de madre con Sífilis o probable Sífilis durante el primer año de vida: realizar VDRL/RPR al 3er, 6to y 12 meses de edad, o hasta lograr la negativización. Ante la elevación de los títulos serológicos se debe reevaluar el caso.
- No se requieren hacer pruebas de diagnóstico de Sífilis para iniciar tratamiento de la pareja o parejas sexuales de la gestante con Sífilis o probable Sífilis.(16)

Sífilis congénita

Es una infección multisistémica causada por el germen *Treponema pallidum* y transmitida al feto a través de la placenta. (17).

Producto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, independientemente que el recién nacido presente o no signos de enfermedad y del resultado de las pruebas no treponémicas del recién nacido. (22)

Manifestaciones clínicas de Sífilis congénita

Periodo perinatal (sífilis precoz)

• Manifestaciones fetales:

RCIU

Hepatoesplenomegalia

Intestino ecogénico

Hidrops

Muerte fetal (aborto o mortinato > 50%).

- Recién nacido asintomáticos (60% de los RN).
- Prematuridad.

- Presentación Multisistémica:
 - Anemia
 - Fiebre
 - Sepsis
 - Ictericia
 - Hepatomegalia
 - Esplenomegalia
 - Rash maculo papular generalizado
 - Pénfigo sífilico
 - Olígosintomática: rinorrea serosa. (23)

DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

Se considera caso de Sífilis Congénita a:

Toda recién nacida o nacido, óbito fetal o aborto espontáneo, cuya madre tiene diagnóstico o sospecha de Sífilis y presenta una o más de las siguientes condiciones:

- No recibió tratamiento con penicilina durante el embarazo.
- No recibió tratamiento completo de tres dosis 2'400,000 UI IM por semana por tres semanas.
- La última dosis la recibió dentro de las cuatro semanas previas al parto.

Toda recién nacida o nacido con títulos de RPR cuantitativo cuatro veces más altos que los títulos maternos (equivalente a dos diluciones). Ejemplo: madre 4 Dils/recién nacida o nacido 16 Dils.

- Toda recién nacida o nacido de madre con diagnóstico o sospecha de sífilis que presenta manifestaciones clínicas sugerentes de sífilis congénita al nacimiento, independiente del tratamiento recibido.

- Producto de la gestación con evidencia de infección por *Treponema pallidum* en estudios histológicos o visualización en campo oscuro de lesiones del *Treponema*.
- En toda recién nacida o nacido en el que se desconozca o no se disponga del estado serológico para Sífilis de la madre, se realizará una prueba de RPR para Sífilis. Si el resultado es reactivo se considerará neonato con Sífilis Congénita hasta obtener el resultado de la madre y la historia de tratamiento durante la gestación.(16)

TRATAMIENTO

Tratamiento a la recién nacida o nacido con sífilis congénita

- 1) De preferencia los casos de recién nacida o nacido con diagnóstico de Sífilis congénita tienen que ser manejados en un establecimiento que cuente con médico pediatra o profesional médico capacitado para el tratamiento endovenoso con Penicilina G Sódica en hospitalización, de no ser posible derivar a un establecimiento de mayor complejidad.
- 2) Si el establecimiento de salud no cuenta con profesional médico capacitado para manejo de Penicilina G Sódica endovenosa, iniciar tratamiento en el recién nacido con Penicilina G Procaínica 50,000 UI/kg/dosis vía intramuscular cada 24 horas, y derivar al recién nacido/a a un establecimiento de mayor complejidad para el manejo adecuado.
- 3) Con fines de establecer el tratamiento en el Recién Nacido para prevenir la transmisión de Sífilis, se definen 4 escenarios:

Escenario 1 (sif-e1):

Lactantes con diagnóstico de sífilis comprobado o muy probable.

Escenario 2 (sif-e2):

Recién nacido o lactante con diagnóstico de neurosífilis comprobado o muy probable.

Escenario 3 (sif-e3):

Recién nacido o lactante con examen físico normal y título serológico cuantitativo no treponémico igual o menor a 4 veces el título de la madre.

Escenario 4 (sif-e4):

Recién nacido o lactante con madre adecuadamente tratada y título serológico cuantitativo no treponémico igual o menor a 4 veces el título de la madre.

ESCENARIOS

ESCENARIO 1 (SIF-E1): Lactantes con diagnóstico de Sífilis comprobado o muy probable

- a. Examen físico anormal compatible con Sífilis Congénita.
- b. Título serológico cuantitativo no treponémico que es 4 veces mayor que el de la madre.
- c. Test de anticuerpos IgM o examen de campo oscuro de fluidos corporales positivo.
- d. Se debe descartar neurosífilis, de ser positivo pasar al escenario 2

Evaluación recomendada:

- Análisis de líquido cefalorraquídeo para citobioquímico y VDRL.
- Hemograma y' recuento de plaquetas.
- Radiografía de huesos largos

- Radiografía de tórax si hay sintomatología respiratoria.

Tratamiento recomendado:

- La duración de tratamiento es de 10 días.
- Penicilina G Sódica 50,000 UI/kg/dosis vía endovenosa cada 12 horas para recién nacidos hasta los 7 días de vida; luego se modificará la dosis diaria a Penicilina G Sódica 50,000 UI/kg/dosis vía endovenosa cada 8 horas para recién nacidos mayores de 7 días de vida hasta completar su tratamiento.

Tratamiento alternativo:

- En caso de no tener acceso endovenoso puede usarse Penicilina G Procaínica 50,000 UI/Kg vía intramuscular cada 24 horas por 10 días.

Seguimiento:

- a. Evaluaciones mensuales durante el primer año de vida.
- b. Realizar pruebas de VDRL / RPR para Sífilis al 3er, 6to y 12 meses de edad, o hasta lograr la negativización.
 - c. Ante la elevación de los títulos serológicos reevaluar el caso.
- d. Se recomienda evaluación oftalmológica, neurológica y auditiva semestral.

ESCENARIO 2 (SIF-E2):

Recién nacido o lactante con diagnóstico de neurosífilis comprobado o muy probable

- a. Examen físico anormal y evaluaciones de laboratorio realizadas en el Escenario 1 (SIF-E1) compatibles con Sífilis Congénita.
- b. Título serológico cuantitativo no treponémica que es 4 veces mayor que el de la madre.
- c. Estudio de Líquido cefalorraquídeo que presenta:

- recuento de células mayor de 25 leucocitos/mm³.
- proteínas mayores a 100 mg/dl. c. VDRL reactivo.

TRATAMIENTO RECOMENDADO:

- La duración del tratamiento es de 14 días.
- Penicilina G Sódica 50,000 UI/kg vía endovenosa cada 12 horas para recién nacidos menores de 7 días de vida, se modificará la dosis diaria de Penicilina G Sódica a 50,000 UI/kg vía endovenosa cada 8 horas para recién nacidos mayores de 7 días de vida, hasta completar su tratamiento.

Seguimiento:

- Estudio de LCR cada 6 meses hasta obtener valores normales para la edad.

ESCENARIO 3 (SIF-E3):

Recién nacido o lactante con examen físico normal y título serológico cuantitativo no treponémico igual o menor a 4 veces el título de la madre

- a. Madre no tratada o inadecuadamente tratada.
- b. Madre fue tratada con eritromicina u otro régimen diferente a la penicilina.
- c. Madre recibió tratamiento en el último mes antes del parto.
- d. La madre tuvo Sífilis temprana y tiene un título no treponémico que no decrece o aumenta.
- e. Test de anticuerpos IgM o examen de campo oscuro de fluidos corporales positivo en el recién nacido.

Evaluación recomendada:

1. Análisis de líquido cefalorraquídeo para citobioquímica y VDRL.
2. Hemograma y recuento de plaquetas.
3. Radiografía de huesos largos.

Tratamiento recomendado:

- Si el examen físico y/o los estudios de laboratorio muestran anomalías o por razones técnicas no es posible realizar el estudio de laboratorio, considerar el diagnóstico de Sífilis Congénita y dar tratamiento como en el escenario 1 (SIFEI).
- Si el examen físico y los estudios de laboratorio son normales y se puede asegurar seguimiento, entonces el lactante no tiene Sífilis Congénita pero se considera potencialmente expuesto a *Treponema pallidum* y debe recibir: Penicilina Benzatínica 50,000 UI/kg en dosis única intramuscular.

