



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LASALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS:

**“FACTORES DE RIESGO DE SÍFILIS EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL AÑO
2013”**

**PRESENTADO POR
JOEL ALEXIS HUAMÁN SIGUAS**

**Para Obtar el Título Profesional de:
Licenciado en Obstetricia**

**ICA- PERÚ
2015**

Dedicatoria:

Dedico este trabajo a la Universidad que por medio de los estudios pude realizar mis metas trazadas

A los docentes que por sus conocimientos brindados significaron el desarrollo de mi profesión, tanto en la teoría como en las prácticas.

A mi asesora que por su tiempo y dedicación pude llegar a desarrollar el presente trabajo

Agradecimientos:

A mi esposa e hijo, por su apoyo incondicional a mis familiares que me dieron su apoyo y cariño fraterno, muchísimas gracias a todas las personas que confiaron y apoyaron en mi investigación que sin ellas no hubiera logrado esta meta.

RESUMEN

“FACTORES DE RIESGO DE SÍFILIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL AÑO 2013”

Autora: JOEL ALEXIS HUAMÁN SIGUAS

Material y Métodos.-Se realizó un estudio tipo CUANTITATIVO DESCRIPTIVA; RETROSPECTIVA en el Hospital Nacional Sergio Bernales en el año 2013, se recogió información de las historias clínicas y fichas PRETEST de las gestantes con sífilis. La muestra estuvo constituida por 60 pacientes diagnosticadas con sífilis.

Resultados:

1. Los factores de riesgo sociodemográficos de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el año 2013 fueron: El estado civil y la ocupación de las gestantes, el 51.7% son convivientes y el 73.3% son amas de casa; en cuanto al nivel de estudios cerca de la mitad de las gestantes no culminó la secundaria.
2. Los factores de riesgo obstétricos – conductuales de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales en el año 2013 fueron: En cuanto a la asistencia al CPN un 81.7% no lo hizo y un 18.3% asistió al menos una vez a su CPN; sin embargo, de este grupo el 60% solo tuvo de 1 a 5 consultas prenatales y el 18.3% tuvo de 6 a 9 consultas prenatales; el diagnóstico de sífilis en el 46.7% de los casos fue en el puerperio inmediato. La edad gestacional en la que se diagnostica la sífilis fue de un 53.3% de 37 a más semanas; En cuanto al IRS el 50% se dio entre los 18 a más años y un 41.7% entre los 15 a 17 años; además el 78.3% tuvo de 2 a 3 parejas. Por último, en cuanto al antecedente de ITS el 11.7% tuvo otro tipo de infección como diagnóstico: 2 con VIH, 1 condiloma acuminado y 4 con síndrome de flujo vaginal.

PALABRAS CLAVES: Sífilis, Gonorrea, Condiloma Acuminado, Factores de Riesgo.

ABSTRACT

"RISK FACTORS SYPHILIS IN PREGNANT WOMEN AT BERNALES SERGIO NATIONAL HOSPITAL IN THE YEAR 2013"

Author: JOEL ALEXIS HUAMÁN SIGUAS

Material and Métodos.- An Descriptive quantitative study performed; Retrospective at the National Sergio Bernales Hospital in 2013, information from medical records and records PRETEST of pregnant women with syphilis was collected. The sample consisted of 60 patients diagnosed with syphilis.

Results:

1. sociodemographic risk factors of pregnant women with syphilis treated at the National Hospital Sergio Bernales, in 2013 were: The marital status and occupation of pregnant women, 51.7% are cohabiting and 73.3% are housewives; in the level of studies about half of pregnant women she not completed high school.

2. obstetric risk factors - behavioral of pregnant women with syphilis treated in the Sergio Bernales National Hospital in 2013 were: Regarding assistance CPN 81.7% did not and 18.3% attended at least once the CPN; however, this group had only 60% of 1-5 prenatal visits and 18.3% had 6 to 9 prenatal visits; the diagnosis of syphilis in 46.7% of cases was in the immediate postpartum period. Gestational age when diagnosed syphilis was 53.3% from 37 to more weeks; As for the IRS 50% was between 18 years and 41.7% between 15 and 17 years; 78.3% also had 2 to 3 pairs. Finally, as to the history of ITS 11.7% it had another type of infection as a diagnosis: 2 HIV 1 and 4 condyloma acuminata with vaginal discharge.

KEY WORDS: syphilis, gonorrhea, condylomata acuminata, Risk Factors.

ÍNDICE

	Pág.
INDICE.....	00
INTRODUCCIÓN.....	01

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	03
1.2. Delimitación de la Investigación.....	05
1.3. Formulación del Problema de Investigación.....	05
1.3.1. Problema Principal.....	05
1.4. Objetivos de la Investigación.....	06
1.4.1. Objetivo General.....	06
1.4.2. Objetivos Específicos.....	06
1.5. Hipótesis de la Investigación.	06
1.5.1. Hipótesis General.....	06
1.5.2. Variables.....	06
1.5.3. Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores.....	07
1.5.4. Operacionalización de Variables.....	08
1.6. Tipo y Diseño de la Investigación	18
1.6.1. Tipo de Investigación.....	18
1.6.2. Diseño de la Investigación.....	18
1.7. Población y Muestra de la Investigación	18
1.7.1. Población.....	18
1.7.2. Muestra.....	18
1.8. Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos	19
1.8.1. Método y Técnica.....	19
1.8.2. Instrumentos.....	19
1.8.3. Técnica de análisis de datos.....	20
1.9. Justificación e Importancia de la Investigación.....	20

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la Investigación.....	22
2.2.	Bases Teóricas.....	35
2.3.	Definición de términos Básicos.....	44

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONCLUSIONES.....	60
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	61
-----------------------------	-----------

ANEXOS

1.	Fuentes de Información.....	62
2.	Matriz de Consistencia.....	67
3.	Ficha de recolección de datos.....	71
4.	Gráficos.....	73

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) como: sífilis, gonorrea, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), herpes genital, entre otros se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión. Siendo los niños y mujeres los principales afectados por sus complicaciones (23).

Dentro de este grupo de infecciones de transmisión sexual la que tiene más consecuencias negativas para la salud pública es la sífilis por su alta capacidad de transmisión vertical, durante cualquier momento de la gravidez, lo que puede originar elevadas tasas de morbimortalidad perinatal e infantil en aquellos lugares donde persisten niveles altos de prevalencias de infección treponémica. Si el feto se infecta después de la semana 16 de gestación, esta evoluciona hacia aborto espontáneo en el 25 % de los casos, mortinato en 25% o sífilis congénita (SC) en el 50% de los casos; tan solo un mínimo porcentaje nacerá sano (23).

Una gestante con sífilis o una mujer con sífilis gestacional (SG) puede transmitir la infección al feto tan tempranamente como en la semana 9 de gestación, pero la transmisión tiene lugar generalmente luego de la semana 16. Esta patología se diagnostica durante la gestación, el postaborto o el puerperio inmediato, pudiéndose encontrar en cualquiera de sus fases (23).

La transmisión de la madre al feto a través de la placenta y del líquido amniótico se presenta en un 70% en sífilis primaria, 90 a 100% en sífilis secundaria y 30% en sífilis latente (23).

La sífilis tiene una distribución universal y es la tercera enfermedad bacteriana de transmisión sexual más frecuente en EE.UU, después de las infecciones por Chlamydia y Neisseria gonorrhoeae. Se estima que dos terceras partes de estos embarazos resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo, complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnologías asequibles y de bajo costo (23).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2002 el número de casos nuevos de sífilis en el mundo fue de doce millones. En América Latina y el Caribe para el mismo año se calcularon tres millones de casos nuevos (21).

Es importante mencionar que estos datos presentan limitaciones; ya que, la subnotificación de casos de sífilis materna y sífilis congénita es elevada. En el caso de la incidencia de sífilis congénita los abortos y los nacidos muertos no se incluyen en casi ningún país. Por lo tanto, no se conoce la verdadera magnitud del problema (23).

Se considera también que cada año en América Latina y el Caribe 330.000 mujeres embarazadas que tienen una prueba positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal. Aunque el estadio de la enfermedad es un factor determinante en la transmisión vertical de la misma, se estima que de estas embarazadas nacen 110.000 niños con sífilis congénita, y un número similar resulta en aborto espontáneo (21).

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis como problema de salud pública cabe destacar la falta de percepción de los proveedores de salud de que la sífilis materna y congénita pueden tener consecuencias graves y con ello la ausencia o las bajas coberturas de programas de prevención; la existencia de barreras para el acceso a los servicios de control prenatal, además del estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual (21).

La sífilis se incluye dentro del grupo de enfermedades en vigilancia epidemiológica en nuestro país, la importancia del mismo radica en el hecho que puede interpretarse como un indicador de calidad de atención en los servicios de salud de tal forma un valor mayor al deseado en su prevalencia es considerada una falla del sistema de salud (21).

Siendo la sífilis un problema de Salud Pública, se requiere evaluarla de manera exhaustiva tanto a nivel local, regional y nacional; sin embargo, a la fecha no existen estudios suficientes en los niveles mencionados. Por ello, el propósito de este trabajo es servir de aporte a la descripción sociodemográfica – obstétrica – conductual de la sífilis en gestantes para el año 2013, buscando a largo plazo la mejor orientación en las estrategias sanitarias con el fin de erradicar o en su defecto disminuir la incidencia de esta enfermedad que sigue causando estragos entre la población materna e infantil, especialmente en las comunidades más vulnerables como es el distrito de Comas

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) como: sífilis, gonorrea, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), herpes genital, entre otros se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión. Siendo los niños y mujeres los principales afectados por sus complicaciones (23).

Dentro de este grupo de infecciones de transmisión sexual la que tiene más consecuencias negativas para la salud pública es la sífilis por su alta capacidad de transmisión vertical, durante cualquier momento de la gravidez, lo que puede originar elevadas tasas de morbilidad perinatal e infantil en aquellos lugares donde persisten niveles altos de prevalencias de infección treponémica. Si el feto se infecta después de la semana 16 de gestación, esta evoluciona hacia aborto espontáneo en el 25 % de los casos, mortinato en 25% o sífilis congénita (SC) en el 50% de los casos; tan solo un mínimo porcentaje nacerá sano (23).

La sífilis gestacional y congénita es un importante problema de salud pública en nuestro país ya que puede precipitar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves y un alto costo humano, social y económico para los pacientes (11).

Las cifras entregadas por OPS indican que en 2007 más de 164000 niños nacieron con Sífilis congénita en América Latina y el Caribe, siendo una cifra considerable teniendo en cuenta que la sífilis puede prevenirse y también tratarse a un muy bajo costo. Por esta razón y teniendo en cuenta que dentro de los objetivos de desarrollo del Milenio se contempla 4: disminución de la mortalidad infantil, 5: mejorar la salud materna y 6: combatir el VIH, la malaria y otras enfermedades; la OPS, UNICEF y otras organizaciones

han propuesto impulsar la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe (11).

Una gestante con sífilis o una mujer con sífilis gestacional (SG) puede transmitir la infección al feto tan tempranamente como en la semana 9 de gestación, pero la transmisión tiene lugar generalmente luego de la semana 16. Esta patología se diagnostica durante la gestación, el postaborto o el puerperio inmediato, pudiéndose encontrar en cualquiera de sus fases (23).

La transmisión de la madre al feto a través de la placenta y del líquido amniótico se presenta en un 70% en sífilis primaria, 90 a 100% en sífilis secundaria y 30% en sífilis latente (23).

Es importante mencionar que estos datos presentan limitaciones; ya que, la subnotificación de casos de sífilis materna y sífilis congénita es elevada. En el caso de la incidencia de sífilis congénita los abortos y los nacidos muertos no se incluyen en casi ningún país. Por lo tanto, no se conoce la verdadera magnitud del problema (23).

Se considera también que cada año en América Latina y el Caribe 330.000 mujeres embarazadas que tienen una prueba positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal. Aunque el estadio de la enfermedad es un factor determinante en la transmisión vertical de la misma, se estima que de estas embarazadas nacen 110.000 niños con sífilis congénita, y un número similar resulta en aborto espontáneo (21).

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis como problema de salud pública cabe destacar la falta de percepción de los proveedores de salud de que la sífilis materna y congénita pueden tener consecuencias graves y con ello la ausencia o las bajas coberturas de programas de prevención; la existencia de barreras para el acceso a los servicios de control prenatal, además del estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual (21).

La sífilis se incluye dentro del grupo de enfermedades en vigilancia epidemiológica en nuestro país, la importancia del mismo radica en el hecho que puede interpretarse como un indicador de calidad de atención en los servicios de salud de tal forma un valor mayor al deseado en su prevalencia es considerada una falla del sistema de salud (21).

Siendo la sífilis un problema de Salud Pública, se requiere evaluarla de manera exhaustiva tanto a nivel local, regional y nacional; sin embargo, a la fecha no existen estudios suficientes en los niveles mencionados. Por ello, el propósito de este trabajo es servir de aporte a la descripción sociodemográfica – obstétrica – conductual de la sífilis en gestantes para el año 2013, buscando a largo plazo la mejor orientación en las estrategias sanitarias con el fin de erradicar o en su defecto disminuir la incidencia de esta enfermedad que sigue causando estragos entre la población materna e infantil, especialmente en las comunidades más vulnerables como es el distrito de Comas.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Comprende los siguientes aspectos:

- **Delimitación Social:** La investigación comprende a las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales y a quienes se les constituirá como elementos muestrales.
- **Delimitación Espacial:** El ámbito formal donde recaerá el análisis y estudio de las variables es de cobertura local, siendo la unidad de análisis el Hospital Nacional Sergio Bernales.
- **Delimitación Temporal:** La investigación reflejará la situación y comportamiento de las variables de estudio en un solo corte en el tiempo del año 2013.
- **Delimitación Conceptual.** la investigación se orienta a explicar cuáles son aquellos factores riesgo asociados en la infección de sífilis en gestantes que construyen constructos específicos del área de Gineco-obstetricia.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Problema principal

- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la infección de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el período de enero – diciembre 2013?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo Principal

- Determinar los factores de riesgo asociados a la infección de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el período enero – diciembre del 2013.

1.4.2 Objetivo Específico

- Determinar la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el período enero - diciembre del 2013.
- Determinar los factores sociodemográficos de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el período enero - diciembre del 2013.
- Determinar los factores obstétricos de las gestantes con sífilis atendidos en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el período enero - diciembre del 2013.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

Los factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el período enero – diciembre del 2013 se están incrementando.

1.5.2 Variables de Estudio

Variable Independiente:

- Sífilis

Variable Dependiente:

- Factores sociodemográficos.
- Factores obstétricos.

1.5.2.1 Definición de las Variables:

SÍFILIS: Es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*.

1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

- **ESTADO CIVIL:** Es el tipo de unión legal que tiene la gestante con su pareja.
- **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Es el último año de estudio que curso la gestante si lo tuvo.
- **OCUPACIÓN:** Es el oficio que tiene la gestante.
- **EDAD MATERNA:** Es la edad cronológica de la gestante.