Seguimiento:

- a. Evaluaciones mensuales durante el primer año de vida.
- b. Realizar VDRL/RPR al 3er, 6to y 12 meses de edad, o hasta lograr la negativización.
- c. Ante la elevación de los títulos serológicos reevaluar el caso.

ESCENARIO 4 (SIF-E4):

Recién nacido o lactante con madre adecuadamente tratada y título serológico cuantitativo no treponémico igual o menor a 4 veces el título de la madre.

- a. Madre con tratamiento completo y adecuado durante la gestación.
- b. Madre recibió tratamiento antes del último mes previo al parto.
- c. Madre cuyos títulos serológicos disminuyen adecuadamente después del tratamiento.
- d. Madre con títulos que desde un inicio fueron y permanecieron bajos durante todo el embarazo (2 ó 4 Dils).
- e. Madre no tiene evidencias de reinfección.

Evaluación recomendada:

- No es necesario referir al niño a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.
- Seguimiento periódico al niño.

Tratamiento recomendado:

- Ninguno.
- Si no es posible hacer seguimiento al niño, aplicar Penicilina Benzatínica 50,000 UI/kg. vía intramuscular como dosis única.(16)

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:**Gestante**

Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

Sífilis

Es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual, causada por la espiroqueta llamada *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas.

Sífilis primaria

Es la primera etapa, en donde aparece una o más úlceras a predominio genital que no son dolorosas llamadas chancros.

Sífilis secundaria

Se presenta de 2 a 8 semanas después de la aparición de las primeras úlceras.

Sífilis terciaria

La etapa final de la sífilis, en ella la infección se puede dirigir al cerebro (sistema nervioso en general), al corazón, a la piel y a los huesos.

Sífilis latente

La sífilis latente se caracteriza por una serología positiva sin síntomas ni signos.

Sífilis gestacional

Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y prueba treponémica (incluidas pruebas ya sea treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la 20 semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) durante la presente gestación.

Sífilis congénita

La sífilis congénita es una infección multisistémica causada por el germen *Treponema pallidum* y transmitida al feto a través de la placenta.

Diagnóstico

Son el o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto.

Embarazo

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto.

VDRL O DILS

Es una prueba realizada para el diagnóstico de la sífilis, pero dicha prueba siempre debe ir acompañada de la clínica (síntomas y signos) del paciente para llegar a un diagnóstico claro y así dar un tratamiento. En medicina ninguna prueba puede interpretarse de forma aislada y sin poder observar la evolución

de los pacientes. La prueba de VDRL con 0 diluciones significa que en dicha muestra no se encontraron antígenos de sífilis que reaccionaran contra los anticuerpos usados en la muestra.

La prueba de RPR

La prueba de reagina plasmática rápida (RPR) es un análisis de sangre que busca anticuerpos contra sífilis.

Serología

Es el estudio que permite comprobar la presencia de anticuerpos en la sangre.

Consulta prenatal

En cuanto sospeches que estás embarazada acude al IMSS con tu médico familiar o médico tratante de elección, para que inicien juntos el cuidado de tu embarazo.

Infección

Es la invasión de un anfitrión por un microorganismo patógeno, su multiplicación en los tejidos y la reacción del anfitrión a su presencia y a la de sus posibles toxinas.

Diluciones

Es la reducción de la concentración de una sustancia química en una disolución consiste en rebajar la cantidad de soluto por unidad de volumen de disolución.

Reacción cruzada

Reacción que se establece entre un determinante antigénico y el anticuerpo específico para otro antígeno

Caso sospechoso

Paciente que cumple con la definición de caso

Caso confirmatorio

El que cumpla la definición de caso y haya sido confirmado por el laboratorio.

Lesión

Daño corporal sufrido por un golpe o enfermedad sufrir una lesión grave

Adenopatía

Enfermedad de las glándulas, en especial de los ganglios linfáticos.

Aumento de tamaño de un ganglio linfático.

Neurosifilis

Es una infección bacteriana del cerebro o de la médula espinal. Ocurre por lo general en personas que han tenido sífilis sin tratamiento durante muchos años.

Transmisión vertical

Es la transmisión de una infección u otra enfermedad de la madre a su hijo que puede ser antes del nacimiento (congénita), durante el parto (perinatal) y después del parto (neonatal).

Tratamiento

Es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo.

Reinfección o recurrencia

La titulación de VDRL o RPR se incrementa 4 ó más veces, después de tres meses de haber completado el tratamiento, con respecto a la titulación al hacer el diagnóstico (ejemplo de 1:4 a 1:16; ó 1:8 a 1:32; ó de 1:16 a 1:64).

ELISA para sífilis.

Ensayo inmunoenzimático para sífilis. Prueba que detecta anticuerpos contra el Treponema Pallidum.

FTA Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption)

Prueba de absorción de anticuerpos fluorescentes del treponema.

Gestante con probable Sífilis:

Gestante con resultado reactivo para Sífilis con prueba rápida treponémica para Sífilis (PRS) o Prueba Rápida de Reagina Plasmática (RPR)

Gestante con Sífilis:

Gestante con prueba rápida de Reagina Plasmática (RPR) cuantitativo mayor o igual de 8 diluciones y con prueba confirmatoria (FTA Abs, TPHA, TPPA, WB, LIA) positiva.

Mujer con aborto espontáneo y Sífilis

Mujer que acude con aborto y tiene una prueba reactiva/positiva para Sífilis.

Pareja/s de gestante con probable Sífilis

Esta referida a la(s) pareja(s) sexual/es de la gestante reactiva a Sífilis, las cuales requieren tratamiento.

Prevención de la Transmisión Vertical de la Sífilis Congénita

Se refiere a la aplicación completa de las 03 dosis de penicilina benzatínica durante el embarazo para disminuir la transmisión madre-niño del Treponema pallidum.

Puérpera con probable Sífilis

- a. Presenta por primera vez un resultado reactivo para Sífilis en el momento del puerperio.
- b. Durante el embarazo presentó un resultado reactivo para Sífilis y no recibió tratamiento o éste fue incompleto (si la mujer no recibe las tres dosis indicadas de penicilina benzatínica, o si la última dosis la recibe dentro de los 28 días antes del parto)

Transmisión vertical de la Sífilis

Pasaje del *Treponema pallidum* de la madre al niño/a durante la gestación.

Prueba Rápida para Sífilis

Es una prueba inmunocromatográfica que usa antígenos recombinantes treponémicos para detectar anticuerpos. La prueba rápida para sífilis, es simple, no requiere equipos y no requiere refrigeración. Los resultados se obtienen antes de los 30 minutos.

RPR (Rapid Plasma Reagin)

Prueba Rápida de Reagina Plasmática, es una prueba para el tamizaje de sífilis de tipo no treponémica.

TPHA (*Treponema pallidum* Hemagglutination) Hemaglutinación del *Treponema pallidum*.

Es una prueba de tipo treponémica, de alta especificidad para el diagnóstico de Sífilis.

TPPA (*Treponema pallidum* particle agglutination) Aglutinación de partículas del *Treponema Pallidum*. Es una prueba de tipo treponémica que ayuda a resolver discrepancias entre pruebas treponémicas y no treponémicas.

VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

Prueba de laboratorio para Enfermedades Venéreas. Prueba para el tamizaje de sífilis.

WB para *Treponema Pallidum* (Western blot para *Treponema Pallidum*).
Llamada también Inmunoblot para *Treponema Pallidum*.

Es una técnica utilizada para confirmar los anticuerpos detectados anteriormente en alguna prueba de tamizaje.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

TABLA N° 01

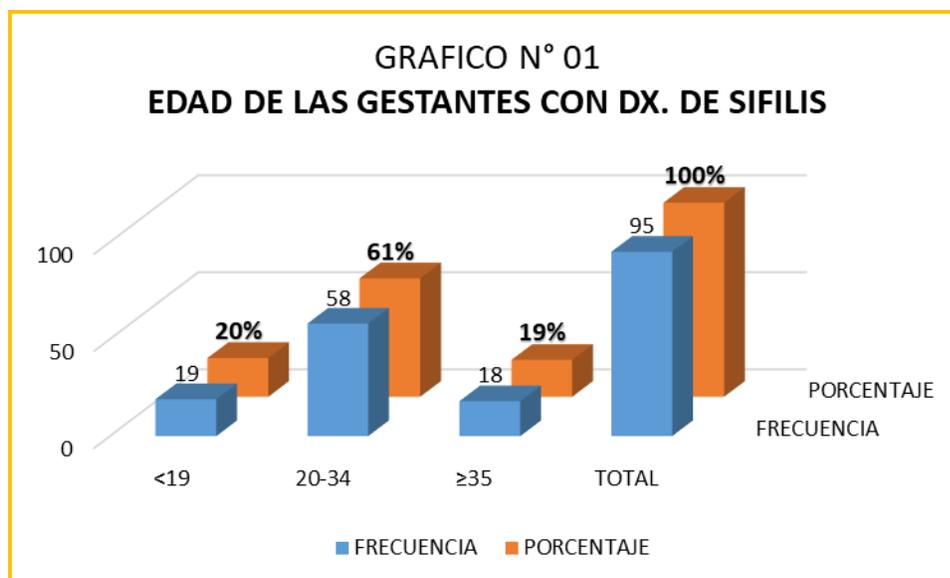
**EDAD DE LAS GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014-2017**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<19	19	20
20-34	58	61
≥35	18	19
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N° 01, se observa que el 61% de las gestantes en estudio se encuentran en el rango de edades de 20-34 años y el 20% corresponde a población adolescente.

Contrastando con el estudio de Bayron E. 2011, cuyo Objetivo fue: Determinar la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a la APN en el Hospital Isidro Ayola 2010-2011, encontró que la mayoría de mujeres que presentaron sífilis se encontraron en las edades de 19-24 años y menor porcentaje en adolescente, estos resultados se muestran distintos a nuestros hallazgos.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

TABLA N° 02

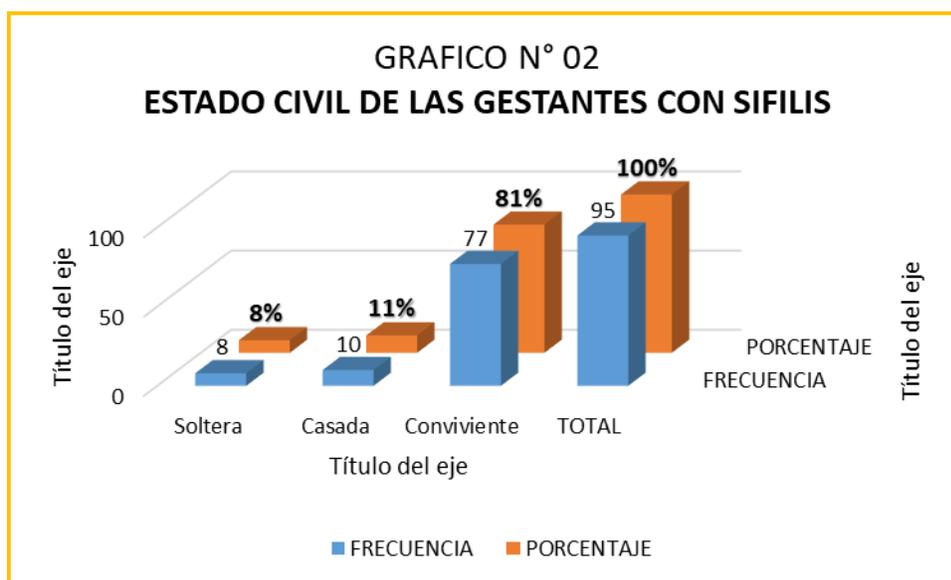
**ESTADO DE LAS GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL
PERIODO 2014-2017**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	8	8
Casada	10	11
Conviviente	77	81
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANÁLISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°02, se observa que el 81% de las gestantes con sífilis se encontraron en el estado civil de convivencia, el 11% el estado civil de casadas.

Contrastando con el estudio de Bayron E. 2011, cuyo Objetivo fue: Determinar la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a la APN en el Hospital Isidro Ayola 2010-2011, encontró que las solteras o las que conviven en unión libre presentaron mayor tasa de sífilis en comparación con el estado civil de casadas, estos resultados coinciden plenamente con nuestros hallazgos.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

TABLA N° 03

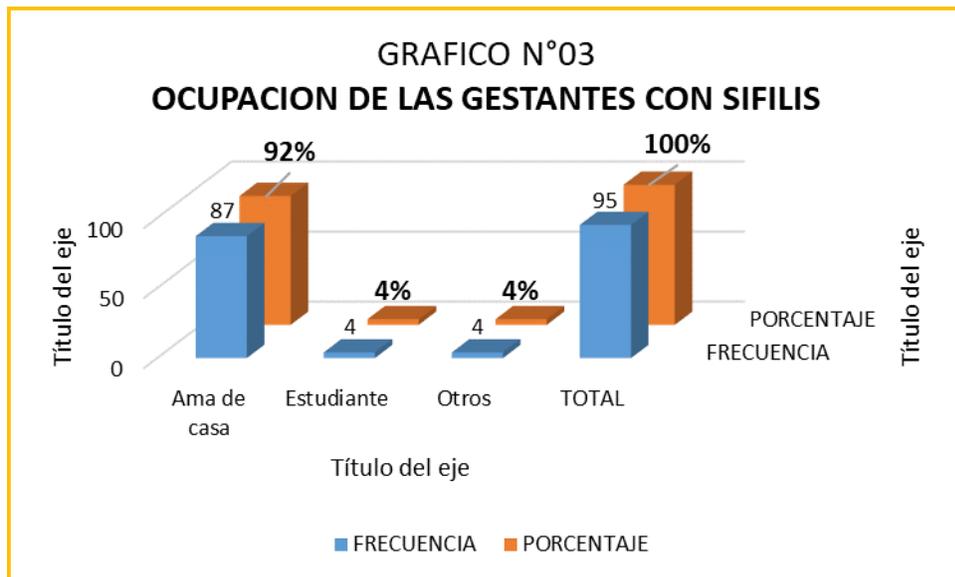
OCUPACION DE LAS GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO 2014-2017

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	87	92
Estudiante	4	4
Otros	4	4
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANÁLISIS E INTERPRETACION: En la tabla y grafico N°03 se observa que el 92% de las gestantes con sífilis en estudio fueron amas de casa, el 4% estudiante y otras ocupaciones respectivamente.

Contrastando con el estudio de Aguilar R. cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo de la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013, encontrando que el 93.5% fueron amas de casa, siendo estos resultados similares a lo encontrado en nuestro estudio.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

TABLA N° 04

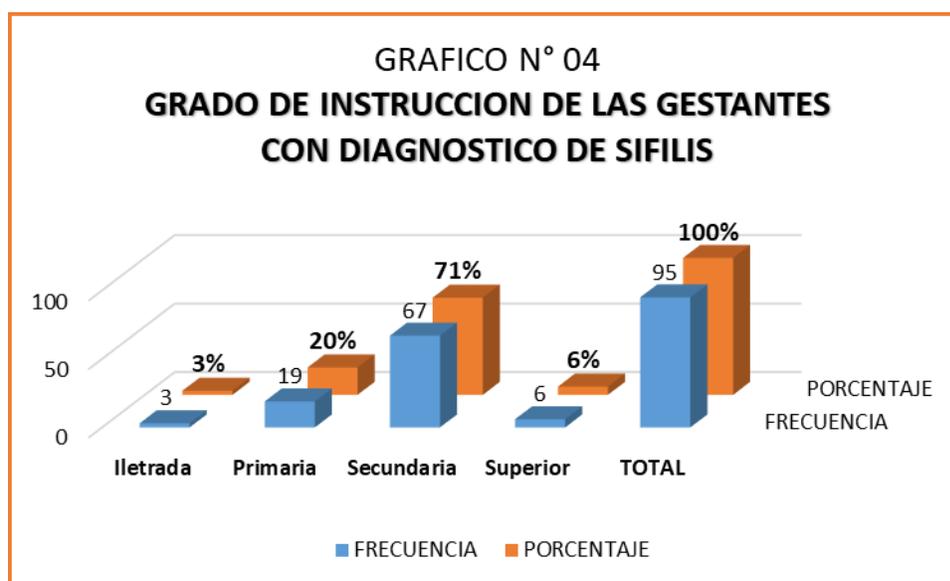
**GRADO DE INSTRUCCION DE LAS GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO
EN EL PERIODO 2014-2017**

GRDO DE INSTRUCCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Iletrada	3	3
Primaria	19	20
Secundaria	67	71
Superior	6	6
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°04 se observa que el 71% de las pacientes en estudio tuvieron el grado de instrucción de secundaria, y un 23% fueron entre iletradas y con educación de nivel primaria respectivamente.