FACTORES OBSTÉTRICOS:

- **GESTA Y PARIDAD:** Corresponde al número total de gestaciones y en cuanto a la paridad (número total de partos a término, pre término, abortos).
- **ATENCIÓN PRENATAL:** Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.
- **NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES:** Es la frecuencia de los controles prenatales, varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 6 controles.
- **EDAD GESTACIONAL:** La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.
- **ETAPA GESTACIONAL:** Se refiere a la etapa de la gestación en donde se da el diagnóstico de sífilis: durante el embarazo, durante el puerperio (incluye trabajo de parto) o durante el postaborto.
- **EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL:** Edad que tuvo la paciente en su primera relación sexual. Dato importante para conocer el grado de responsabilidad que se tiene sobre la propia sexualidad.
- **ANDRIA:** Número de parejas sexuales incluyendo la actual. Se considera promiscuo a aquella persona que haya tenido más de 3 parejas sexuales considerando la actual.
- **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS):** Son infecciones de transmisión sexual que se transmiten de una persona infectada a otra que está sana, por contacto sexual (vaginal, oral o anal) especialmente si no se utiliza

preservativo o condón. Estas infecciones pueden ser ocasionadas por diversos microorganismos como virus, parásitos, hongos o bacteria.

- **PRESERVATIVO:** Es una cubierta delgada de látex usada en el pene durante el coito. El uso del condón ayudará a prevenir: Que la pareja quede embarazada, contraer una infección transmitida por contacto sexual o por contagiarle una a su pareja. Estas infecciones incluyen herpes, clamidia, gonorrea, VIH y verrugas.

1.5.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN	INDICADOR	FUENTE DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Son aquellas características tanto sociales como demográficas de las gestantes con sífilis atendidas en el HNSB en el 2013.					Historia clínica y ficha PRETEST
1. EDAD MATERNA	Es la edad cronológica de la gestante en años.	Cuantitativa	De razón	Edad en años (.....)	Resultado de la edad cronológica de la gestante	
2. ESTADO CIVIL	Es el tipo de unión legal que	Cualitativa	Nominal	Soltera (0) Conviviente (1)	Resultado del tipo de unión	

	tiene la gestante con su pareja.			Casada (2) Otros (3)	marital de la gestante
3. GRADO DE INSTRUCCIÓN	Es el último año de estudio que curso la gestante si lo tuvo.	Cualitativa	De intervalo	Analfabeta (0) Primaria incompleta(1) Primaria completa (2) Secundaria incompleta (3) Secundaria completa (4) Superior completa (5) Superior incompleta (6)	Resultado del último año de estudio de la gestante si lo tuvo
4. OCUPACIÓN	Es el oficio que tiene la gestante	Cualitativa	Nominal	Ama de casa (0) Empleada de hogar (1) Trabajo independientes	Resultado del oficio de la gestante

				(2) Otras actividades (3(
SÍFILIS GESTACIONAL	Es la infección causada por la espiroqueta TREPONEMA PALLIDUM en el período de gestación.	Cualitativa	Nominal	Reactivo o positivo (0) No reactivo o negativo (1)	o Resultado se las pruebas tanto no treponemicas (VDRL o RPR) como trreponemicas (AFT-abs o TPHA).	Cuaderno de control y seguimiento de gestantes con sífilis
FACTORES OBSTÉTRICOS	Son aquellas características propias de la gestación además de aquellas conductas que ponen en riesgo el embarazo.					Historia clínica y ficha PRETEST

<p>1. GESTA y PARIDAD</p>	<p>Corresponde al número total de gestaciones y en cuanto a la paridad (número total de partos a término, pre término, abortos.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>De razón</p>	<p>G__ P__/_/_/_/_/___</p>	<p>Resultado de número total de gestaciones. Número de gestaciones (abortos, nacidos a término, nacidos a pre término, hijos vivos)</p>	
<p>2. ASISTENCIA A LA ATENCIÓN PRENATAL</p>	<p>Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si [0] No [1]</p>	<p>Resultado de la asistencia o ausencia del control prenatal.</p>	

	puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.					
3. NÚMERO TOTAL DE APN RECIBIDOS	Refiere el número total de atenciones prenatal que tuvo la gestante	Cuantitativa	De intervalo	Entre 1 y 5 [0] Entre 5 y 9 [1] Más de 9 [2]	Resultado del número total de controles prenatales.	
4. ETAPA GESTACIONAL DÓNDE SE DIAGNÓSTICA LA SÍFILIS	Refiere la etapa de la gestación donde se hace el diagnóstico de sífilis.	Cualitativa	Nominal	Durante el embarazo [0] Durante el puerperio (incluido trabajo de parto) [1] Durante el aborto o post aborto [2]	Resultado de la etapa de diagnóstico de sífilis	

<p>5. EDAD GESTACIONAL</p>	<p>La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>De razón</p>	<p>Edad gestacional en la que se diagnóstica la sífilis (semanas) (.....)</p>	<p>Resultado de la edad gestacional en la que se hizo el diagnóstico de sífilis.</p>	
<p>6. EDAD DE INICIO DE RELACIÓN SEXUAL (IRS)</p>	<p>Es la edad cronológica de la gestante cuando tuvo su primera</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>De razón</p>	<p>IRS [___] años</p>	<p>Resultado de la edad cronológica de la gestante de su primera</p>	

	relación sexual				relación sexual.	
7. ANDRIA (número de parejas sexuales)	Es el número de parejas sexuales de la gestante durante toda su vida.	Cuantitativa	De razón	Una pareja (incluida actual) [0] De 2 a 3 parejas (incluida actual)[1] Más de 4 parejas (incluida actual) [2]	Resultado de la andria de la gestante	
8. ANTECEDENTE DE ITS EN LA GESTANTE	Refiere si la gestante tuvo antecedentes de ITS	Cualitativa	Nominal	Si [0] ¿cuál?..... No [1]	Resultado de antecedente de ITS de la gestante	

1.6 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

Se realizara un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, retrospectivo.

1.6.2 Diseño de la Investigación

La presente investigación es de tipo CUANTITATIVO porque según esta metodología permite examinar los datos de manera numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo de la estadística. Además es DESCRIPTIVA; ya que, busca describir e identificar los factores de riesgos (sociales, demográficos y obstétricos) para la sífilis en gestantes. Así también indicar que según el tiempo de recojo de la información, es RETROSPECTIVA; ya que, se recogerá información de las historias clínicas y fichas PRETEST de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales en el 2013.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población:

La población estará constituida por todas las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales en el año 2013 cuya cantidad promedio es de 8 628 gestantes (según fuentes estadística registrada por el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2013).

1.7.2 Muestra:

La muestra estuvo constituida por todas las gestantes con diagnóstico de sífilis que fueron atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales en el año 2013 y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

La muestra estuvo constituida por 60 pacientes diagnosticadas con sífilis. Según los datos obtenidos del libro de registro de atención y seguimiento a gestante con sífilis en el servicio de PROCETSS durante el año 2013 se identificó un total de 60 pacientes con este diagnóstico (primera prueba no treponemica: VDRL o RPR reactivo, además de la segunda prueba treponemica: FTA – abs o TPHA positivo) de las cuales 25 de ellas fueron

diagnosticadas durante el período de embarazo, 28 durante el puerperio inmediato (pacientes que acuden en período expulsivo de trabajo de parto) y la restante (7 paciente) en el postaborto.

No se aplicó ningún diseño muestral porque se obtuvo información de toda la población.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 MÉTODO Y TÉCNICA

La recolección de datos se obtendrá directamente de las historias clínicas y la ficha PRE TEST, formato que se utiliza en el servicio de PROCETSS (programa de control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA) y luego los datos serán registrados en el instrumento de la investigación (formato diseñado en base a las variables necesarias para el desarrollo de la investigación).

1.8.2 INSTRUMENTO

El instrumento será un formato estructurado para la recolección de datos, cuyas variables serán consideradas según los objetivos de la investigación (datos de identificación, sociales, demográficos y obstétricos de la paciente). El instrumento además tiene como objetivo facilitar el registro de la información obtenida a partir de las historias clínicas y ficha PRETEST de las gestantes con sífilis.

1.8.3 TÉCNICA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

En un primer momento se realizó un análisis descriptivo de todas las variables involucradas. Para las variables cuantitativas se utilizarán las medidas de tendencia central.

Se efectuaron series de análisis univariado para determinar los factores de riesgo que se observaron con asociación estadísticamente significativa entre la sífilis en gestantes y los factores sociodemográficos y obstétricos en estudio.

La información obtenida será trasladada y procesada en el programa Microsoft Excel versión 2010.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Lo expuesto en el planteamiento del problema sobre las repercusiones que trae consigo el diagnóstico de sífilis en una gestante tanto para ella como para el producto de la gestación, además de la alta incidencia con que se presenta sobre todo en zonas vulnerables por su condición de pobreza y extrema pobreza (personas que perciben ingresos inferiores a los requeridos para satisfacer sus necesidades básicas) como el distrito de Comas; cuyo escenario condiciona el incremento de hacinamiento, riesgos de promiscuidad, analfabetismo que nos da como resultado la falta de conocimiento sobre las ITS, que son los principales factores que contribuyen a la propagación de esta infección.

Se evidencia además, según las estadísticas registradas por el Hospital Nacional Sergio Bernales en los últimos 5 años, un aumento alarmante en la prevalencia de la sífilis gestacional siendo 0.07 en el 2008, 0.1 en el 2009, 0.2 en el 2010, 0.3 en el 2011 y 0.6 en el 2012 por cada 100 gestantes evaluadas en dicho nosocomio.

Estos sucesos motivan la realización del presente estudio y su importancia radica en que es de suma trascendencia identificar cuáles son los factores de riesgo que determinan la infección de sífilis en gestantes propias de esta comunidad; ya que, cada población tiene sus propias características tanto demográficas, sociales, políticas, culturales, conductuales, personales, etc.

La importancia fue la identificación de estos factores de riesgo que nos permitirá tener un panorama más preciso de las características de la población en riesgo de exposición, gracias a lo cual el personal de salud a cargo de los programas de prevención de las infecciones de transmisión sexual asumirá esta problemática de manera efectiva dando prioridad de atención a la población con mayor riesgo de desarrollar sífilis, de esta manera se lograra prevenir posteriores cuadros de infección de sífilis sobre todo en gestantes y se iniciara tratamiento oportuno a las diagnosticadas con este cuadro disminuyendo la morbimortalidad perinatal por sífilis congénita además de abortos espontáneos, partos prematuros, entre otros.

Ante este contexto confío que la presente investigación contribuya a comprender mejor el tema y mejore el conocimiento de los factores de riesgo para sífilis en gestantes y su posterior efectividad en el manejo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

García G. Luz Marina, en el año 2011 en Colombia realizó un estudio titulado **“Factores de riesgo asociados a sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia)”**. El objetivo fue Identificar los factores de riesgo para sífilis congénita, relacionados con los antecedentes de infecciones de transmisión sexual, las prácticas sexuales de la madre y su pareja, la asistencia al control prenatal, tratamiento para sífilis y vía del parto, en un grupo de puérperas, registradas en la IPS San Luis, las Américas y el Hospital Universitario de Sincelejo entre los años 2007 a 2010. En cuanto a la metodología utilizada se trata de un estudio descriptivo y de corte con una selección muestral intencional de 34 madres cuyos hijos tuvieron pruebas de VDRL y FTA – abs positivos, que residían en Sincelejo y que fue posible su ubicación, quienes firmaron el consentimiento informado. Se aplicó un instrumento dirigido a la madre del niño con sífilis congénita, que fue tabulado en una base de SPSS 15.0. en el resultado se encontró que la mayoría de las madres eran de estrato uno y dos, que no alcanzaron un nivel de educación media; 68,0% tenía entre 16 y 24 años de edad, 55,8% de los compañeros sexuales no se hizo la prueba para el diagnóstico de Sífilis y 88,2% no usó preservativo antes ni durante el tratamiento. En el estudio se concluye que la inasistencia o la asistencia irregular a las consultas prenatales y la poca adherencia a las medidas de protección sexual por parte de la pareja, fueron aspectos que interfirieron con un tratamiento eficaz de las gestantes. Los contactos de las madres infectadas y tratadas no están siendo diagnosticados en un alto porcentaje, lo que refleja una falla en el seguimiento a los contactos de las gestantes para evitar la reinfección (9).

Morales Sánchez Adriana, en el año 2010 en Costa Rica realizo un estudio titulado **“Factores sociodemográficos maternos que predisponen a la presencia de sífilis congénita en el neonato”**. Este estudio presenta los principales resultados del

objetivo de la investigación denominada "Reconstrucción de la Atención de Enfermería al neonato con prueba sanguínea VDRL positiva y diagnóstico presuntivo de sífilis congénita que incluya a los progenitores, en el Servicio de Neonatología del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva". Surgió la inquietud investigativa por la observación en la práctica clínica cotidiana, en donde se aprecia un aumento en el número de casos de neonatos atendidos e ingresados con el diagnóstico de "sífilis congénita" en las salas de neonatología; por lo cual deben permanecer por largos periodos de tiempo –de 15 días a un mes- recibiendo tratamiento. Además, por el cambio en el perfil epidemiológico que presenta actualmente Costa Rica, con respecto al aumento en los índices de enfermedades de transmisión sexual, según lo señala Alburg. Se utilizó un diseño cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 2346 mujeres atendidas por parto de las cuales se seleccionó una muestra de 69 mujeres estudiadas por sífilis, así como una muestra de 61 neonatos tamizados por sífilis congénita.

El resultado relevante en este estudio radicó en el desconocimiento por parte de las mujeres gestantes sobre la sexualidad, el bajo nivel educativo y baja autoestima, así como otros factores de índole cultural, social y personal que las hace más vulnerables ante esta problemática de salud pública (14).

Roca Yelin, Guzmán Angélica, Cruz Marilyn, Roman Remberto, Rocabado Ana M., Vargas Jorge. Sífilis en embarazadas, hospital municipal de la mujer "Dr. Percy Boland R." en Santa Cruz, Bolivia. Revista de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Enero, 2009 Se realizó un tamizaje serológico para determinar la prevalencia de Sífilis en las embarazadas que asisten al control pre - natal al Hospital Municipal de la Mujer "Dr. Percy Boland Rodríguez" en la ciudad de Santa Cruz, Bolivia. Las muestras fueron seleccionadas a partir de un estudio anónimo no ligado para investigar prevalencia de VIH. La prevalencia observada fue de 1,2% (19).

Villazón-Vargas Nayrah, Conde-Glez Carlos J, Juárez-Figueroa Luis, Uribe-Salas Felipe. Prevalencia de sífilis materna y evaluación de una prueba diagnóstica rápida en Cochabamba, Bolivia. Revista Médica Chilena 2009; Antecedentes: La sífilis es aún un problema de salud pública en América Latina y el Caribe. Por lo tanto la detección de la madre es de gran importancia para la salud pública. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de la sífilis materna y evaluar una prueba de diagnóstico rápido para la

enfermedad entre las mujeres bolivianas. Material y métodos: Un total de 489 mujeres entregar en un Hospital Público en Cochabamba, Bolivia, respondió a un cuestionario sobre socioeconómico y características reproductivas y el acceso a servicios de salud. La sífilis se diagnostica mediante el uso de RPR y las pruebas FTA-ABS. Se evaluó la prueba rápida Determine TP sífilis tomando como referencia FTA-ABS prueba. Resultados: Veintidós mujeres (4.5%) fueron positivas tanto para RPR y FTA-ABS pruebas cincuenta (10,2%) fueron positivos para la prueba de diagnóstico rápido y FTA-ABS. En comparación con FTA-ABS, la sensibilidad y especificidad de la prueba rápida fueron 98% y 99,8%, respectivamente. Sólo el 15% de las mujeres que tenían al menos una visita de atención prenatal tenía una prueba de detección de la sífilis y el 40% de las mujeres en los que se realizó la prueba, no recibieron sus resultados. El aumento de la edad, el nivel socioeconómico bajo y antecedentes de una enfermedad de transmisión sexual se asociaron independientemente con la infección por sífilis. **Conclusiones:** La magnitud de la infección por sífilis entre las mujeres estudiadas era todavía alta en Cochabamba. La prueba rápida mostró un excelente rendimiento general para la detección de la sífilis materna. Son pocas las mujeres de todos los atendidos en el hospital tenían una prueba de cribado de la sífilis y la mitad de las personas investigadas no estaban al tanto de los resultados. Sífilis materna afectadas las mujeres mayores de bajo nivel socioeconómico y con antecedentes de una enfermedad de transmisión sexual (Palabras clave: servicios de salud; salud pública; Sífilis serodiagnóstico) (23).