Contrastando con el estudio realizado por Aguilar R. cuyo objetivo fue: determinar los factores de riesgo de la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013, encontrando que el 48.4% del total de las gestantes culminaron la secundaria; estos hallazgos tienen cierta similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

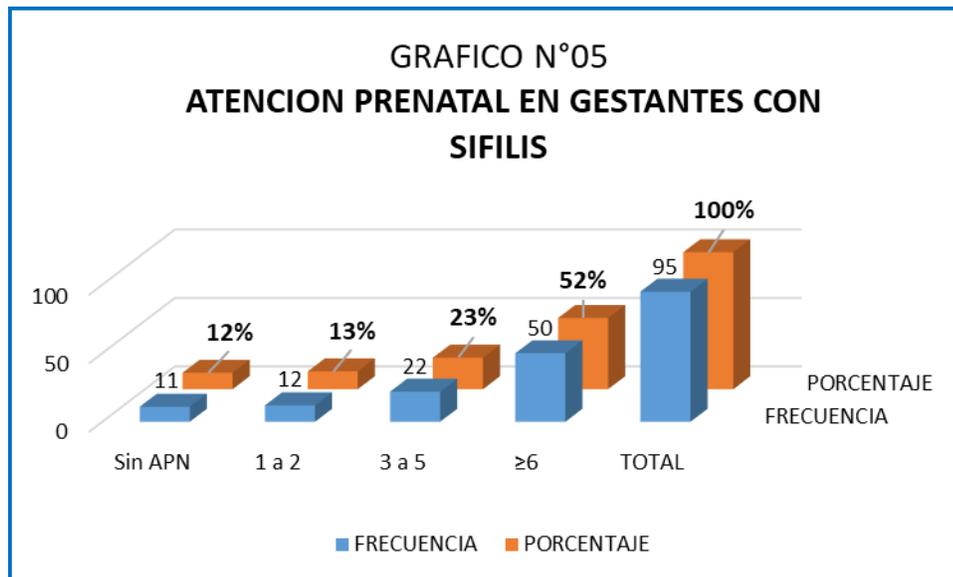
TABLA N° 05
NUMERO DE ATENCIONES PRE NATAL EN GESTANTES CON SIFILIS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO
PERIODO 2014-2017

N° DE APN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin APN	11	12
1-2	12	13
3-5	22	23
≥6	50	52
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISI E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N° 05 se observa que el 52% de las gestantes con sífilis, tuvieron mayor o igual a 6 Atenciones Pre Natales, el 12% no tuvieron ninguna Atención Pre Natal, lo que pone en riesgo al recién nacido y a la madre en muchos aspecto de su salud.

Concepcion A.,Realizó estudio en el que notificó, En 2010, 240 casos de sífilis gestacional e inició una agresiva estrategia para controlar esta enfermedad de interés en salud pública; este estudio realizó un comparativo del comportamiento de sífilis gestacional



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

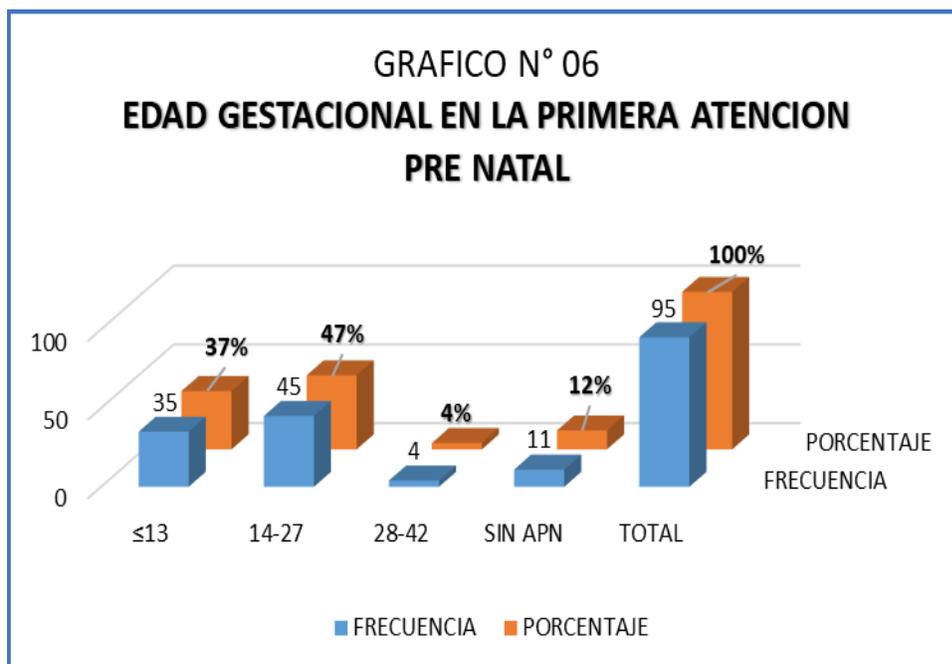
TABLA N° 06

SEMANAS DE EMBARAZO DE LAS GESTANTE AL ACUDIR A LA PRIMERA ATENCION PRE NATAL EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014-2017

SEMANAS DE EMBARAZO EN LA PRIMERA APN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤13	35	37
14-27	45	47
28-42	4	4
Sin APN	11	12
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y grafico N° 06 se observa que el 37% de las gestantes iniciaron la APN en el primer trimestre de embarazo, el 47% lo hicieron entre las semanas 14-27.



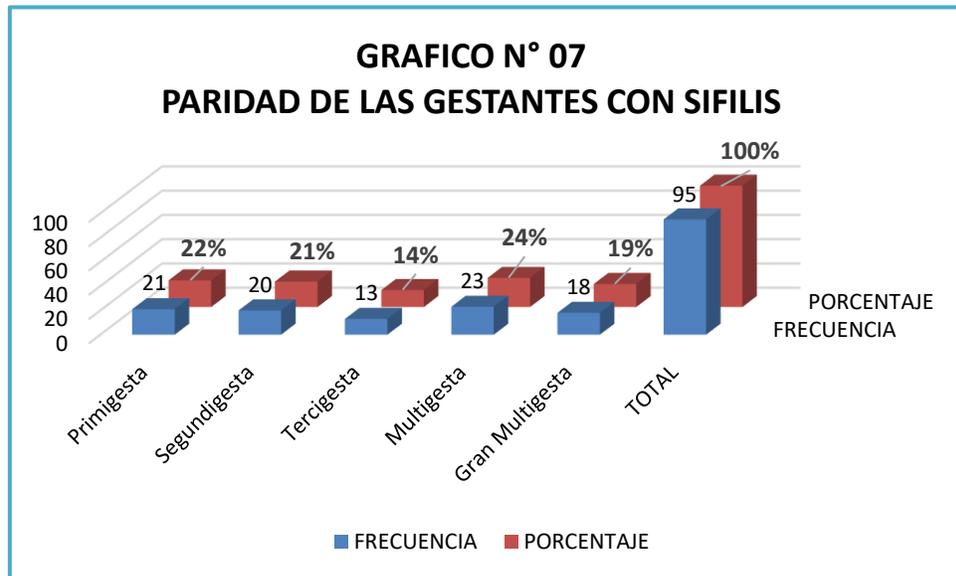
Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

TABLA N° 07
PARIDAD DE LAS GESTANTE CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2014-2017

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	21	22
Segundigesta	20	21
Tercigesta	13	14
Multigesta	23	24
Gran Multigesta	18	19
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla N°07 se observa que el 22% de las gestantes con diagnóstico de sífilis fueron primigestas y el 43% multigestas y gran multigestas respectivamente.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

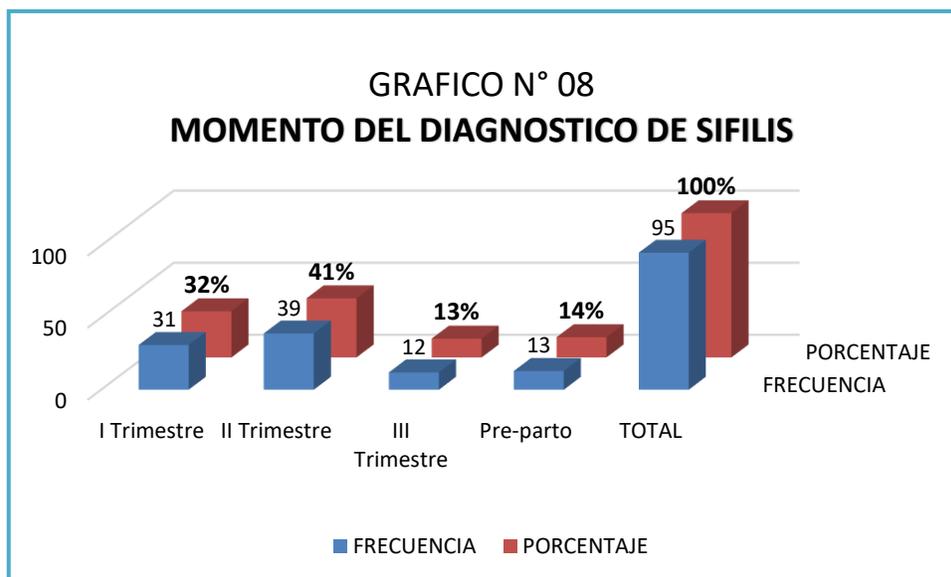
TABLA N° 08
MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE SIFILIS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO
PERIODO 2014-2017

MOMENTO DEL DX. DE SIFILIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I Trimestre	31	32
II Trimestre	39	41
III Trimestre	12	13
Pre-parto	13	14
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N° 8 observamos que el 73% de las gestantes en estudio el diagnóstico de sífilis se dio entre el I –II trimestre de gestación y el 27% entre el tercer trimestre y el pre-parto.

Contrastando el estudio de Aguilar R. cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo de la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013., encontrando que el 67.7% de los casos el diagnóstico de sífilis se dio en el puerperio inmediato; estos resultados difieren con nuestros hallazgos.



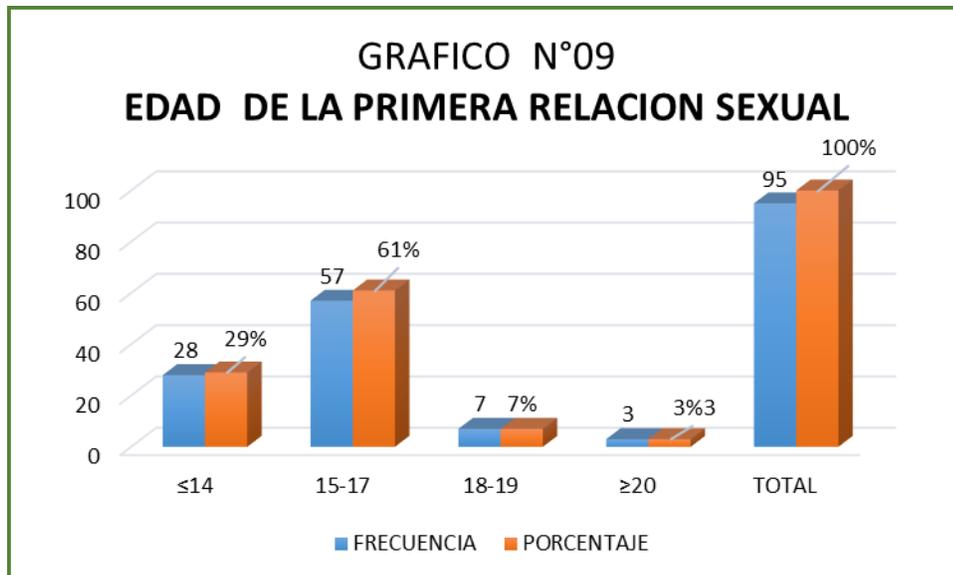
Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

TABLA N° 09
EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LAS GESTANES CON
DIAGNOSTICO DE SIFILIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO
PERIODO 2014-2017

EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤14	28	29
15-17	57	61
18-19	7	7
≥20	3	3
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y grafico N° 09 se observa que el 97% de las gestantes con sífilis iniciaron relaciones sexuales cuando aún eran adolescentes, lo que potencializa el riesgo de una ITS, solo el 3% iniciaron a la edad de 20 a más años.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

TABLA N° 10

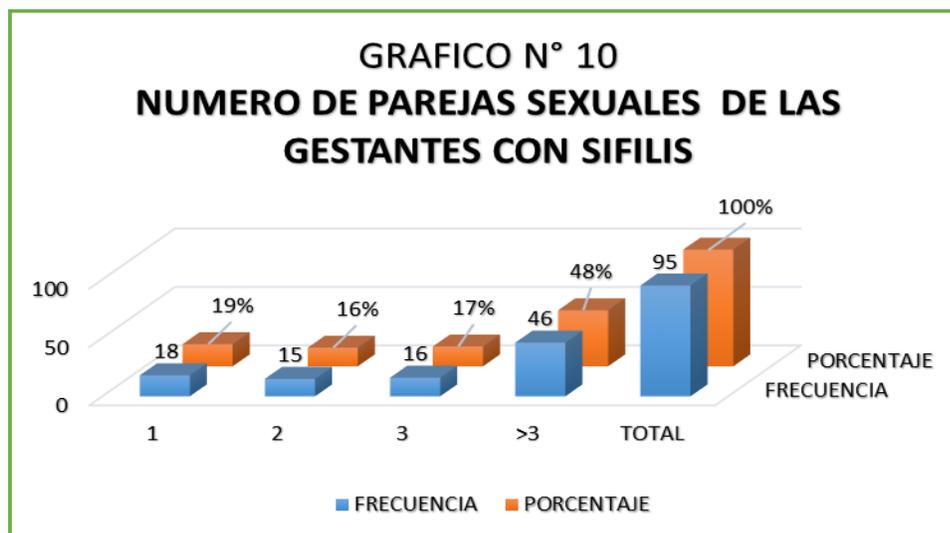
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2014-2017

N° DE PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	18	19
2	15	16
3	16	17
>3	46	48
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y grafico N° 10 se observa que el 81% de las gestantes tuvieron más de una pareja sexual, lo que incrementa el riesgo de otras ITS.

Contrastando con el estudio de Aguilar R. cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo de la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013, encontró que las gestantes en estudio el 69.4% tuvieron entre 2-3 parejas sexuales (incluida el actual), estos resultados tienen similitud con lo encontrado en nuestra investigación.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

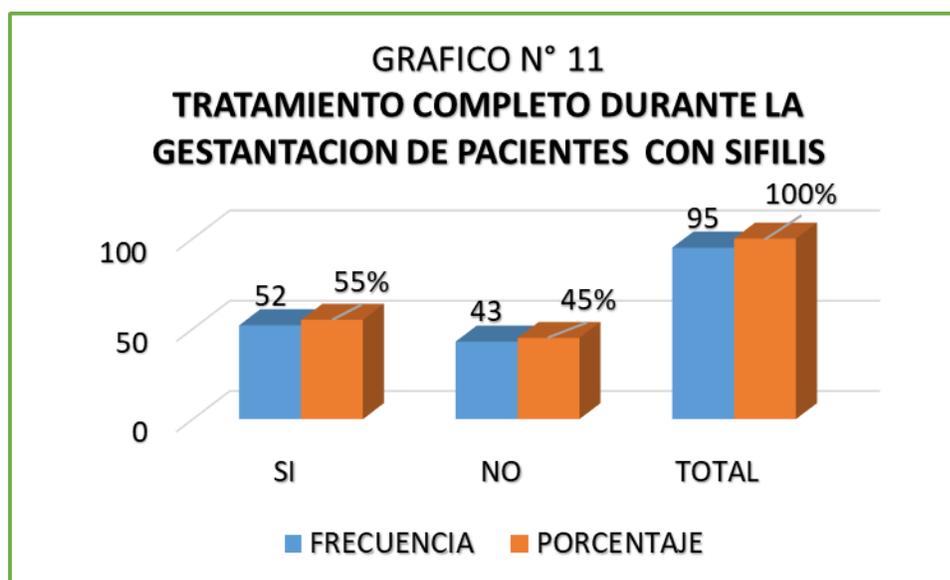
TABLA N° 11

RECIBE TRATAMIENTO COMPLETO DURANTE LA GESTACION LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014-2017

RECIBE TTO. COMPLETO DURANTE LA GESTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	52	55
No	43	45
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N° 11 observamos que el 55% de las gestantes en estudio recibió tratamiento completo para sífilis según normas establecidas durante la gestación, a diferencia de un 45% que no lo recibió.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