Cifuentes-Cifuentes Mery Y. y Ojeda-Enríquez Cindy V.. Sífilis congénita en el Instituto Materno Infantil-Hospital la Victoria, Bogotá. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Rev. Salud pública., Objetivos Analizar la cohorte de gestantes con VDRL reactivo en el parto y sus neonatos para describir la adherencia al protocolo nacional de tratamiento paraprevenir sífilis congénita e identificar desenlaces clínicos adversos Metodología Estudio descriptivo, en 73 gestantes y sus neonatos durante el año 2008 en el Instituto Materno Infantil-Hospital La Victoria Resultados La infección se detectó durante la gestación en 50 casos y en 23 en el parto, en 34 % hubo reinfección; 29 % eran drogadictas, 19 % indigentes y 23 % tenía antecedente de sífilis, 7 casos se consideraron éxito en tratamiento in útero. La frecuencia de sífilis congénita fue de 1 caso por 46 nacimientos, hubo 8 muertes fetales (12 %) y 58 casos de sífilis congénita en neonatos vivos: 27 sintomáticos y 31 asintomáticos; 7 tuvieron neurosífilis, 17 retardo del crecimiento, 6 prematuridad. Asistencia

a control prenatal, detección de la infección en la gestación y administración de algún tratamiento, se asociaron con menor mortalidad, menor número de neonatos sintomáticos y menor número de neonatos con retardo del crecimiento. Las gestantes con drogadicción mostraron ausencia de control prenatal y mayor número de neonatos sintomáticos, con retardo del crecimiento y prematuros. Conclusiones Es necesario fomentar: en la gestante la asistencia al control prenatal, en el personal de salud la búsqueda de la infección, la verificación del tratamiento en la pareja y la capacitación en la atención materna y neonatal de la entidad (4).

Rodríguez - Riveros M., Insaurralde Alviso, Páez M. Mendoza L, Castro A., Giménez G. en el año 2012 en Asunción realizaron un estudio titulado **“Conocimientos, actitudes y practicas sobre sífilis materna: adolescentes embarazadas. Hospitales de referencia en Paraguay. 2008”**. La actividad sexual precoz expone ampliamente a la población adolescente al mayor peligro de padecer infecciones de transmisión sexual. En los últimos años ha ocurrido un incremento de la actividad sexual y una mayor precocidad del inicio de las mismas, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente. Esto se considera actualmente un serio problema médico-social. Estudio observacional descriptivo con componente analítico, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sífilis materna de adolescentes embarazadas. Hospitales de Referencia de atención materna e infantil a nivel nacional ubicados en las ciudades de Asunción y San Lorenzo. Se realizó una encuesta en adolescentes acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la infección por sífilis durante el embarazo en el año 2007 al 2008. Se obtuvo información de 146 adolescentes embarazadas de un grupo de 700 mujeres embarazadas en las cuales se identificó un 75% de desconocimiento sobre la sífilis. Respecto a la actitud favorable y la buena práctica, en ningún caso llegan al 50%. Se ha demostrado que en la medida que los conocimientos son buenos; las actitudes son favorables y las prácticas son de prevención. Esto indica la necesidad de educación a las adolescentes sobre la enfermedad, sus signos y síntomas, a quién y cómo afecta, como así también la información de que la sífilis tratada a tiempo, tiene cura (20).

Galeano Claudia Lucena – Cardona, MD; García William Darío – Gutiérrez, MD; Congote Lina María – Arang, MD; Vélez María Adelaida – García, MD; Martínez Diana Milena – Buitrago, MD en el año 2010 en Colombia realizaron un estudio titulado **“Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, Colombia,**

2010". El objetivo fue determinar la prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita de la ciudad de Cali, Colombia en el año 2010. Fue un estudio de corte transversal descriptivo. La población de estudio correspondió a las embarazadas que tuvieron control prenatal y asistieron para la atención de parto en Cali, y cuyo resultado materno y perinatal se conoció. Se excluyeron las pacientes con la ficha epidemiológica mal diligenciada. Se evaluaron las características sociodemográficas clínicas de las gestantes con sífilis gestacional, se estimó la prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita en la ciudad de Cali en el año 2010. Resultados: la prevalencia de sífilis gestacional encontrada fue de 1,4%, la incidencia de sífilis congénita para la ciudad de Cali fue del 2,5 por 1000 nacidos vivos en el año 2010. El 35% de las pacientes con serología positiva son tratadas inadecuadamente. Se concluyó que la prevalencia de sífilis gestacional es mayor a la esperada por la Organización Panamericana de la Salud (8).

Vanegas-Castillo Nayibe, Cáceres-Buitrago Yenny Nataly, Jaimes-González Carlos Augusto, Ángel-Muller Edith, Rubio-Romero Jorge Andrés. TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y PREVENCIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN BOGOTÁ, 2010. Rev Fac Med. 2011; 59:167-189

Antecedentes. La sífilis afecta a la mujer gestante y es transmitida al feto. Hay incremento de su incidencia en países no desarrollados y poblaciones vulnerables. Objetivo. Evaluar el cumplimiento de las recomendaciones del Centro de Control de Enfermedades (CDC) para el tratamiento de casos intrahospitalarios de sífilis gestacional y congénita. Material y métodos. Estudio retrospectivo basado en registros de notificación e historias clínicas de gestantes y neonatos de un hospital público de Bogotá entre enero 1 y octubre 31 de 2010. Resultados Se identificaron 40 casos de sífilis gestacional: 12,5% con diagnóstico de aborto sin control prenatal, 12,5% en gestaciones en curso (una término en aborto), 72,5% durante el parto y 2,5% en puerperio. Sólo 45% estaban afiliadas a la seguridad social, la tasa de analfabetismo fue 12%. El 100% de los casos encontrados latentes y 58% de los compañeros no recibió tratamiento. Se identificaron 25 casos de sífilis congénita. Hubo 2 (8,3%) casos confirmados de neurosífilis congénita. Todos los neonatos recibieron tratamiento para sífilis congénita como escenarios 1 y 2 del CDC independiente del tratamiento materno recibido. Conclusión. La sífilis gestacional y congénita afecta grupos vulnerables. Se debe tratar integralmente a la gestante y su hijo, ubicar el escenario terapéutico del neonato y realizar el manejo clínico adecuado para curar la enfermedad. (24)

Puelles V. Sarita, Villanueva C. Sandra. “NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA SÍFILIS EN GESTANTES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS Y EN GESTANTES ADULTAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD – LIMA. OCTUBRE 2011 – ENERO 2012”.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre la sífilis en gestantes adolescentes de 15 a 19 años y en gestantes adultas de 20 a 40 años que acuden al centro de salud La Libertad – Lima. Octubre 2011 – enero 2012.

Material y Métodos: El presente estudio es de tipo descriptivo, prospectivo, cuantitativo y de corte transversal. La población de estudio fueron gestantes adolescentes de 15 a 19 años y gestantes adultas de 20 a 40 años. La muestra estuvo conformada por 25 gestantes adolescentes y 122 gestantes adultas. El instrumento utilizado fue un cuestionario que constó de preguntas sobre los datos generales de la gestante y 21 preguntas cerradas de alternativas múltiples (Anexo D). Para la medición de la variable se procedió a clasificar al nivel de conocimiento en alto, intermedio y bajo, según los indicadores con la prueba de Estanones en la curva de Gauss. Después de recolectar los datos, estos fueron ingresados a los paquetes estadísticos de Excel y SPSS versión 19 para ser analizados.

Resultados: Respecto al nivel de conocimientos sobre la sífilis en gestantes adolescentes el mayor porcentaje (56%) presenta nivel de conocimiento intermedio, el 28% presenta nivel de conocimientos bajo y el 16% presenta nivel de conocimientos alto. Siendo para esta muestra: $X = 11,7$; $_ = 2,7$.

Respecto al nivel de conocimientos sobre la sífilis en gestantes adultas el mayor porcentaje (60%) presenta nivel de conocimiento intermedio, el 22% presenta nivel de conocimientos alto y el 18% presenta nivel de conocimientos bajo. Siendo para esta muestra: $X = 11,2$; $_ = 3,7$.

Conclusión: Se determinó que el nivel de conocimientos sobre la sífilis en gestantes adolescentes de 15 a 19 años y en gestantes adultas de 20 a 40 años del centro de salud La Libertad es intermedio para estas dos poblaciones. (18)

Gonzales Gustavo F, Tapia Vilma, Serruya Suzanne J. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010.

Objetivos. 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 y 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 2000-2010. (10)

Aguilar Ticlavilca Rocio del Pilar. "Factores de riesgo de Sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013".

Introducción: La sífilis es la infección de transmisión sexual que más consecuencias negativas tiene para la salud pública por su alta capacidad de transmisión vertical durante cualquier momento de la gravidez, lo que puede originar elevadas tasas de morbimortalidad perinatal e infantil en aquellos lugares donde persisten niveles altos de prevalencia de infección treponémica. Si bien se conoce los factores de riesgo relacionados con la sífilis en gestantes a nivel mundial, existen pocos estudios a nivel nacional, regional y local. **Objetivos:** Determinar los factores de riesgo (factores sociodemográficos y factores obstétricos - conductuales), además de la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013.

Diseño: Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. **Lugar:** Realizado en el HSJL, Lima, Perú en el año 2013. **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:** Los factores sociodemográficos la mayoría de pacientes

con sífilis tenía entre 20 a 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. (1)

A. ANTECEDENTE HISTÓRICO

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) conocida por la humanidad desde hace siglos. Ya en la antigüedad, Hipócrates en su obra “Epidemias”, describió brotes de sífilis en el siglo 5 A.C, y desde el siglo 14 se reconoce su relación con las relaciones sexuales y las conductas de riesgo. Desde entonces se han descrito múltiples teorías etiológicas y tratamientos. Es recién en 1905 se establece la relación de esta enfermedad con el *Treponema Pallidum* y en 1943 se establece, por Mahoney, la eficacia del tratamiento con penicilina para esta infección (13).

La gran epidemia de sífilis que afectó a Europa en el siglo XV coincidió con el retorno de Cristóbal Colón de sus expediciones por América. Aunque persiste la controversia en torno a si fueron realmente los españoles quienes llevaron la sífilis al viejo continente, hay indicios de que Cristóbal Colón padeció la enfermedad y murió de ella en 1506 en Valladolid (España). A lo largo de la historia, muchos personajes, como Beethoven, Donizetti, Schubert, Schumann, Van Gogh y Hitler, han padecido de sífilis (23).

Las implicaciones sociales de la enfermedad han llevado a ocultar el diagnóstico y a achacar a otras causas los síntomas neurológicos propios de la afección en sus etapas avanzadas. El mercurio y el arsénico fueron dos de los remedios más utilizados, y también de los más temidos, debido a las complicaciones que producían. Aunque August von Wassermann inventó la primera prueba de sangre para detectar la sífilis, no se contó con un tratamiento eficaz hasta 1943, cuando la penicilina, descubierta en 1928 por el bacteriólogo británico Alexander Fleming, se utilizó por vez primera con buenos resultados para tratar la enfermedad (23).

La sífilis dio lugar también a una de las polémicas más grandes de toda la historia, con la publicación del Tuskegee study of untreated syphilis in the Negro male, conocido en español por “estudio de Tuskegee”. En 1932, el Servicio de Sanidad de los Estados Unidos, con el propósito de observar la evolución natural de la sífilis, emprendió en Alabama un estudio que inicialmente debía durar seis meses, pero que sorprendentemente se extendió por más de 40 años. A pesar de que durante su curso se comprobó la eficacia de la penicilina para tratar la sífilis, las personas estudiadas no recibieron ningún tratamiento, conducta que resulta médica y éticamente reprobable. Cuando esto salió a la luz pública se establecieron normas sistemáticas para la experimentación con seres humanos (23).

B.EPIDEMIOLOGÍA

B.1 COMPORTAMIENTO MUNDIAL: Aunque la sífilis es una enfermedad conocida desde hace más de 500 años, mantiene en la actualidad su importancia desde el punto de vista de la salud pública. La OMS estimaba para el año 2008 una incidencia de 10,6 millones de nuevos casos de sífilis a nivel mundial, una cifra similar a la estimada para el año 2005. Las tasas de incidencia de sífilis son muy variables en los distintos países del

mundo. África y el Sudeste Asiático concentran el mayor número de casos, con 3,4 y 3,0 millones de nuevas infecciones, respectivamente, en 2008 (13).

En la mayoría de los países, la incidencia es mayor en los hombres que en las mujeres. De los 51 países que notificaron datos de sífilis a la OMS en 2011, las tasas en mujeres oscilaron entre 0,1 y 70,7 casos por 100.000 mujeres, mientras que en hombres el rango varió entre 0,3 y 94,4 casos por 100.000 hombres. La mediana de las tasas de incidencia de sífilis en los países de bajos y medianos ingresos es considerablemente superior que en los países de ingresos elevados, tanto para hombres como para mujeres (3).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto la meta de eliminar la sífilis congénita, llevando la incidencia a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos (incluidos los mortinatos). Para lograr esta meta, es vital que más de 95% de las gestantes infectadas sean detectadas y tratadas, logrando reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0%. (24).

El aumento de la sífilis materna y congénita en los países en desarrollo contribuye al incremento de las tasas de mortalidad infantil, situación que de no modificarse se traducirá en el retroceso de los logros alcanzados por los planes de salud reproductiva en el mundo. La sífilis también tiene un impacto negativo en la salud materna y en la transmisión del VIH/sida (12).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), constituyen un problema serio de salud a nivel mundial. Las consecuencias afectan principalmente a mujeres y a niños; con impactos económicos, sociales y sanitarios de gran repercusión en muchos países (4). Entre estas infecciones, la sífilis se presenta a nivel mundial y con mayor frecuencia en grandes zonas urbanas. La sífilis es una enfermedad infecciosa exclusiva del humano, de transmisión sexual, sanguínea, y perinatal, causada por el *Treponema pallidum*. Esta infección se manifiesta en etapas agudas asintomáticas o sintomáticas o en formas crónicas causantes de graves secuelas y discapacidades (8).

La situación epidemiológica actual a nivel global de la sífilis, suele ser muy variable, su magnitud se está incrementando aún en lugares donde se le consideraba bajo control, como en algunas regiones de Europa oriental y occidental, en las que se observa incremento de la incidencia en años recientes (1).

B.2 COMPORTAMIENTO EN AMÉRICA: En los últimos años los avances alcanzados en la atención de la salud, permitieron salvar vidas y mejorar la salud en las Américas pero los beneficios no fueron alcanzados igualitariamente en toda la Región que, por sus determinantes sociales diferenciales, necesitan esfuerzos múltiples y convergentes para que la equidad sea una realidad. Será también necesario agregar calidad, que es el inmenso desafío para la atención de la salud en todos los campos (17).

Latinoamérica es la región con las tasas más altas de sífilis en el embarazo, estimada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 3.9% entre 1997 y 2003. Estas cifras permiten estimar que cada año nacen entre 164.000 y 344.000 niños con Sífilis Congénita (SC) en la región (13).

La mayor parte de los otros países de América Latina y el Caribe tienen una normativa de tamizaje de sífilis en gestantes, pero ésta no se aplica de forma sistemática. Así, la eliminación de la sífilis congénita es todavía un asunto pendiente a pesar de tener servicios de control prenatal disponibles, la tecnología adecuada y el conocimiento de cómo prevenir la infección (12).

La sífilis pone en riesgo la salud de la madre y también la del niño. La mortalidad neonatal puede llegar a 54% de los niños afectados, siendo la prematurez una causa importante de esta mortalidad. El principio fundamental de la prevención/eliminación de la sífilis congénita (SC) consiste en detectar y tratar la infección en la gestante para prevenir la transmisión vertical de la sífilis. La madre puede transmitir sífilis al feto hasta cuatro años después de la infección materna original cuando no ha sido tratada. Se estima que de todas las gestantes con sífilis no tratada, sólo 20% llevará al feto al término de la gestación y obtendrá un niño normal (12).

Las complicaciones incluyen: aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal no inmune, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, muerte perinatal y secuelas serias en los niños que nacen vivos. Se ha visto que puede llevar a muerte intrauterina en 30%, muerte neonatal en 10% y trastorno neonatal en 40%. Por ello, se deben dirigir los esfuerzos para prevenir la sífilis congénita en la etapa prenatal, dado que esta puede dar lugar a las complicaciones antes mencionadas, todas ellas prevenibles). Por otro lado, la sífilis hace que sea más fácil transmitir y contraer la infección por VIH por vía sexual. Se calcula que el riesgo de contraer la infección por VIH es de 2 a 5 veces más alto cuando está presente la sífilis (12).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que alrededor de 12 millones de nuevos casos de sífilis ocurren cada año en el mundo en la población adulta, 90% de ellos en países en desarrollo. Para Latinoamérica y el Caribe el estimado de la incidencia anual de casos de sífilis en población adulta es de 3 millones (1).

Según la OPS, en el 2003 la prevalencia estimada de sífilis en gestantes en América Latina y el Caribe (ALC) era de 3,1 por cien gestantes evaluadas (0,4 - 6,2). En orden decreciente la prevalencia estuvo: 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. La incidencia de sífilis congénita presentaba un intervalo por 1.000 nacidos vivos entre 0,0 en Cuba y 4,0 en Brasil. En orden decreciente la incidencia estuvo: Honduras 2,5, Paraguay 2,0, Colombia 1,5, El Salvador 1,0, Perú 0,8, Chile 0,5, Bolivia 0,2 y Panamá 0,2 por mil nacidos vivos (12).

Estos datos presentan limitaciones, ya que la subnotificación de casos de sífilis materna y sífilis congénita es elevada. En el caso de la incidencia de sífilis congénita los abortos y los nacidos muertos no se incluyen en casi ningún país. Por lo tanto, no se conoce la verdadera magnitud del problema (12).

La sífilis sigue teniendo un impacto negativo en ALC. La aparición de casos de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias de orden tanto estructural como técnico en los servicios de salud. Así, a pesar de que en ALC la cobertura de la atención prenatal es aceptable (> 50%), la falta de detección y tratamiento sistemáticos de la enfermedad determina que la SC siga siendo un problema de salud pública en la mayoría de los países de la región (12).

Se calcula que en ALC, 330.000 mujeres gestantes que tienen una prueba positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal. Aunque el estadio de la enfermedad es un factor determinante, se estima que de estas gestaciones nacen 110.000 niños con sífilis congénita, y un número similar resulta en aborto espontáneo (12).

B.3 COMPORTAMIENTO NACIONAL: En el Perú, actualmente la prevalencia de sífilis durante el embarazo es en promedio del 1.4% y la tasa de recién nacidos con sífilis congénita es de: 3,6 casos por 1000 nacidos vivos. Esto debido a una falta de diagnóstico de esta enfermedad y por consecuencia la falta de tratamiento.

Si bien es cierto desde el año 2000 el Ministerio de Salud del Perú ha implementado estrategias de diagnóstico y manejo de la sífilis en la gestante, con base en la evidencia que muestra que el tratamiento apropiado de la gestante previene las complicaciones; el programa no ha dado los resultados esperados dada la dificultad para identificar de manera adecuada a las mujeres infectadas para ofrecerles un tratamiento oportuno. Las nuevas pruebas diagnósticas rápidas de la sífilis ofrecen la posibilidad de tratar a las mujeres con mayor eficacia que las pruebas convencionales. Esta circunstancia debería incrementar de forma significativa el número de mujeres tratadas (18).

El 54.1 % de la población total del país, se encuentra bajo la línea de pobreza, con ingresos inferiores a los requeridos para satisfacer sus necesidades básicas; un 20% de la población, no puede satisfacer sus requerimientos alimentarios básicos⁹, es decir están en el rango de extrema pobreza (22).

Este escenario incrementa las situaciones de hacinamiento, los riesgos de promiscuidad y por ende a las medidas preventivas de enfermedades más frecuentes. Estos indicadores vulneran a la población frente a las ITS en general pero sobretodo frente al VIH y la sífilis (22).

En el caso de la sífilis existen algunos estudios transversales en diversas poblaciones que nos permiten tener una idea de la magnitud del problema en ellos se puede apreciar que la prevalencia de sífilis encontrada fue de alrededor de 1%. La prevalencia de sífilis en gestantes se ha podido medir mediante los estudios de Vigilancia Centinela que se han realizado en puérperas desde el año 1996 al 2002 (este último año medido en gestantes). La prevalencia, según estos estudios, ha variado entre 1.03 hasta 1.71% entre los años 1996 al 2000, y en el año 2002 el valor fue de 0.56% (0.43%-0.73%), no pudiéndose comparar esta cifra con las anteriores debido al cambio de metodología aplicado (22).

La tasa de sífilis congénita ha variado de 4.6 a 7.8 por 1000 recién nacidos vivos entre los años 2007-2001 según la hoja de monitorización de la ESN-PC-ITS/VIH/SIDA. En el año 2005 la cifra se encontró en 3 por 1000 recién nacidos vivos (22).

2.2 Bases teóricas

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. El período de incubación de la enfermedad es de 10 a 90 días y de tres semanas en promedio. Se transmite principalmente durante las relaciones sexuales y a veces también por contacto con las lesiones o por transfusión de sangre cuando el donante está en fase temprana de la enfermedad (23).

Para la persona afectada los signos característicos son difíciles de reconocer porque la lesión inicial, que se conoce por chancro, puede presentarse en zonas poco visibles. Por otro lado, los síntomas iniciales no alcanzan la intensidad necesaria para motivar la consulta médica. El curso de la enfermedad se divide en cuatro estadios: sífilis primaria, secundaria, latente y terciaria (23).

- a. **SÍFILIS PRIMARIA:** Alrededor de dos semanas después del contagio, aparece una lesión erosivo-ulcerativa única, muy superficial, indurada, no dolorosa en el lugar de la inoculación, que constituye el llamado chancro sifilítico. Se localiza en la zona del contacto sexual (normalmente en los genitales, boca o ano). Va acompañado de adenopatías regionales. Alrededor de un mes más tarde, el chancro remite espontáneamente (23).

- b. **SÍFILIS SECUNDARIA:** Después de seis semanas de la desaparición del chancro, aparecen las manifestaciones generalizadas de la sífilis. Estas son debidas a la diseminación hematógica del treponema. La manifestación más precoz es la roséola sifilítica (exantema generalizado, no pruriginoso, ni descamativo y recidivante, que afecta al tronco y raíz de los miembros). Desaparece espontáneamente en el plazo de un mes. Después de 4 a 12 meses del comienzo de la enfermedad pueden aparecer las sífilides (pápulas indoloras, no pruriginosas e induradas) y las afectaciones viscerales (óseas, hepáticas, articulares, adenopatías, etc.). Estas lesiones pueden ir acompañadas de sensación de mal estado general y fiebre (23).

- c. **SÍFILIS TARDÍA:** Suele aparecer después de 10 a 30 años de haberse contagiado. Se caracteriza por manifestaciones cutáneo-mucosas (gomas superficiales y profundas), como también, por afectaciones viscerales (cardio-vasculares o neurológicas) (23).
- d. **SÍFILIS LATENTE:** es el período de la enfermedad en que el agente etiológico se encuentra en la persona infectada, sin producir síntomas ni signos clínicos. Las pruebas serológicas, sí detectan anticuerpos frente al treponema. Se denomina a la sífilis primaria y secundaria como sífilis benigna, ya que cursa con lesiones curables que no dejan cicatriz. La sífilis tardía es grave, cursa con lesiones destructivas y, aunque pueden curar con tratamiento correcto, deja secuelas graves (23).

D. PATOLOGÍAS ASOCIADAS

- a. **LA NEUROSÍFILIS:** Actualmente no se considera como parte de la sífilis terciaria, sino como una manifestación presente en cualquier estadio de la enfermedad, por lo que se clasifica en neurosífilis aguda y tardía (crónica). Esta última es una infección lentamente progresiva y destructiva del SNC que se presenta cuando la sífilis no ha sido tratada, años después de la infección primaria. Los síntomas son dolor de cabeza, cuello rígido, irritabilidad, confusión mental, depresión, trastornos visuales, reflejos anormales, incontinencia, demencia, debilidad, adormecimiento de las extremidades, contracciones y atrofia muscular. La neurosífilis ocurre en 15% a 20% de todas las infecciones tardías o sífilis terciaria y es una complicación progresiva y potencialmente mortal (12).
- b. **LA SÍFILIS GESTACIONAL (SG):** es aquella que se diagnostica durante la gestación, el posaborto o el puerperio inmediato y puede encontrarse en cualquiera de sus fases, aunque es más frecuente en la secundaria indeterminada (12).
- c. **LA SÍFILIS CONGÉNITA (SC):** ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al fruto durante la gestación ya sea por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la

madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico ya se ha desarrollado, aunque el treponema puede pasar la circulación fetal desde la novena semana. Si la madre recibe tratamiento antes de la decimosexta semana es casi siempre posible que se prevenga el daño al feto y de aquí la importancia de la solicitud de pruebas no treponémicas prenatales en el primer trimestre. La SC se clasifica según el momento de aparición de las manifestaciones clínicas (12).

d. LA SÍFILIS CONGÉNITA TEMPRANA: es la que se presenta antes del segundo año de vida; mientras más tempranamente se presenta tiende a ser más grave y puede ser fulminante, se asemeja a la sífilis secundaria del adulto. Puede darse que el niño nazca con serias deformidades y se asocia con una mortalidad alta o puede que las manifestaciones estén presentes desde el nacimiento o que se vayan presentando paulatinamente durante el crecimiento, pero que no atenten directamente contra la vida del paciente (12).

e. LA SÍFILIS CONGÉNITA TARDÍA: se presenta después de los dos años de edad, se asemeja a la sífilis terciaria y perdura durante toda la vida (12).

La infección del feto puede producirse en cualquier mujer no tratada, aunque es más frecuente en los estadios precoces de la infección. La infección antes del cuarto mes de gestación es poco frecuente. La gravedad clínica va desde el aborto tardío hasta parto pretérmino, muerte neonatal, infección neonatal e infección latente (12).

La transmisión de la infección al feto en la sífilis materna primaria es de 70% y en la secundaria es de 90% a 100%. En la latente temprana es de 30%, en la sífilis latente tardía la transmisión disminuye a alrededor de 20%. Las espiroquetas cruzan la barrera placentaria desde la octava o novena semanas de la gestación. Sólo después de la semana dieciséis de gestación el feto es capaz de desarrollar una respuesta inmune a la infección; las manifestaciones dependen no sólo de la edad gestacional al momento de la infección, sino también de la etapa evolutiva de la enfermedad y del inicio del tratamiento (12).

Si la madre se infecta en las primeras semanas de gestación, se produce un daño fetal severo y un pequeño porcentaje termina en aborto espontáneo. Si se infecta después de

la semana dieciséis de gestación, ésta evoluciona hacia aborto en 25%, mortinato en 25% o infección congénita en 50% de los casos; sólo un pequeño porcentaje nacerá sano (12).

La infección de la madre al final de la gestación se traduce en una amplia transmisión al feto; 60% de los recién nacidos nacerán aparentemente sanos. Se estima que hasta 90% de los recién nacidos de madres con sífilis no tratada adquirirán la sífilis congénita y muchos no desarrollan síntomas hasta dos semanas a tres meses más tarde (12).

E. MODO DE TRANSMISIÓN

E.1 EXPOSICIÓN SEXUAL: corresponden a cerca de 90% de las infecciones. La contagiosidad va disminuyendo hacia el segundo año de la infección. La madre adquiere la sífilis durante las relaciones sexuales, por contacto directo con exudados infecciosos de lesiones (chancro) iniciales húmedas evidentes o no manifiestas de la piel y de las mucosas; la exposición casi siempre tiene lugar durante el coito, está involucrado el sexo por vía vaginal, anal u oral (12).

E.2 POR TRANSFUSIONES DE SANGRE CONTAMINADA CON SÍFILIS: si el donante está en la fase temprana de la enfermedad, raro hoy en día dada la búsqueda en el donante. Es posible contraer la infección por contacto con objetos contaminados, pero esto es extraordinariamente raro. Es más frecuente por compartir jeringas para inyección de drogas intravenosas. Algunos profesionales de la salud han contraído lesiones primarias en las manos después del examen clínico de lesiones infecciosas en la etapa temprana (12).

E.3 PRENATAL (VERTICAL): la sífilis congénita ocurre cuando la madre con sífilis durante la gestación transmite la infección al fruto ya sea por vía hematogena-transplacentaria o durante el parto por el contacto sanguíneo o con lesiones en los genitales de la madre (12).

Los niños infectados pueden tener lesiones mucocutáneas húmedas, más generalizadas que en la sífilis del adulto, y constituyen una fuente posible de infección. La lactancia

puede estar involucrada en la transmisión sólo si existen lesiones sífilíticas en las mamas y la transmisión sería por inoculación directa (12).

F. RESERVORIO

Los seres humanos.

G. PERÍODO DE INCUBACIÓN

De 10 a 90 días, por lo común tres semanas.

H. PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD

La transmisión se produce cuando están presentes las lesiones mucocutáneas húmedas de la sífilis primaria y secundaria. Las lesiones de la sífilis secundaria pueden reaparecer con frecuencia cada vez menor, en un lapso de hasta cuatro años después de la infección. Sin embargo, la transmisión de la infección es rara después de los dos primeros años. Adicionalmente se es infectante hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento (12).

La transmisión de la sífilis de la madre al feto es más probable si ella está en la fase temprana de la enfermedad, pero puede producirse durante todo el período de latencia incluso luego de cuatro años (12).

I. SUSCEPTIBILIDAD Y RESISTENCIA

La susceptibilidad es universal, aunque sólo cerca de 30% de las exposiciones culminan en infección. La infección genera inmunidad contra *Treponema pallidum* en forma gradual. Es frecuente que no se genere inmunidad si el paciente se ha sometido a tratamiento temprano en las fases primaria y secundaria. La infección concurrente por el VIH puede aminorar la respuesta normal del huésped contra *T. pallidum* (12).