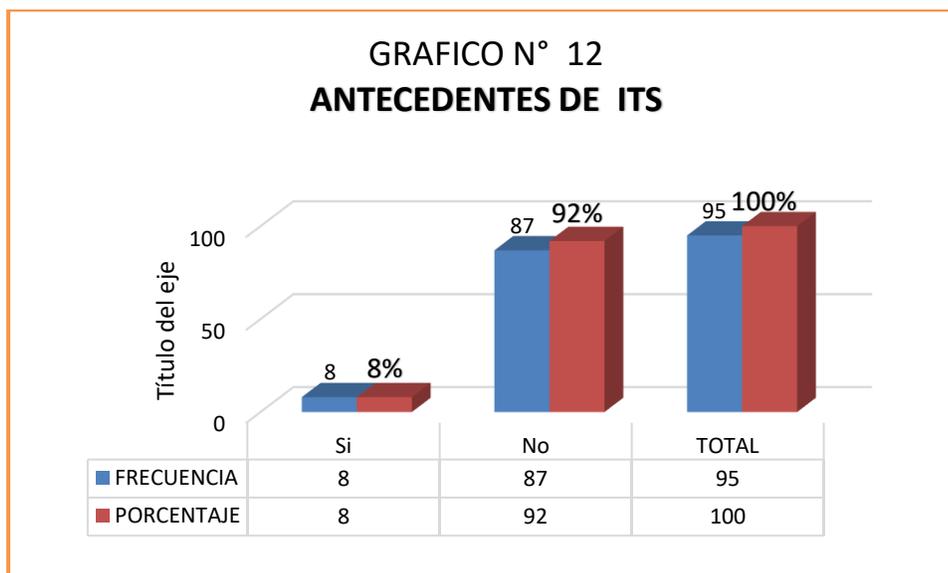
TABLA N° 12
ANTECEDENTES DE ITS DE LAS GESTACION CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014-2018

ANTECEDENTES DE ITS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	8	8
No	87	92
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 12 se observa que el 92% de las gestantes en estudio no tuvieron antecedentes de ITS antes de la actual gestación, a diferencia de un 8% quienes si presentaron infecciones de transmisión sexual.

Contrastando con el estudio realizado por Aguilar R, cuyo objetivo fue: determinar los factores de riesgo de la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013, encontró que el 30.6% de la población en estudio tuvo antecedente de ITS, estos resultados difieren con lo nuestro siendo un porcentaje mayor a lo encontrado en nuestros hallazgos.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

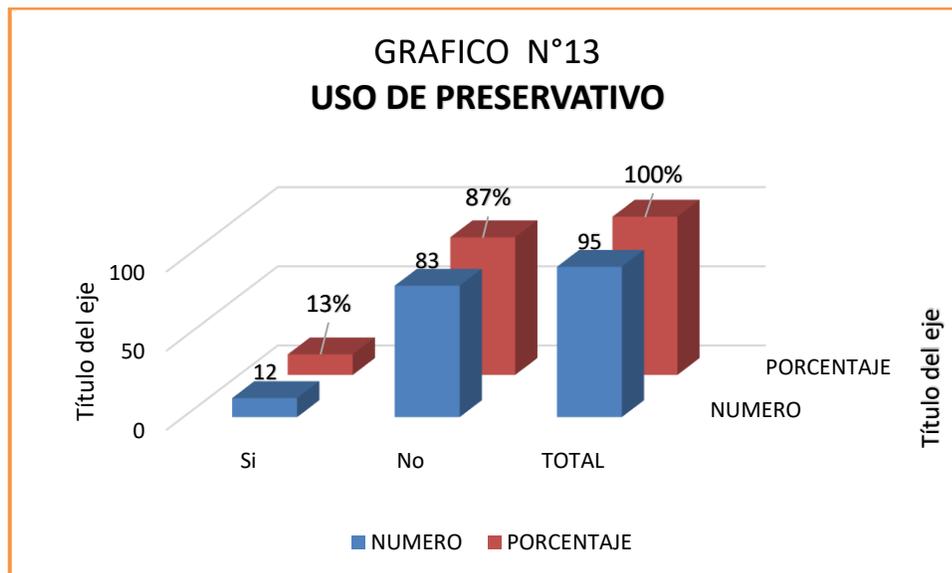
TABLA N° 13
USO DE PRESERVATIVO EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO
PERIODO 2014-2017

USO DE PRESERVATIVO EN GESTANTE CON SIFILIS	NUMERO	PORCENTAJE
Si	12	13
No	83	87
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y grafico N° 13 se observa que, el 13% de las pacientes en estudio hicieron uso del preservativo durante la gestación con la finalidad de evitar la reinfección, a diferencia de un 87% quienes no utilizaron método de protección.

Contrastando con el estudio de Aguilar R. cuyo objetivo fue: determinar los factores de riesgo de la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013, encontró que el 74.2% de las gestantes nunca utilizó preservativo, este resultado difiere con nuestros hallazgos donde se observa que un cierto porcentaje de gestantes sí lo utilizaron.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

TABLA N° 14

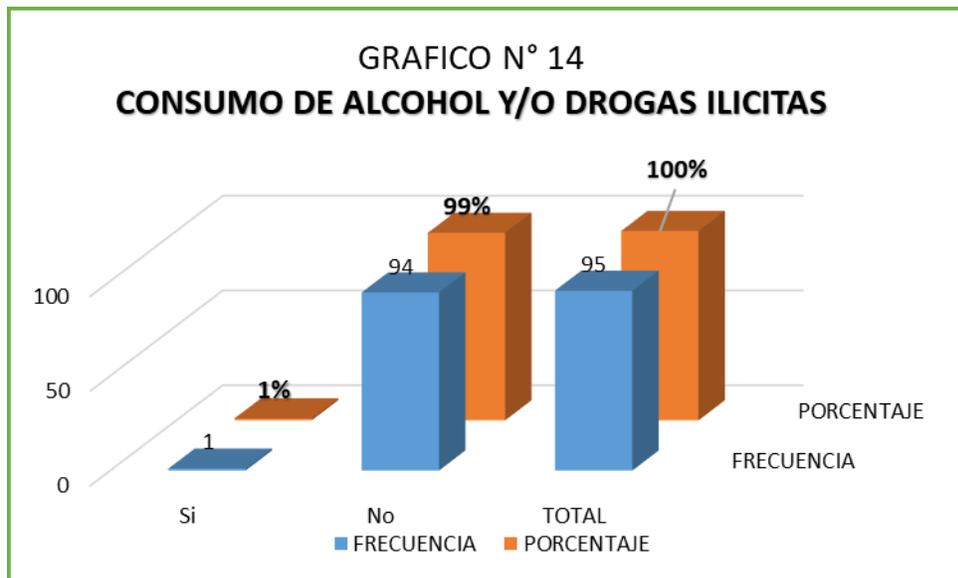
CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS ILICITAS EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2014-2017

CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS ILICITAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	1	1
No	94	99
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N° 14 observamos que solo el 1% de las gestantes con diagnóstico de sífilis, consumían alcohol y/o drogas ilícitas a diferencia de un 99% que no tuvieron estos hábitos nocivos.