J. COMPLICACIONES

La neurosífilis es la complicación más grave y existen cuatro formas diferentes: asintomática, meningovascular, tabes dorsal y paresia general. La neurosífilis asintomática precede a la sífilis sintomática y se presenta en 15% de las personas con sífilis latente. En este caso, pueden encontrarse anomalías en el líquido cefalorraquídeo, sin que los síntomas estén presentes. En la neurosífilis meningovascular pueden

presentarse parálisis de los pares craneales y anomalías de la pupila, entre una amplia variedad de síntomas, y daño en los vasos sanguíneos, lo cual ocasiona ataques cerebrovasculares (12).

En el tabes dorsal se presenta degeneración progresiva de la médula espinal que ocasiona alteración o pérdida de la propiocepción generando dificultad e incapacidad para caminar. En la paresia general se presentan parálisis, temblores, convulsiones y deterioro mental como resultado del daño a las células del cerebro, y presencia de gomas sifilíticas en cualquier parte del SNC, lo cual causa una gran variedad de síntomas neurológicos. La meningitis sifilítica aséptica ocurre como producto de la infección crónica y cuya sintomatología básica son dolores de cabeza, cambios cognoscitivos y anomalías de los pares craneales (12)

K. DIAGNÓSTICO

“Toda mujer gestante, puérpera o con aborto reciente, con prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva mayor o igual a 1:8 diluciones o en menores diluciones (0, 1:2 ó 1:4) con prueba treponémica (FTA-abs o TPHA) positiva (12).

Rara vez los falsos positivos de las pruebas no treponémicas tienen un título superior a 1:8 diluciones (dils), generalmente se dan con los títulos bajos, aunque pueden presentarse excepciones como por ejemplo las gestantes usuarias de drogas intravenosas, con infecciones agudas o enfermedades autoinmunes agudizadas (ver falsos positivos), que pueden tener títulos altos sin tener sífilis (12).

Las pruebas treponémicas idealmente se deberían ordenar a todas las gestantes con pruebas no treponémicas reactivas; pero en vista del costo, en ocasiones la demora en los resultados y la baja disponibilidad se deben ordenar en todas aquellas gestantes con títulos no treponémicos bajos o aquellas en las cuales hay dudas de que tengan la infección/enfermedad (12).

A continuación se presentan los posibles resultados e interpretaciones de las pruebas serológicas. Si el resultado de la prueba confirmatoria es positivo y si no hay antecedente de sífilis ni historia de tratamiento para ésta en el pasado, debe asumirse que tiene un caso de sífilis actual y que requiere tratamiento (12).

En caso de gestantes con antecedente de sífilis antes de la gestación actual, que recibieron tratamiento adecuado y los títulos no treponémicos actualmente son bajos (VDRL <1:2 RPR<1:4 dil) se considera que se trata de una situación de cicatriz serológica, por lo que no requieren prueba confirmatoria, pues ésta será siempre positiva, ni requieren tratamiento adicional, pero sí seguimiento serológico para vigilar la posibilidad de reinfección (12).

Si se considera el caso como cicatriz serológica se debe tener certeza de la aplicación de la medicación a través del registro en la historia clínica, donde se haya especificado la fase de la enfermedad, las dosis aplicadas con la fecha respectiva y el servicio que supervisó la aplicación. Si hay dudas en lo anterior se considera como caso de sífilis gestacional (12).

Para hablar de un falso positivo en una prueba no treponémica se debe tener prueba treponémica confirmatoria negativa independiente de los títulos de la prueba no treponémica. Otro escenario que podemos encontrar es el fenómeno prozona, el cual consiste en un resultado positivo débil que se observa hasta en un 2% de los infectados, a pesar de existir altos títulos en realidad; se presenta especialmente en la fase de sífilis secundaria. Para solventar estas situaciones, se deben realizar diluciones séricas mayores cuando existe sospecha fundada, como ocurre en las gestantes usuarias de drogas intravenosas o con otras enfermedades de transmisión sexual, entre otros (12).

La respuesta serológica al tratamiento varía según el estadio de la sífilis en el que es tratada; la adecuada disminución de los títulos es importante como criterio de curación y debe ser al menos dos diluciones en un tiempo de 6 meses luego del tratamiento en una sífilis primaria o secundaria (12).

Sin embargo, en nuestras maternas es más frecuente encontrar el estadio latente indeterminado; en éste y los estadios tardíos la disminución de los títulos es gradual, y puede tardar hasta un año la disminución en dos diluciones por lo que la mayoría de las mujeres terminan la gestación antes de que la respuesta serológica pueda ser evaluada definitivamente. Por ello se recomienda el seguimiento mensual durante la gestación, especialmente en mujeres con alto riesgo de reinfección o en áreas geográficas donde la prevalencia de sífilis es alta; incluso aquellas con el antecedente de sífilis tratada

adecuadamente antes de la gestación pero con serología reactiva deben tener este seguimiento y continuar a los 3, 6, 12 y 24 meses luego de terminar la gestación y el tratamiento (12).

K.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

Se analizarán los estudios en campo oscuro y las pruebas serológicas.

- **ESTUDIOS DE CAMPO OSCURO:** El método específico para el diagnóstico de la sífilis es la identificación mediante microscopia de campo oscuro del *Treponema pallidum* en muestras procedentes de un individuo infectado. Los estudios diagnósticos en campo oscuro son especialmente útiles durante la sífilis primaria y secundaria; en las recaídas infecciosas y en la sífilis congénita temprana, pues el enfermo suele tener lesiones húmedas, como chancros, condilomas o placas mucosas, que tienen un gran número de treponemas (12).
- **PRUEBAS SEROLÓGICAS:** Para el diagnóstico serológico de la sífilis se utilizan pruebas treponémicas y no treponémicas. Estas pruebas se diferencian en los antígenos utilizados y en el tipo de anticuerpo que se determina (12).
 - a. **Pruebas no treponémicas.** Determinan anticuerpos reagínicos que se detectan con el antígeno cardiolipina-lecitina altamente purificado. A pesar de que las pruebas no treponémicas son relativamente específicas, no son exclusivas para la sífilis y, por tanto, pueden producirse reacciones positivas falsas. Las pruebas no treponémicas que se usan en la actualidad se dividen en dos grupos, según la forma en que se detecten los complejos antígeno-anticuerpo: pruebas no treponémicas de fijación del complemento, como la de Kolmer y pruebas no treponémicas de floculación (12).

Estas últimas resultan más fáciles de hacer y su uso está ampliamente difundido. Entre ellas se pueden citar: VDRL (por su nombre en inglés: Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (por su nombre en inglés: Rapid Plasma Reagin) (12).

VDRL es una prueba bien controlada, fácil de hacer y que se puede cuantificar con exactitud. Los resultados de VDRL se describen como positivos o reactivos, débil reactivo y negativos o no reactivos. En la actualidad es la prueba serológica no treponémica más utilizada (12).

El grupo de pruebas RPR se desarrolló para seleccionar la enfermedad en estudios de campo. En general, las pruebas denominadas PCT (plasmacrit), USR (por su nombre en inglés: Unheated Serum Reagin), Tear-Drop-Card (pruebas en tarjetas) son más sensibles, pero menos específicas. Siempre que una RPR resulte positiva, debe ser confirmada mediante una prueba más específica, como VDRL. Las pruebas RPR denominadas Circle Cardy ART (por su nombre en inglés: Automated Reagin Test) son cada vez más aceptadas. En realidad no son métodos selectivos, sino diagnósticos, que pueden llevarse a cabo de forma cualitativa y cuantitativa.

Sin embargo, no existe correspondencia directa entre los títulos obtenidos con las pruebas RPR, Circle Card, ART y VDRL.

Además, los cambios en los títulos obtenidos con RPR, Circle Cardy ART no han podido ser relacionados con el tratamiento, las recaídas o las reinfecciones (12).

- b. **Pruebas treponémicas.** En las pruebas treponémicas el antígeno es el *Treponema pallidum*. Su finalidad es la de detectar anticuerpos antitreponémicos específicos que generalmente aparecen en infecciones provocadas por treponemas. Debido a su mayor especificidad, estas pruebas solo se utilizan para confirmar los datos obtenidos en las pruebas no treponémicas. Por desgracia, son técnicamente complejas y costosas comparadas con las no treponémicas (12).

Entre las pruebas treponémicas utilizadas en la actualidad está la prueba TPI (de inmovilización del treponema). Es una prueba muy específica, que requiere microorganismos vivos y es costosa y difícil de estandarizar. No es tan sensible como el método de anticuerpos fluorescentes y, en la actualidad, su empleo se limita a casos especiales (12).

La FTA-ABS (por su nombre en inglés: Fluorescent-Treponemalantibody absorbed) es la modificación actualmente empleada en la cual los sueros de prueba son previamente absorbidos para eliminar anticuerpos de grupo, y así la prueba se hace relativamente específica. FTA-ABS es compleja y consume mucho tiempo, por lo que no se recomienda para estudios amplios, sino para la confirmación de pruebas no treponémicas positivas y para el diagnóstico de estadios tardíos de la sífilis en los cuales las pruebas no treponémicas dan resultados negativos falsos. Así, FTA-ABS19

Ig M e Ig M capturada por Elisa (por su nombre en inglés: Enzyme-linked immunosorbent assay) se han convertido en pruebas altamente sensibles y específicas (12).

Entre las pruebas de hemoaglutinación para la detección de anticuerpos contra *Treponema pallidum* se tienen: TPHA (por su nombre en inglés: *Treponema pallidum* Haemagglutination Assay), en la que la presencia de anticuerpos se pone de manifiesto mediante la macrohemoaglutinación de *Treponema pallidum*. Entre las modificaciones posteriores hay que citar la prueba automatizada y cualitativa de hemoaglutinación AMHA-TP (por su nombre en inglés: Automated Microagglutination *Treponema pallidum*) (12).

Este último método puede usarse también de forma manual cualitativa y cuantitativa y recibe entonces el nombre de MHA-TP. Las pruebas de hemoaglutinación treponémica son menos caras y más sencillas que otras pruebas treponémicas y pueden efectuarse en un elevado número de muestras gracias a su automatización (12).

Estas pruebas son menos sensibles que FTA-ABS en el diagnóstico de la sífilis primaria; en los demás estadios de la enfermedad son más sensibles. Elisa es una prueba rápida, cuya sensibilidad se compara con la de FTA-ABS. En ella se usan anticuerpos monoclonales de murino contra *treponema* (12).

La especificidad molecular de los anticuerpos a los antígenos del *Treponema pallidum* están siendo examinados por inmunobloty radioinmunoprecipitación. El uso de la reacción en cadena de la polimerasa para detectar el genoma del *Treponema pallidum* y por tanto la presencia del microorganismo actualmente es útil, especialmente con fines de investigación (12).

2.3 Definición de Términos Básicos

En el presente estudio es necesario conocer los siguientes términos:

- **Pruebas Treponémicas:** pruebas que usan el *Treponema pallidum* o componentes de este como antígeno.

- **Pruebas no Treponémicas:** pruebas realizadas con antígeno de naturaleza lipídico que miden anticuerpos tipo Ig G e Ig M formados por el huésped como reacción a lipoproteínas y cardiolipinas, consecuencia del daño celular producido.
- **VDRL:** (Venereal Disease Research Laboratory) es una suspensión alcohólica que contiene cantidades estandarizadas de cardiolipina, lecitina y colesterol.
- **USR:** Unheated Serum Reagin. Prueba no treponémica mas estabilizada con la cual no hay necesidad de inactivar la muestra, ni de prepararse diariamente el antígeno.
- **RPR:** (Rapid Plasma Reagin) suspensión estabilizada que contiene cardiolipina, lecitina y colesterol. a la cual se le ha adicionado partículas de carbón.
- **TP- HA:** Microhemaglutinación pasiva para Treponema Pallidum, prueba treponémica
- **FTA-Abs:** Absorción de anticuerpos fluorescentes para Treponema Pallidum, prueba treponémica.
- **Floculación:** El proceso mediante el cual las partículas finas son forzadas a agruparse en floculos, estos floculos pueden tender a flotar en la superficie.
- **Reaginas:** anticuerpo inducido por alérgeno del tipo Ig E que se asemejan a los mastocitos y que se producen en el asma y fiebre del heno. En las reacciones antígeno-anticuerpo desencadena la liberación de histamina y de otros mediadores por de granulación de los polinucleares que provocan síntomas atópicos.
- **Cardiolipinas:** Son fosfolípidos presentes principalmente en las membranas mitocondriales internas y en las membranas plasmáticas bacterianas; se emplean en pruebas no treponémicas para el diagnóstico de sífilis (12).

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO N° 01

1. POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA EN EL AÑO 2013	TOTAL	PORCENTAJE
GESTANTES NORMALES	8568	99.3%
GESTANTES CON SÍFILIS	60	0.7%
	8628	100

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro se evidencia que la población total atendida en el año 2013 en el Hospital Nacional Sergio Bernales está constituido por un 99.3% de gestantes normales y un 0.3% de gestantes con sífilis.

CUADRO N° 02

2. EDAD (INTERVALO)	TOTAL	PORCENTAJE
13 - 17	5	8.3%
18 - 22	16	26.7%
23 - 27	11	18.3%
28 - 32	10	16.7%
33 - 37	11	18.3%
38 - 42	6	10.0%
43 A MÁS	1	1.7%
	60	100

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la edad, se evidencia que de las 60 pacientes con diagnóstico de sífilis, el 26.7% de ellas tuvieron entre 18 a 22 años de edad, un 18.3% entre 23 a 27 y 33 a 37 años, un 16.7% entre 28 a 32 años, un 10% entre 38 a 42 años de edad, un 8.3% entre los 13 a 17 años y un 1.7% de los 43 a más. Además la edad mínima encontrada fue 13 años y la máxima 43 años de edad.

CUADRO N° 03

3. ESTADO CIVIL	TOTAL	PORCENTAJE
SOLTERA	12	20.0%
CONVIVIENTE	31	51.7%
CASADA	17	28.3%
OTROS	0	0%
	60	100

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

En este cuadro se observa que el 51.7% fueron convivientes, el 28.3% casadas y un 20% solteras.

CUADRO N° 04

4. GRADO DE INSTRUCCIÓN	TOTAL	PORCENTAJE
SIN ESTUDIOS	0	0%
PRIMARIA INCOMPLETA	2	3.3%
PRIMARIA COMPLETA	0	0%
SECUNDARIA INCOMPLETA	21	35.0%
SECUNDARIA COMPLETA	29	48.3%
SUPERIOR INCOMPLETA	5	8.3%
SUPERIOR COMPLETA	3	5.0%
	60	100

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

El grado de instrucción es importante como factor de riesgo, se observa que el 48.3% de las gestantes tuvieron secundaria completa, un 35% secundaria incompleta, un 8.3% superior incompleta, un 5% con superior completa y un 3.3% primaria incompleta.

CUADRO N° 05

5. OCUPACIÓN	TOTAL	PORCENTAJE
AMA DE CASA	44	73.3%
EMPLEADA DE HOGAR	7	11.7%
TRABAJO INDEPENDIENTE	5	8.3%
OTRAS ACTIVIDADES	4	6.7%
	60	100

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

En este cuadro podemos notar que el 73,3% de las pacientes con Sífilis son amas de Casa, un 11.7% son empleadas del hogar, un 8.3% son trabajadoras independientes y un 6.7% realizan otras actividades.

CUADRO N° 06

6. PARIDAD	TOTAL	PORCENTAJE
NULÍPARA	21	35%
MULTÍPARA	36	60%
GRAN MULTÍPARA	3	5%
	60	100

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

En relación al número de partos se obtuvo como resultado lo siguiente: que el 60% de las pacientes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales fueron multíparas, el 35% nulíparas y un 5% gran multíparas.