Contrastando con el estudio de Aguilar R. cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo de la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013, encontró que el 32.3% de ellas consumió algún alucinógeno (alcohol, droga, tabaco, y otros) antes y durante la gestación; estos resultados difieren con nuestros hallazgos.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

TABLA N° 15

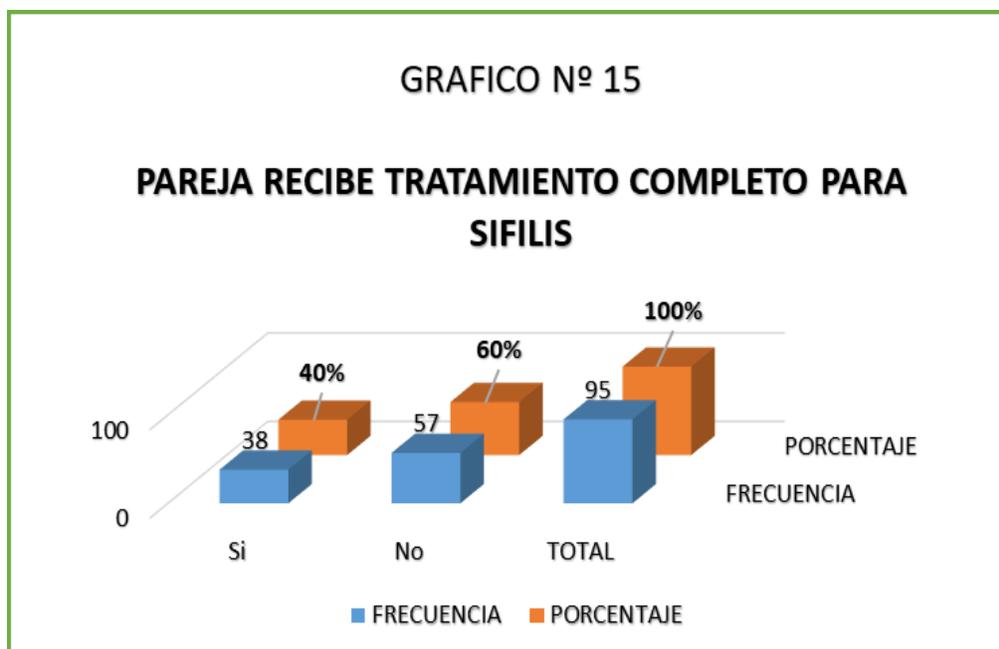
PAREJA DE GESTANTES RECIBE TRATAMIENTO COMPLETO PARA SIFILIS HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014-2017

PAREJA RECIBE TTO. COMPLETO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	38	40
No	57	60
TOTAL	95	100

Fue Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N° 15 observamos que el 40% de las parejas de las gestantes con sífilis recibió tratamiento completo, a diferencia del 60% que no lo hizo, siendo este factor de riesgo para una reinfección para la gestante.

Contrastando con el estudio de Bayron E. 2011, cuyo Objetivo fue: Determinar la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a la APN en el Hospital Isidro Ayola 2010-2011, encontró que en esta unidad de salud tanto la usuaria como su pareja reciben tratamiento, evitando una reinfección, estos hallazgos tienen cierta coincidencia con nuestro estudio.



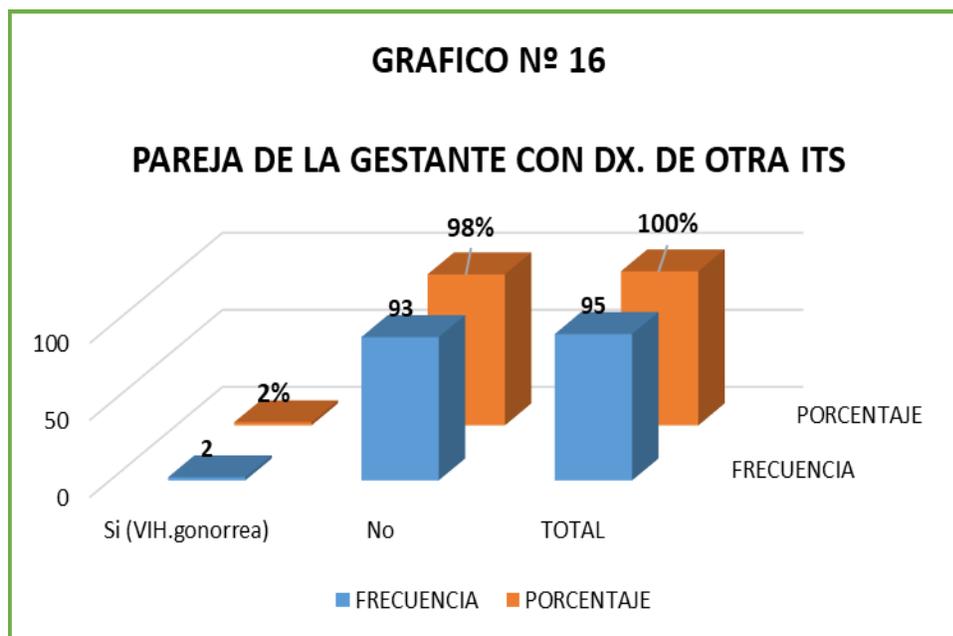
Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

TABLA N° 16
PAREJA DE LA GESTANTE CON SIFILIS CON DIAGNOSTICO
DE OTRAS ITS HOSPITAL AMAZONICO
PERIODO 2014-2017

PAREJA CON DX. DE OTRAS ITS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si (VIH, Gonorrea)	2	2
No	93	98
TOTAL	95	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N° 16 se observa que el 2% de las parejas de las gestantes con sífilis tienen además otras ITS como gonorrea y/o VIH, lo que potencializa grandemente el riesgo a la salud de la madre o al producto de la gestación.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2014-2017 HA

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el estudio de Investigación se concluye que:

1. Respecto a las Características sociodemográficas, el 61% de las pacientes en estudio estuvieron en el rango de edades de 20-34 años, el 20% fueron población adolescente, el 81% tuvieron el estado civil de convivencia, el 92% fueron amas de casa, el 71% tuvieron el nivel de educación secundaria.
2. Considerando las características obstétricas encontramos que, el 52% de las pacientes con diagnóstico de sífilis tuvieron mayor o igual a 6 atenciones pre natales, a diferencia de un 12% que no presentó ninguna atención, el 84% de las pacientes iniciaron la APN entre el primer y segundo trimestre de gestación, el 22% correspondió a primigestas, a diferencia de un 43% que fueron multigestas y gran multigestas respectivamente, el 27% tuvieron el diagnóstico de sífilis en el III trimestre de gestación y en el pre-parto respectivamente.
3. Respecto a las características conductuales se observó que el 97% de las pacientes en estudio iniciaron sus relaciones sexuales cuando aún eran adolescentes, solo el 20% lo hizo a la edad de 20 a mas año, el 81% tuvieron dos a más parejas sexuales, el 55% de las gestantes recibieron tratamiento para sífilis durante la gestación, el 8% de ellas tuvieron antecedentes de otras ITS, solo el 13% utilizó preservativo como medio para evitar la reinfección, el 1% de las gestantes tuvieron el hábito de utilizar alcohol o drogas ilícitas, el 40% de las parejas de las gestante recibieron tratamiento para sífilis, el 2% de las parejas tuvieron antecedentes de otras ITS como VIH y gonorrea respectivamente.
4. A la luz de los resultados obtenidos podemos señalar que la prevalencia de sífilis en gestación en el establecimiento donde se realizó la investigación es de 0.8%, cifra similar a los valores referentes nacionales representando un impacto negativo para las gestantes de nuestra región.

RECOMENDACIONES

Concluida la investigación el que nos ha permitido dimensionar una grave problemática de salud pública en el País, como son las ITS y muy particularmente la sífilis gestacional, nos permitiremos realizar las siguientes recomendaciones.

1. A los profesionales encargados de las Atenciones Pre Natales en los diferentes establecimientos de salud, ampliar la cobertura de captación a gestantes para iniciar tempranamente los controles pre natales, el que nos permitirá identificar precozmente los casos de sífilis para un tratamiento oportuno en beneficio del binomio madre-niño, y reforzar la educación en la población de riesgo.
2. Así mismo a los responsables de la DIRESA Ucayali, para que realicen campañas permanentes de detección de casos de sífilis mediante la aplicación de pruebas rápidas que involucren también a varones como responsables en gran parte del incremento de este problema de salud pública.
3. En nuestro estudio la población adolescente represento el 20%, en tal sentido se recomienda a los entes rectores como MINSA en coordinación con MINEDU incorporar personal capacitado en los centros educativos para que los alumnos reciban orientaciones sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva, haciendo énfasis en la forma de prevenir las ITS, embarazos no deseados entre otros temas de interés en las políticas públicas.

4. Al personal de los diversos establecimientos sanitarios encargados de la salud materna, realizar la búsqueda activa de las parejas sexuales, reportados por las pacientes para incorporarlos al programa e iniciar tratamiento oportuno y adecuado para disminuir los casos de esta infección.