CUADRO N° 07

7. ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL	TOTAL	PORCENTAJE
SI	11	18.3%
NO	49	81.7%
	60	100.0

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

Es importante señalar que el 81.7% de las pacientes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales no asistieron a su control prenatal y un 18.3% asistieron a su control prenatal.

CUADRO N° 08

8. TOTAL DE CONSULTAS PRENATALES	TOTAL	PORCENTAJE
ENTRE 1 Y 5	36	60%
DE 6 A 9	11	18.3%
MÁS DE 9	0	0%
NINGUNO	13	21.7%
	60	100

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro se observa que el 60% de las pacientes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales tuvieron entre 1 y 5 controles prenatales, un 21.7% no tuvieron consultas prenatales y un 18.3% tuvieron entre 6 a 9 consultas prenatales.

CUADRO N° 09

9. ETAPA GESTACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS	TOTAL	PORCENTAJE
DURANTE EL EMBARAZO	25	41.7%
DURANTE EL PUERPERIO (INCLUIDO TRABAJO DE PARTO)	28	46.7%
DURANTE EL ABORTO /POSTABORTO	7	11.7%
	60	100

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la etapa en la se diagnóstica la sífilis en el 46.7% de las gestantes fue durante el puerperio, el 41.7% durante el embarazo y el 11.7% en el postaborto.

CUADRO N° 10

10. EDAD GESTACIONAL EN LA QUE SE DIAGNÓSTICA LA SÍFILIS	TOTAL	PORCENTAJE
5 - 12	11	18.3%
13 - 20	4	6.7%
21 - 28	4	6.7%
29 - 36	9	15.0%
37 A MÁS	32	53.3%
	60	100.0

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro encontramos que el 53.3% de las pacientes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales se diagnosticó entre los 37 a más semanas de gestación, un 18.3% entre las 5 a 12 semanas, un 15% entre los 29 a 36 semanas, un 6.7% entre los 13 a 20 y 21 a 28 semanas de gestación.

CUADRO N° 11

11. EDAD DE INICIO DE RELACIÓN SEXUAL (IRS)	TOTAL	PORCENTAJE
12 - 14	5	8.3%
15 - 17	25	41.7%
18 A MÁS	30	50.0%
	60	100.0

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

Con respecto a la edad de inicio de la relación sexual encontramos que un 50% de las pacientes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales fue entre los 18 a más años, un 41.7% entre los 15 a 17 años y un 8.3% entre los 12 a 14 años de edad.

CUADRO N° 12

12. ANDRIA	TOTAL	PORCENTAJE
UNA PAREJA (INCLUIDA LA ACTUAL)	11	18.3%
DE 2 A TRES PAREJAS (INCLUIDA LA ACTUAL)	47	78.3%
DE 4 A MÁS PAREJAS (INCLUIDA LA ACTUAL)	2	3.3%
	60	100

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

Según los datos obtenidos el 78.3% de las pacientes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales tuvieron de 2 a 3 parejas (incluido la actual), un 18.3% tuvo una pareja (incluida la actual) y un 3.3% de 4 a más parejas (incluida la actual).

CUADRO N° 13

13. DIAGNÓSTICO DE OTRA ITS EN LA GESTANTE	TOTAL	PORCENTAJE	
SI	7	11.7%	
NO	53	88.3%	
	60	100	

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

En cuanto al antecedente de otra infección de transmisión sexual en las pacientes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, se obtuvo que el 88.3% no tuvo ningún tipo de infección y el 11.7% si tuvieron como antecedente otra ITS (2 con VIH, 1 condiloma acuminado y 4 con síndrome de flujo vaginal).

CUADRO N° 14

14. USO DE PRESERVATIVOS DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL	TOTAL	PORCENTAJE
SI, SIEMPRE	0	0%
NO, NUNCA	43	71.7%
A VECES	17	28.3%
	60	100

Fuente: Ficha Pre Test

INTERPRETACIÓN:

En cuanto al uso de preservativos durante las relaciones sexuales por parte de la pareja de las pacientes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, se obtuvo que un 71.7%, nunca usaron el preservativo y un 28.3% lo usan algunas veces.

CONCLUSIONES

Una vez hecho el análisis de los resultados de esta investigación y de los diferentes estudios afines realizados en diversos países, es posible concluir lo siguiente:

3. La población total atendida en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio Bernales fue de un número de 8628 gestantes de las cuales 60 fueron diagnosticadas con sífilis.
4. Los factores de riesgo sociodemográficos de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el año 2013 fueron: El estado civil y la ocupación de las gestantes, el 51.7% son convivientes y el 73.3% son amas de casa; en cuanto al nivel de estudios cerca de la mitad de las gestantes no culminó la secundaria.
5. Los factores de riesgo obstétricos – conductuales de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales en el año 2013 fueron: En cuanto a la asistencia al CPN un 81.7% no lo hizo y un 18.3% asistió al menos una vez a su CPN; sin embargo, de este grupo el 60% solo tuvo de 1 a 5 consultas prenatales y el 18.3% tuvo de 6 a 9 consultas prenatales; el diagnóstico de sífilis en el 46.7% de los casos fue en el puerperio inmediato. La edad gestacional en la que se diagnostica la sífilis fue de un 53.3% de 37 a más semanas; En cuanto al IRS el 50% se dio entre los 18 a más años y un 41.7% entre los 15 a 17 años; además el 78.3% tuvo de 2 a 3 parejas. Por último, en cuanto al antecedente de ITS el 11.7% tuvo otro tipo de infección como diagnóstico: 2 con VIH, 1 condiloma acuminado y 4 con síndrome de flujo vaginal.
6. Uno de los factores que más casos tuvo fue el diagnóstico de la sífilis durante la gestación en un 46.7% de los casos fue en el puerperio inmediato (incluido el trabajo de parto), dando una alarmante tasa de riesgo de morbimortalidad neonatal.

RECOMENDACIONES

- El Establecimientos de salud deben aplicar las estrategias sanitarias en la promoción, prevención, la disminución de las Infecciones de Transmisión Sexual, principalmente en los centros educativos debido a que inician tempranamente sus primeras relaciones sexuales bajo la supervisión del personal de salud capacitado.
- Se debe promover actividades educativas en los hospitales y centros de salud respecto a la sífilis para dar a conocer los factores de mayor riesgo de infección y su prevención.
- Motivar al personal de salud, en especial a los profesionales de Obstetricia para que se comprometan a realizar intervenciones más efectivas a través de la consejería y orientación sobre la sífilis, promocionando también el uso del preservativo para su prevención, así mismo reforzar y actualizar la consejería en ITS/VIH Sífilis.
- Retomar con mayor énfasis el aspecto de las visitas domiciliarias, primordialmente en aquellas gestantes que aun presentando factores de riesgo maternos, desisten de los controles. Así mismo se debe establecer como política interna la aplicación del tratamiento a la madre y a su contacto en el sitio donde se lleva a cabo el control prenatal para asegurar el cumplimiento del mismo (Establecimiento de Salud del Primer Nivel de Atención).
- Tener un mayor seguimiento de las gestantes que acuden a su control prenatal, en especial a las de mayor riesgo, logrando una diagnostico precoz de la sífilis para un tratamiento oportuno, previniendo la morbimortalidad neonatal.

ANEXOS

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Aguilar Ticlavilca Rocio del Pilar. "Factores de riesgo de Sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013" [Tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana, E.A.P Obstetricia; año 2014. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3573/1/Aguilar_tr.pdf
2. Almonte D, Alfonso M, Corpeño T, De Mucio B, Estrada H, Falistocco C, et al. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. González R, Jacob S, Fescina R, Hirnaschall G, editores. Washington, D.C.; 2009. p. 100.
3. Amaya Sánchez G. "Epidemiología del VIH y sífilis en grupos más expuestos y vulnerables en Ecuador" [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. Facultad de Ciencias de la Salud. 2014. Disponible en : http://ciencia.urjc.es/bitstream/10115/12468/1/Tesis%20Doctoral%20Amaya%20Sanchez_2014.pdf
4. Cifuentes-Cifuentes Mery Y. y Ojeda-Enríquez Cindy V.. Sífilis congénita en el Instituto Materno Infantil-Hospital la Victoria, Bogotá. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Rev. salud pública. 15 (3): 434-445, 2013. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n3/v15n3a10.pdf>
5. Cruz-Aconcha, Adriana Raquel. SITUACIÓN DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA EN COLOMBIA, UN DESAFÍO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 63, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 304- 307. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195225491001.pdf>

6. Fescina RH, Butrón B, De Mucio, B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Camacho V, et al. Sistema informático perinatal. Historia clínica perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo, CLAP/SMR: 2010. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/iclap31052.pdf>

7. Forero Laguado Nancy, Peña Garcia Maria Juliana. Enfoque global de sífilis congénita. Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander. [Revista en Internet] 2011 agosto [acceso 28 de octubre de 2013]; 24(2). Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2684>

8. Galeano Claudia Lucena – Cardona, MD; García William Darío – Guitierrez, MD; Congote Lina María – Arang, MD; Velez Maria Adelaida – Garcia, MD; Martinez Diana Milena – Buitrago, MD. Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, Colombia, 2010. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Revista en Internet] 2010 octubre - diciembre [acceso 30 de octubre de 2013]; 63(4). Disponible: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol63No4_Octubre_Diciembre_2012/v63n4a03.pdf

9. García G. Luz Marina, Almanza G. Ruber Andrés, Miranda M. Clarybel, Gaviria B. Jessika Margarita, Julio G. Johana Marcela, Patemina G. Milena Edith, Suarez R. Lilian Judith. Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud en Sincelejo (Colombia). Revista Cultural del Cuidado Enfermería [revista en Internet] 2011, 1 de junio [acceso 15 de octubre de 2013]; 8. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3785254.pdf>

10. Gonzales Gustavo F, Tapia Vilma, Serruya Suzanne J. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. Rev. Perú. med. exp. Salud Pública vol.31 no.2 Lima abr. 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342014000200004&script=sci_arttext

11. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA. Año 2014. Disponible: en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-sifilis-gestacional.pdf>

12. MINISTERIO DE SALUD. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA. AÑO 2012 .Disponible en: <http://www.unicef.org/peru/spanish/Norma-Tecnica-Salud-Profilaxis-Transmision-Madre-Nino-VIH-y-Sifilis-Congenita.pdf>

13. Ministerio de Salud, Republica Oriental del Uruguay. GUIA CLINICA DE DIAGNÓSTICO, MONITORIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE SÍFILIS EN LA MUJER EMBARAZADA Y SÍFILIS CONGÉNITA: Departamento de Programación Estratégica en Salud Área Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: <http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5713,24417>.

14. Morales Sanchez Adriana. Factores sociodemográficos maternos que predisponen a la presencia de sífilis congénita en el neonato. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. [Revista en Internet] 2009, octubre de 2009 – marzo 2010 [acceso 16 de octubre de 2013]; 8. Disponible en: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/enf002-05.php>

15. OPS, UNICEF. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual; 2009.

16. Organización Panamericana de la Salud. **Análisis de la situación al año 2010** Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&qid=273&Itemid=

17. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; set. 2009. Disponible en: <http://www.paho.org/iniciativadeeliminacion>
18. Puelles V. Sarita, Villanueva C. Sandra. "Nivel de Conocimientos sobre la Sífilis en Gestantes Adolescentes de 15 a 19 Años y en Gestantes Adultas de 20 a 40 Años que Acuden al Centro de Salud La Libertad [Tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana, E.A.P Obstetricia; Octubre 2011 – Enero 2012". Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3024/1/puelles_vs.pdf
19. Roca Yelin, Guzmán Angélica, Cruz Marilyn, Roman Remberto, Rocabado Ana M., Vargas Jorge. Sífilis en embarazadas, hospital municipal de la mujer "Dr. Percy Boland R." en Santa Cruz, Bolivia. Revista de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Enero, 2009, Vol. 1, Nº 1: 68-69. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/reit/v1n1/v1n1a17.pdf>
20. Rodríguez - Riveros M., Insaurralde Alviso, Páez M. Mendoza L, Castro A., Giménez G. Conocimientos, actitudes y practicas sobre sífilis materna: adolescentes embarazadas. Hospitales de referencia en Paraguay 2008. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. [Revista en Internet] 2012 junio [acceso 25 de octubre de 2013]; 10 (1). Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/scielo.php>
21. Samalvides Frine – Cuba, Banda Flores Claudia Lizette. Sífilis en la gestación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Revista en Internet] 2010 [acceso 16 de octubre de 2013]; 56 (202 – 208). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428197006.pdf>

22. Vargas Pérez Karen, Mena Cedillos Carlos, Toledo Bahena Mirna, Valencia Adriana “ Sífilis congénita, la gran simuladora. *Dermatol Revista Mexicana* 2014;58:40-47.. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2014/rmd141f.pdf>
23. Villazón-Vargas Nayrah, Conde-Glez Carlos J, Juárez-Figueroa Luis, Uribe-Salas Felipe. Prevalencia de sífilis materna y evaluación de una prueba diagnóstica rápida en Cochabamba, Bolivia. *Revista Médica Chilena* 2009; 137: 515-521. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n4/art09.pdf>
24. Vanegas-Castillo Nayibe, Cáceres-Buitrago Yenny Nataly, Jaimes-González Carlos Augusto, Ángel-Muller Edith, Rubio-Romero Jorge Andrés. TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y PREVENCIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN BOGOTÁ, 2010. *Rev Fac Med.* 2011; 59:167-189. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v59n3/v59n3a02.pdf>

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: FACTORES DE RIESGO DE SÍFILIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL AÑO 2013

Problema (1)	Objetivos General (2)	Hipótesis General (4)	Variables (5)	Indicadores (6)	Fuentes de Información (7)	Metodología (9)
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la infección de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el período de	Determinar los factores de riesgo asociados a la infección de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el período enero –	El incremento de las infecciones por sífilis se asocian a los factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital Nacional	Variable independiente 1. Sífilis Variable dependiente 2. Factores sociodemográficas • Estado civil • Grado de instrucción • Ocupación • Edad materna 3. Factores obstétricos:	Sífilis Gestacional Factores Sociodemográficos: • Estado Civil • Grado de Instrucción • Ocupación • Edad Materna Factores Obstétricos: • Gesta y Paridad: • Atención Prenatal:		

<p>enero – diciembre 2013?</p>	<p>– diciembre del 2013.</p>	<p>Sergio Bernales, en el período enero – diciembre del 2013.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesta y paridad • Atención prenatal • Número de consultas prenatales • Edad gestacional • Etapa gestacional • Edad de la primera relación sexual • Andria • Infecciones de transmisión sexual (ITS) • Preservativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de Consultas Prenatales • Edad Gestacional • Etapa Gestacional • Edad de la Primera Relación Sexual • Andria • Preservativo De Transmisión Sexual (ITS): 	<p>Ficha Pre test, Cuaderno de Seguimiento e Historia Clínica</p>	<p>Descriptivo, Restrospectivo</p>
<p>Objetivos Específicos</p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>		
<p>o</p>	<p>Determinar la</p>	<p></p>	<p>Variable independiente</p>	<p>Sífilis Gestacional</p>		

	<p>prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo enero - diciembre del 2013.</p> <p>○Determinar los factores sociodemográficos de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el período enero - diciembre del 2013.</p>		<p>4. Sífilis</p> <p>Variable dependiente</p> <p>5. Factores sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado civil • Grado de instrucción • Ocupación • Edad materna <p>6. Factores obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesta y paridad • Atención prenatal • Número de consultas prenatales • Edad gestacional • Etapa gestacional 	<p>Factores Sociodemográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado Civil • Grado de Instrucción • Ocupación • Edad Materna <p>Factores Obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesta y Paridad: • Atención Prenatal: • Número de Consultas Prenatales • Edad Gestacional • Etapa Gestacional • Edad de la Primera Relación Sexual • Andria • Preservativo • Infecciones De 		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p>○ Determinar los factores obstétricos de las gestantes con sífilis atendidos en el Hospital Nacional Sergio Bernales, en el período enero - diciembre del 2013.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Edad de la primera relación sexual • Andria • Infecciones de transmisión sexual (ITS) • Preservativo 	<p>Transmisión Sexual (ITS):</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	--	--

Encuesta o Cuestionario o Ficha de Recolección de Datos

FICHA PRE-TEST SÍFILIS (INSTRUMENTO PARA RECOJO DE DATOS)

I. DATOS GENERALES

1. Edad [__] [__] años

2. Estado civil:

- Soltera [0]
- Conviviente [1]
- Casada [2]
- Otro [3]

4. Grado de instrucción:

- Sin estudios [0]
- Primaria incompleta [1]
- Primaria completa [2]
- Secundaria incompleta [3]
- Secundaria completa [4]
- Superior Incompleta [5]
- Superior Completa [6]

5. Ocupación:

- Ama de casa [0]
- Empleada de hogar [1]
- Trabajo independiente [2]
- Otras actividades [3]

II. DATOS OBSTÉTRICOS

6. G__ P__/_/_/_/_/___

7. Asistencia a la atención prenatal

- Si [0]
- No [1]

8. Número total de consultas prenatales recibidas

(si la respuesta del punto nro. 8 fue afirmativa)

- Entre 1 y 5 [0]
- Entre 6 y 9 [1]
- Más de 9 [2]

9. Etapa gestacional donde se da el diagnóstico de sífilis:

- Durante el embarazo [0]
- Durante el puerperio (incluido trabajo de parto) [1]
- Durante el aborto o post aborto [2]

10. Edad gestacional en semanas en la que se diagnostica la sífilis (si la respuesta del punto nro. 11 fue durante el embarazo) (.....)

11. Edad de la primera relación sexual

[__] [__] años

12. Andria:

- Una pareja (incluida actual) [0]
- De 2 a 3 parejas (incluida actual) [1]
- De 4 a más parejas (incluida actual) [2]

13. Diagnóstico de otra ITS en la madre:

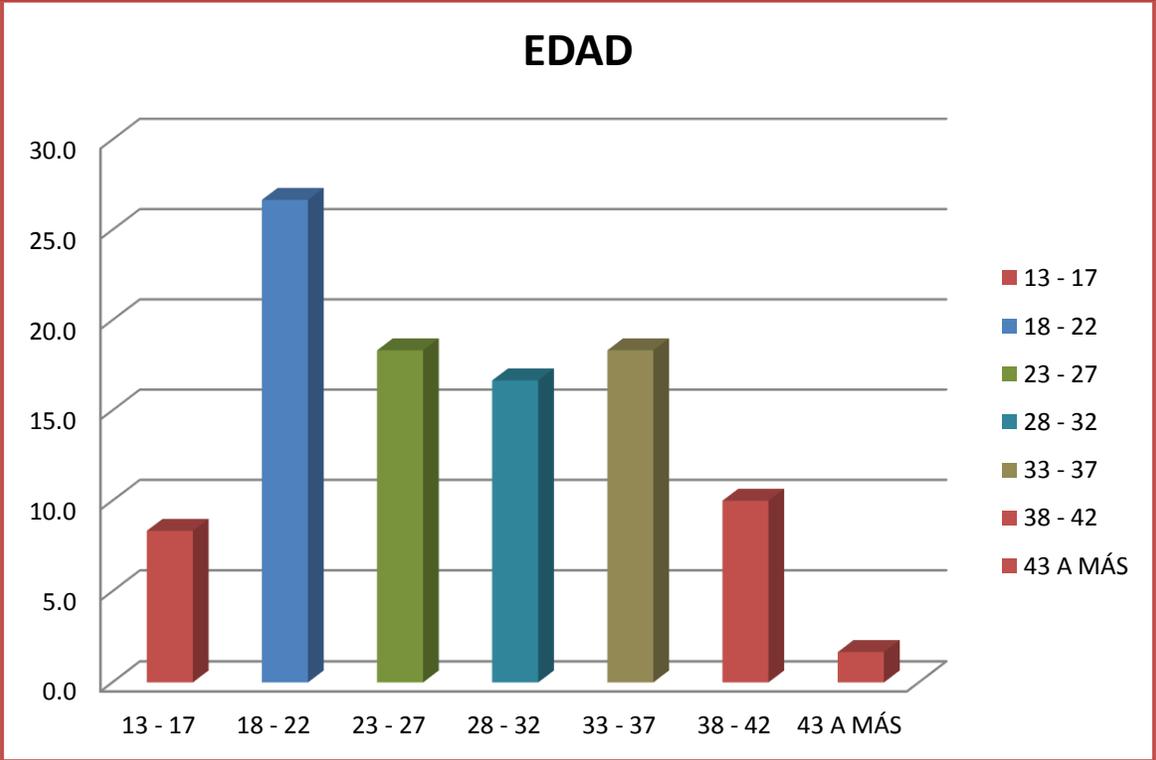
- Si [0] cual?.....
- No [1]