FUENTES DE INFORMACION

1. Schmid G, Rowley J, Samuelson J, Ton Y. Global incidence and prevalence of four curable sexually transmitted infections (STIs): New estimates from WHO. In.. Acceso: 15 marzo 2018, disponible en:
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/37>
2. Gonzales GF. La adolescencia en el Perú –Lima UPCH: 1-324
3. Salmes Cuba F, banda Flores C. Sífilis en la gestación Rev. Per. Ginecología. Obst. 2010; 56: 202-8
4. MINSA. Plan Nacional de prevención y control de la transmisión madre niño de VIH y Sífilis 2007-2011/ Dirección General de las personas. Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA- Lima: Ministerio de Salud;
5. Kamb. ML, Newman LM. Riley PL, Mark J, Hawkes SJ, Malik T, et al.
6. A. Ruand map for the global elimination of congenitally acquired syphilis.
7. Bayron Esteban Guerrero Sandoval, Christian Rodrigo Chávez. Disponible en;
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4431/1/T-UCE-0006-79.pdf>.
8. Organización Panamericana de la Salud: Documento Técnico. Disponible en:
https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=885-diagnostico-sifilis&category_slug=documentacion-tecnica-1&Itemid=364
9. Cuervo Cárdenas L. Perdomo Catizado, . y Col. (2012) Colombia
file:///c:/users/cdab/downloads/161-271-1-sm.pdf

10. Concepción Amador Ahumada, Mónica Hanna Lavallo, Marilyn Villadiego Chamorro (2016) Colombia, Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n1/2216-0973-cuid-8-01-01449.pdf>
11. Gustavo F. Gonzales, Vilma Tapia, Suzanne J. Serruya,
<https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2014.v31n2/211-221/es>
12. Previniendo la Sífilis congénita UPCH
<https://previniendo.files.wordpress.com/2009/05/its-sifilis.pdf>
13. Diaz Cruz L. Revista Médica: Sífilis Congénita un Problema de Salud Pública. Vol.59 No.3 Bogotá July/Sept. 2011. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012000112011000300001&script=sci_arttext&tlng=es
14. Diagnóstico Situacional de Sífilis Materna y Sífilis Congénita-San Salvador, Septiembre de 2010. Disponible en:
https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=885-diagnostico-sifilis&category_slug=documentacion-tecnica-1&Itemid=364
15. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social criterios de diagnóstico de la embarazada con sífilis en la embarazada (en el prenatal, en el parto o aborto). Disponible:
https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=81-normas-para-el-tratamiento-de-la-sifilis-en-la-embarazada&Itemid=253
16. MINSA/DGSP - Norma Técnica de Salud para la prevención de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis. Agosto 2014. Disponible en: <http://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2014/Agosto/19/RM-619-2014-MINSA.pdf>
17. Mary T. Caserta, MD, Professor of Pediatrics, Division of Infectious Diseases, University of Rochester School of Medicine and Dentistry; Attending Physician, Golisano Children's Hospital at Strong, University of Rochester Medical Center. Disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatría/infecciones-en-recién-nacidos/sífilis-congénita>

18. Diagnóstico y Manejo de la Sífilis en el Embarazo y Prevención de la Sífilis Congénita 1ra edición 2012. Disponible en:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_diagnostico_manejo_sifilis_congenita.pdf

19. E. Leal *, S. Campos, I. Pardo, M. Vázquez-Rodríguez, E. García-Jiménez. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Espana. Disponible en:
[File:///C:/Users/13R14/Downloads/S0210573X0900210X_S300 es%20\(1\), Pdf.](File:///C:/Users/13R14/Downloads/S0210573X0900210X_S300_es%20(1),Pdf)

20. Barco Burgos María. Efecto de la Sífilis en el Embarazo. Profesora de Perinatología. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Disponible en:
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/viewFile/713/805>

21. Sífilis Congénita: Protocolos de Vigilancia en Salud Pública Secretaría Distrital de salud de Bogotá Dirección de Salud Pública. (Factores asociados a la adquisición de la infección por la madre). Disponible en:
<http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/S%C3%ADfilis%20Cong%C3%A9nita.pdf>

22. Sífilis Congénita. Instituto Nacional de Salud 2007. Disponible en:
<http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/572df1ef-4ca2-4b20-b062-b0a948a935f2/multiguia02.pdf?MOD=AJPERES>

23. Patricia Aroca del Río. Guía de Manifestaciones Clínicas de Sífilis Congénita. Abril 2015. Disponible en:
http://www.saludinfantil.org/guia/guia/53.-Sifilis_Congenita/53.-Sifilis%20congenita.htm

24. MINSA- Toledo J., 1999 “Prevención y control de la sífilis materna para la eliminación de sífilis congénita”. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/780_MINSA154.pdf

ANEXOS



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

1. Edad:

- a. < 19
- b. 20-35
- c. ≥ 35

2. Estado Civil

- a. soltera
- b. casada
- c. conviviente.

3. Ocupación

- a. estudiante.
- b. trabajadora.
- c. oficio del hogar.
- d. otros.

4. Grado de instrucción

- a. Ilustrada
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

II. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

5. N° de Atenciones Pre- Natales

- a. Sin APN
- b. 1-2
- c. 3-5
- d. ≥ 6

6. Semana de embarazo en la primera APN

- a. ≤ 13
- b. 14- 27
- c. 28-42
- d. Sin APN

7. Paridad

- a. Primigesta
- b. Segundigesta
- c. Tercigesta
- d. Multigesta
- e. Granmultigesta

8. Momento del diagnóstico de Sífilis

- a. I Trimestre
- b. II Trimestre
- c. III Trimestre
- d. Post parto

III. CARACTERISTICAS CONDUCTUALES

9. Edad de la Primera Relación Sexual (años)

- a. ≤ 14
- b. 15-17
- c. 18-19
- d. ≥ 20

10. Número de Parejas Sexuales

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. > 3

11. Recibió tratamiento completo para sífilis durante la gestación

- a. Si
- b. No

12. Antecedente de Infecciones de Transmisión Sexual

- a. Si
- b. No

13. Uso de preservativo por la gestante con sífilis

- a. Si
- b. No

14. Consumo de alcohol y/o drogas ilícitas

- a. Si
- b. No

15. Recibió tratamiento completo para sífilis la pareja

- a. Si
- b. No

17. Compañero Sexual diagnosticado con otras ITS

- a. Si
- b. No

MATRIZ DE CONSISTENCIA

CARACTERISTICAS DE GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO EN EL PERIODO 2014 - 2017

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Qué características presentan las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el Período Enero-Diciembre 2017?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el hospital Amazónico en el Período Enero – Diciembre 2017?</p> <p>¿Qué características obstétricas presentan las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el hospital Amazónico periodo Enero – Diciembre 2017?</p> <p>¿Qué características conductuales presentan las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico periodo Enero – Diciembre 2017?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de gestantes con diagnóstico de Sífilis atendidas en el Hospital Amazónico Período Enero – Diciembre 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar las características que presentan las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el Período Enero-Diciembre 2017</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de sífilis congénita atendidas en el hospital Amazónico en el Período Enero – Diciembre 2017</p> <p>Identificar las características obstétricas presentadas por las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el período Enero - Diciembre 2017</p> <p>Identificar las características conductuales presentadas por las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Amazónico en el período Enero - Diciembre 2017</p> <p>Precisar la prevalencia de gestantes con diagnóstico de Sífilis atendidas en el Hospital Amazónico Período Enero – Diciembre 2017</p>	<p>En el presente estudio no se plantea hipótesis de investigación por tratarse de un trabajo netamente descriptivo; no se manipulará las variables, se describirán las características maternas conforme registra la historia clínica en el período de estudio.</p>	<p>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</p> <p>CARACTERISTICAS OBSTETRICAS</p> <p>CARACTERISTICAS CONDUCTUALES</p> <p>PREVALENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grado de Instrucción • Estado civil • Procedencia. • APN • Edad gestacional • Paridad • Edad Gestacional 1º APN • Edad gestacional al Dx. de Sífilis • Etapa del Embarazo donde se diagnosticó la sífilis • Edad en la primer Relación Sexual • Número de parejas sexuales • Tratamiento para sífilis recibido • Antecedentes de otras ITS • Uso de preservativo de la gestante con sífilis. • Consumo de drogas ilícitas y alcohol • Pareja recibe tratamiento completo para sífilis. • Compañero sexual le diagnosticaron otra ITS. • Número de gestantes con Dx. de sífilis en el periodo de estudio. 	<p>Investigación cualitativa descriptiva, no experimental</p>