GRÁFICA Nº 01



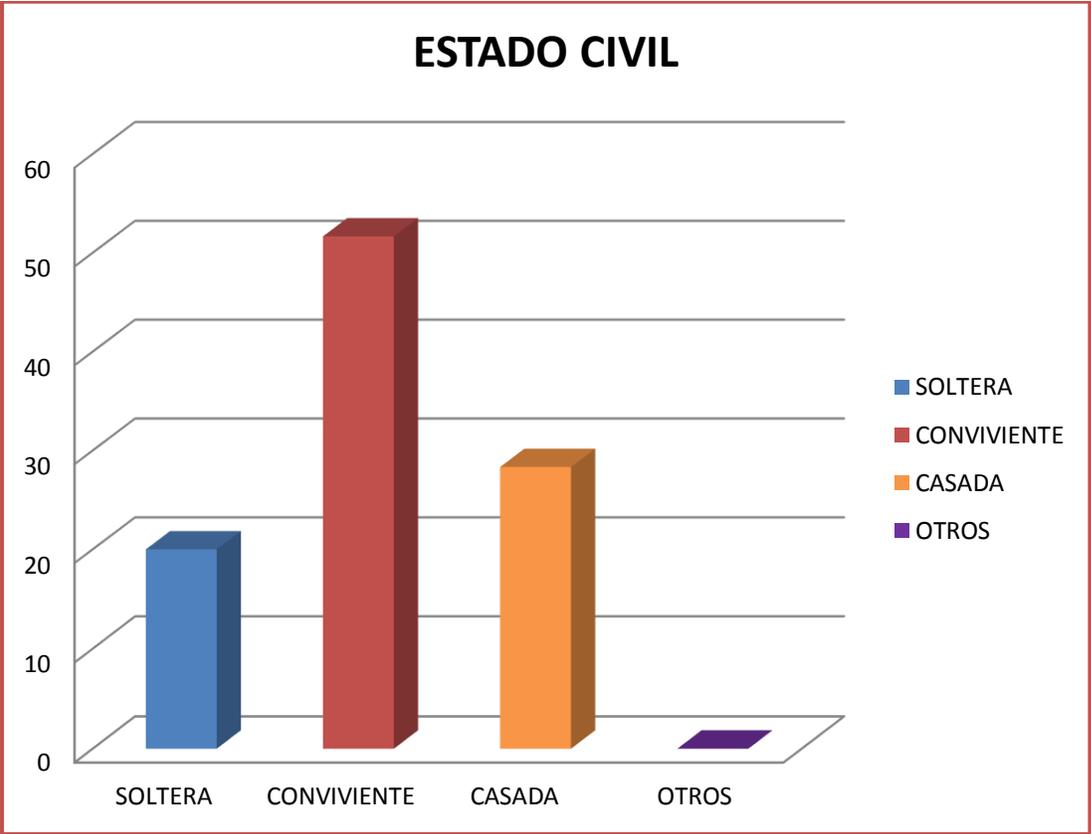
Fuente: Registro Estadístico

GRÁFICA Nº 02



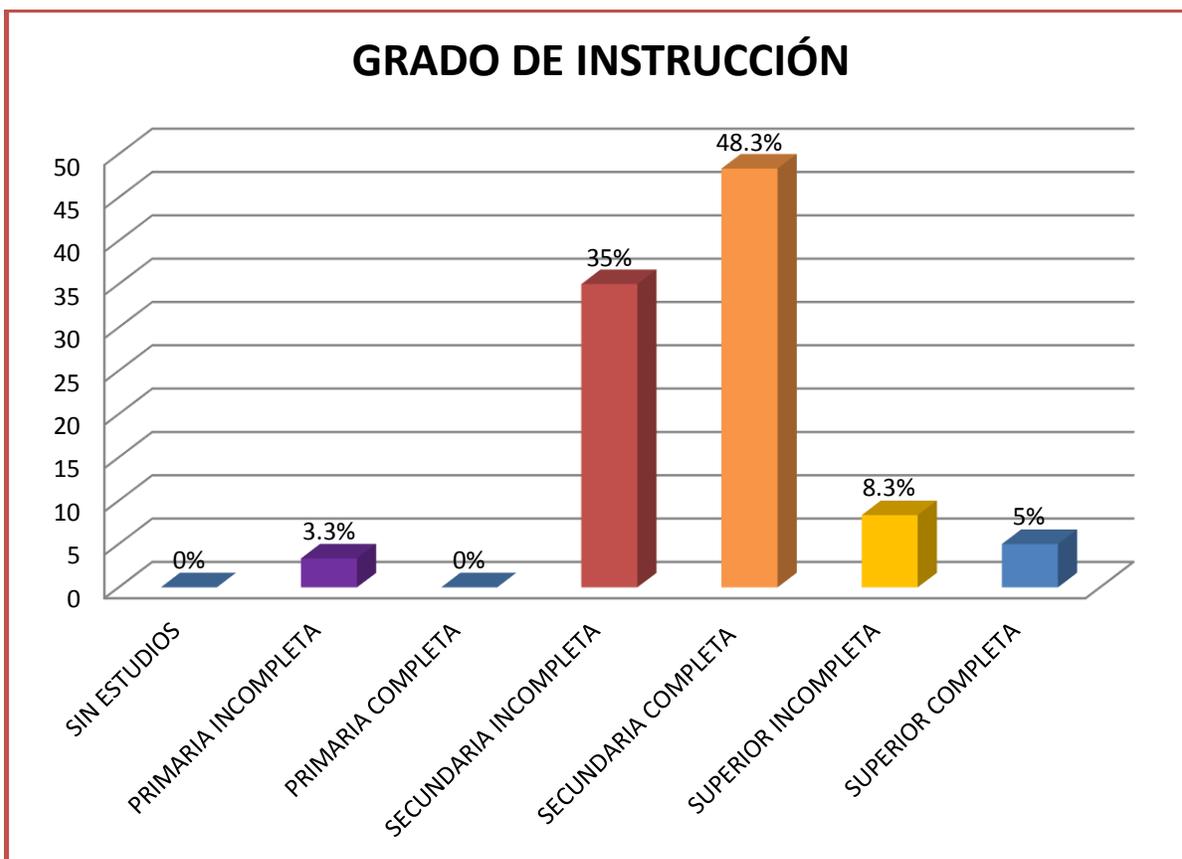
Fuente: Ficha Pre Test

GRÁFICA N° 03



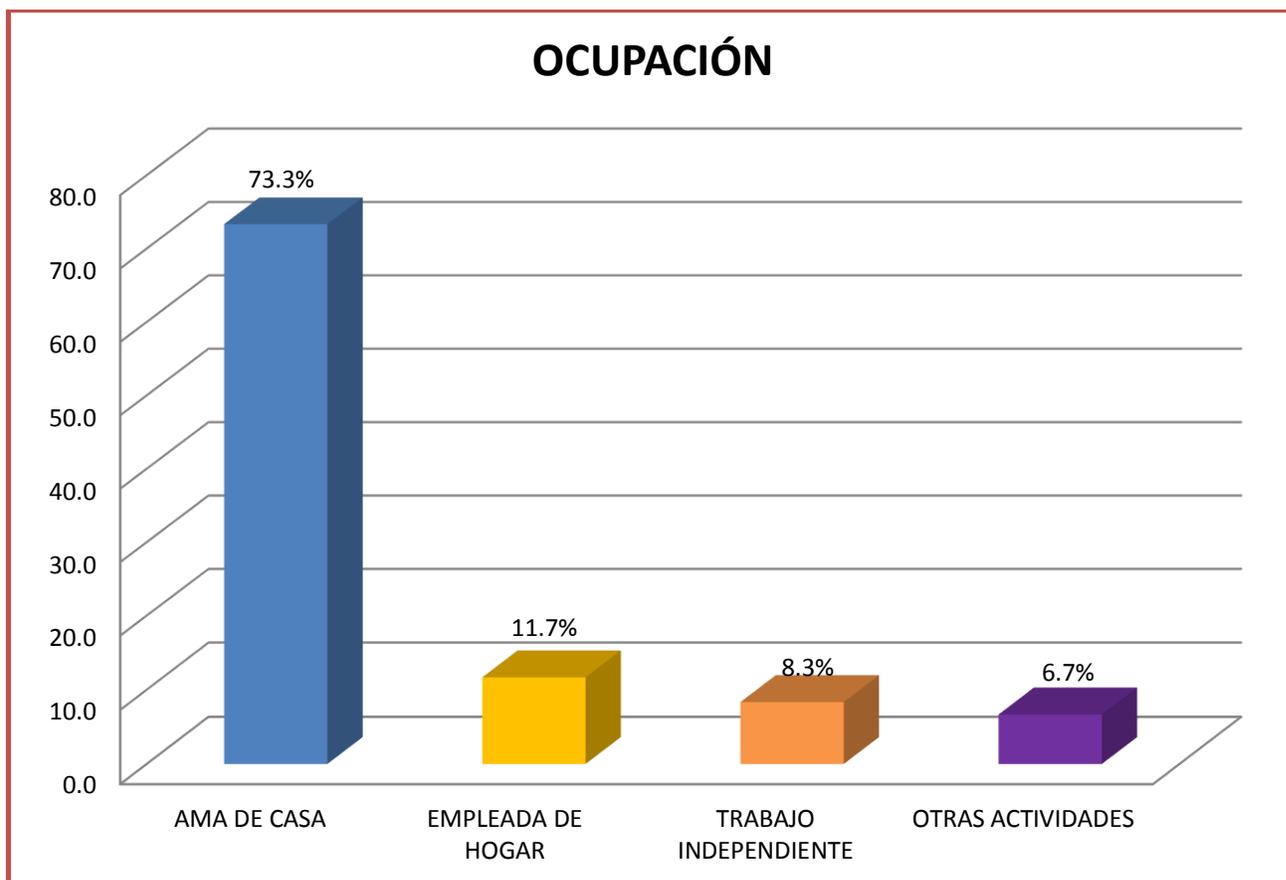
Fuente: Ficha Pre Test

GRÁFICA Nº 04



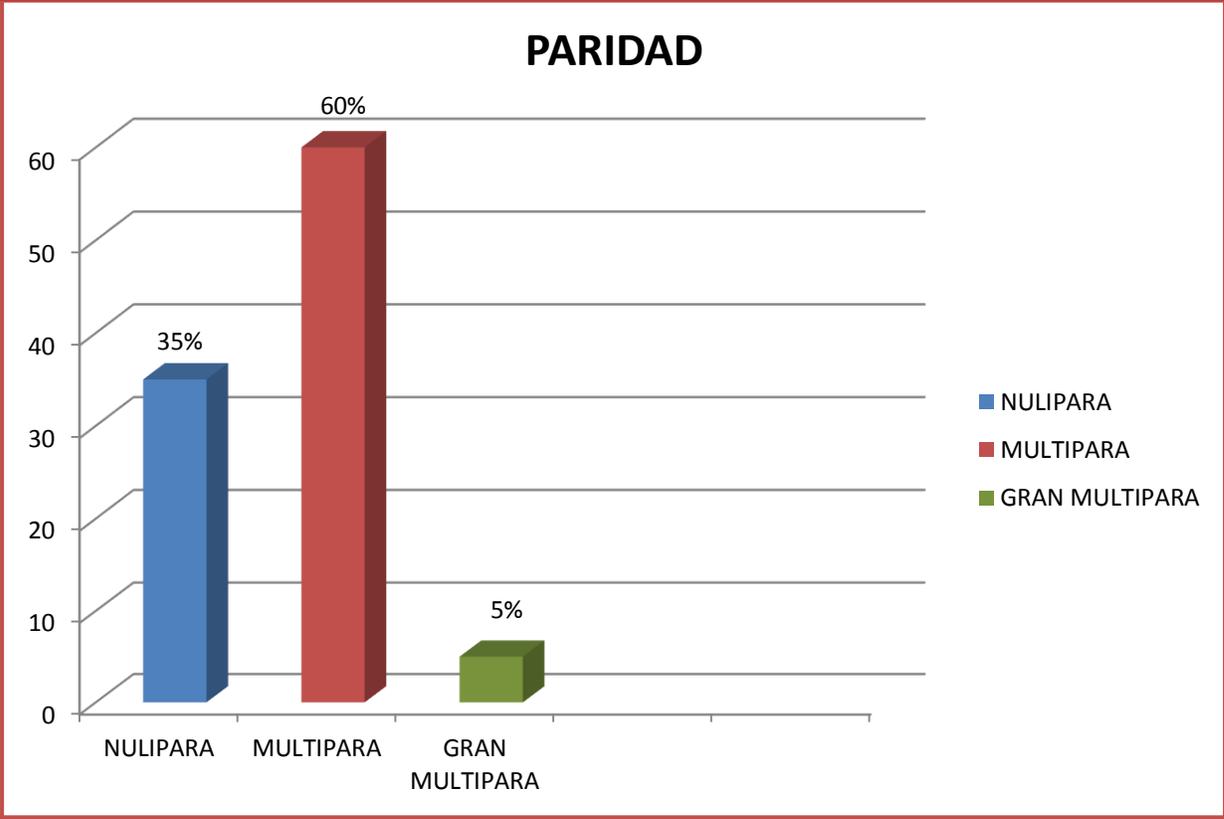
Fuente: Ficha Pre Test

GRÁFICA N° 05



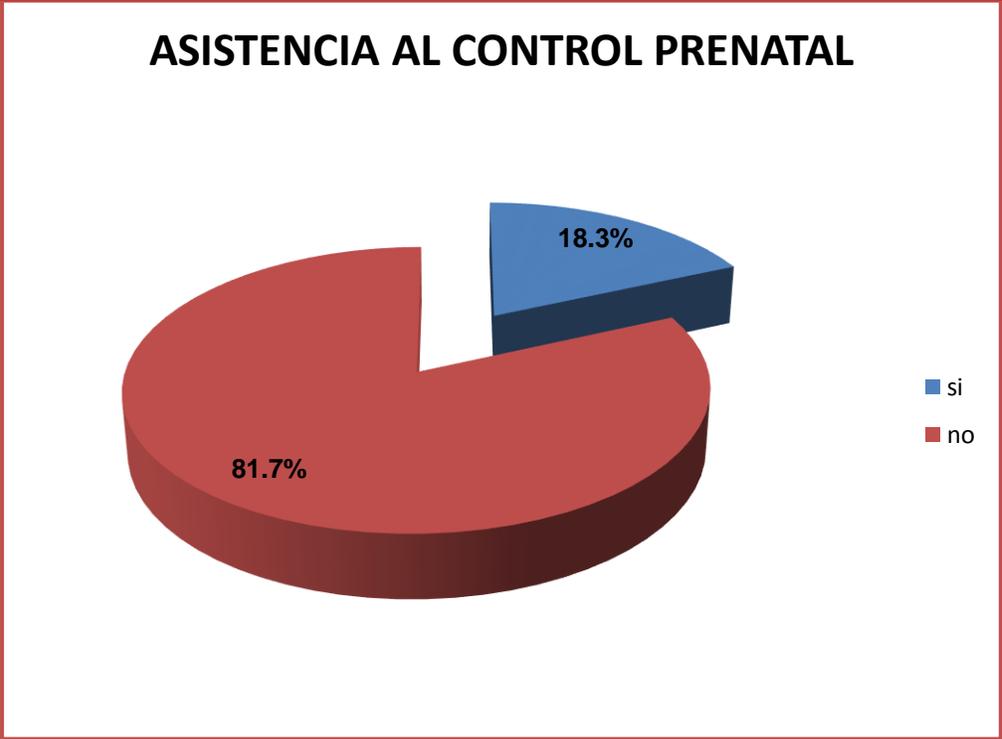
Fuente: Ficha Pre Test

GRÁFICA N° 06



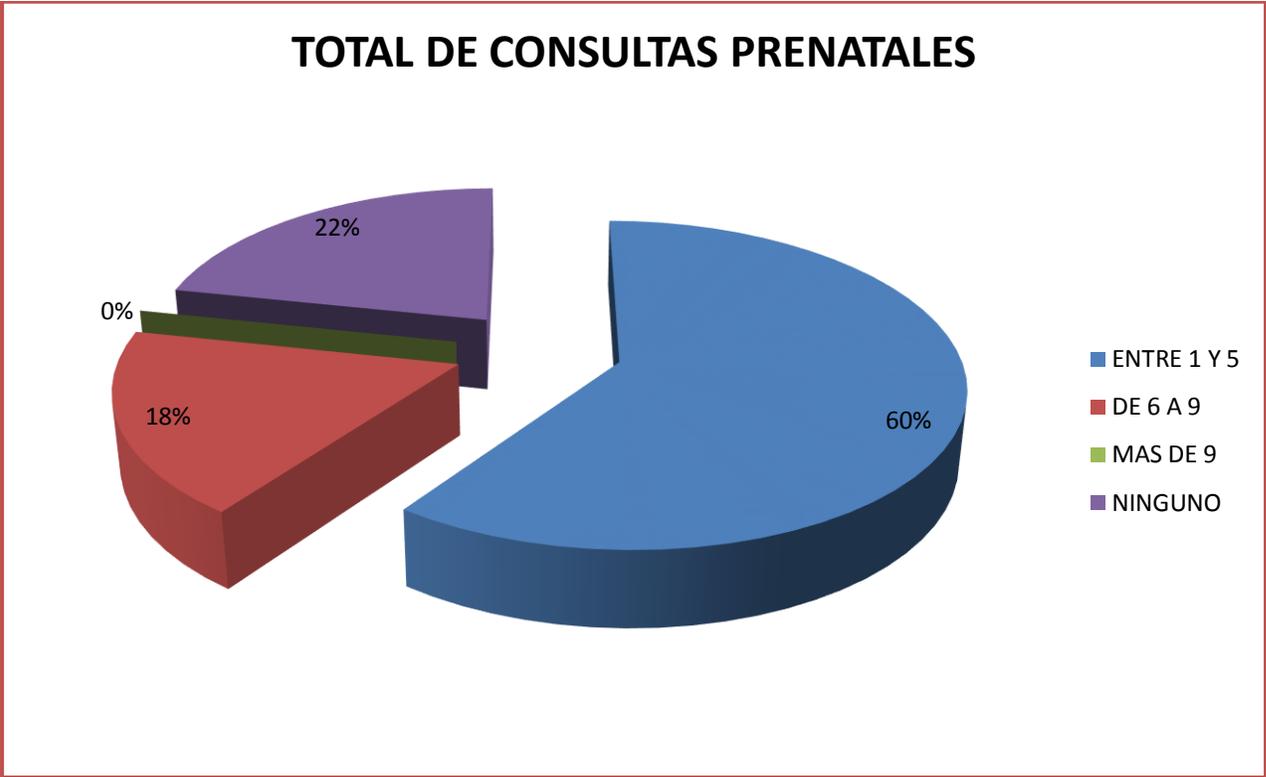
Fuente: Ficha Pre Test

GRÁFICA N° 07



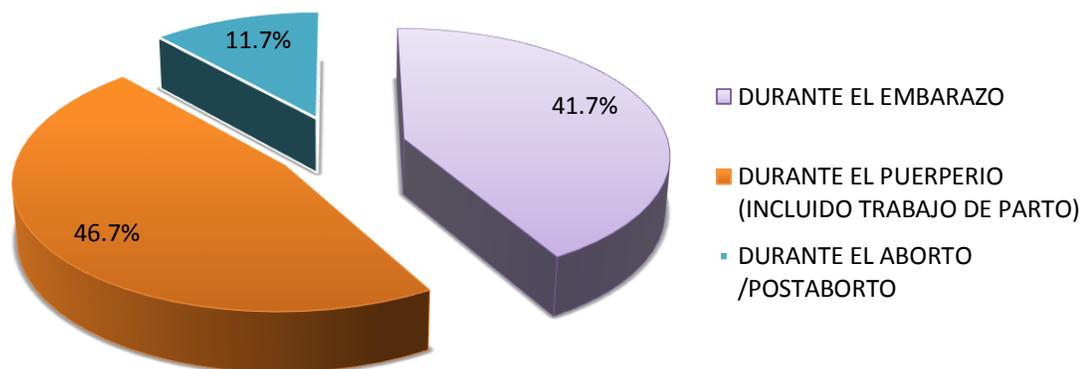
Fuente: Ficha Pre Test

GRÁFICA Nº 08



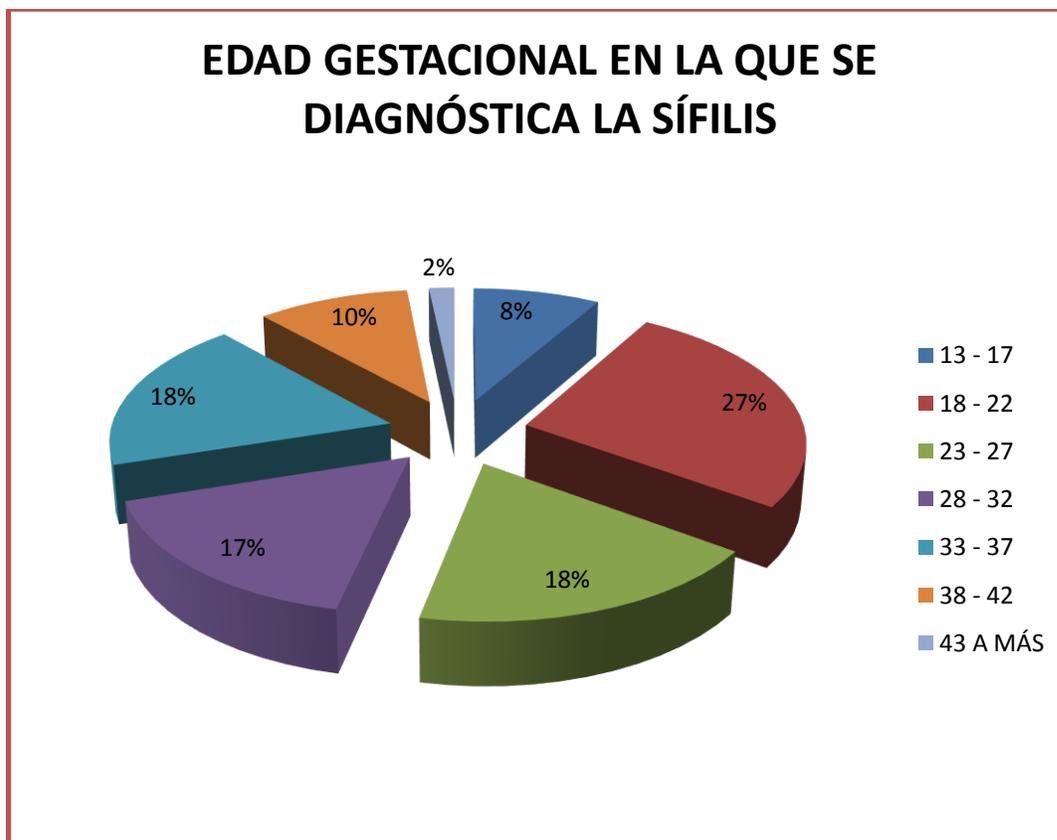
GRÁFICA Nº 09

ETAPA GESTACIONAL DÓNDE SE DA EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS



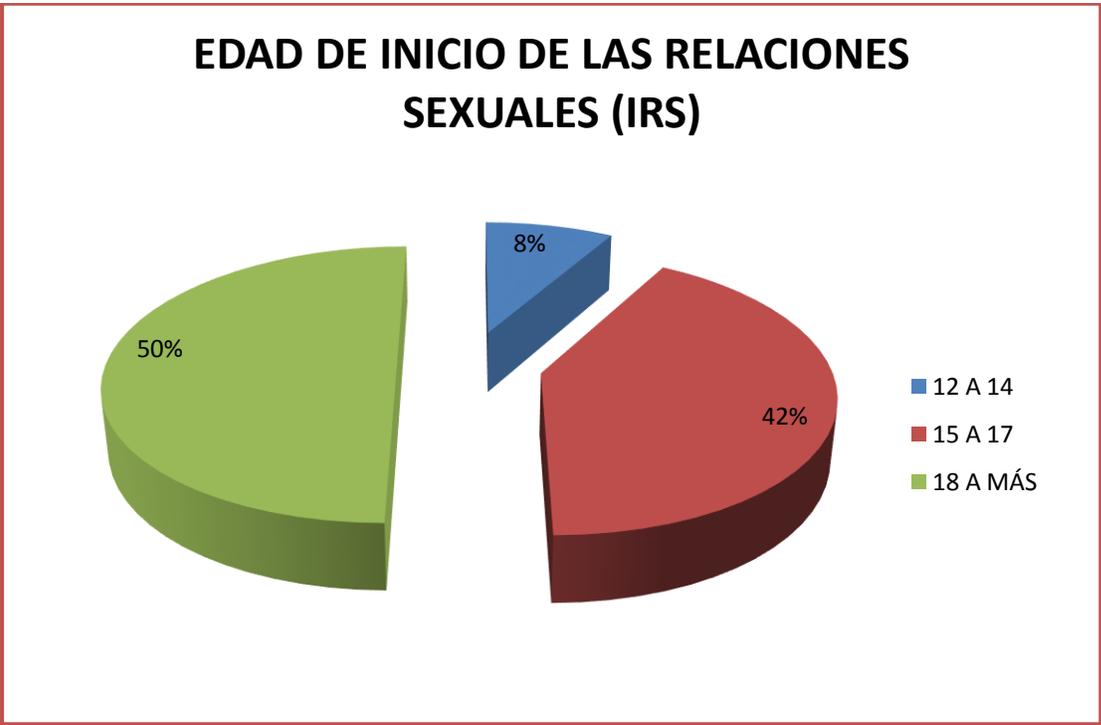
Fuente: Ficha Pre Test

GRÁFICA N° 10



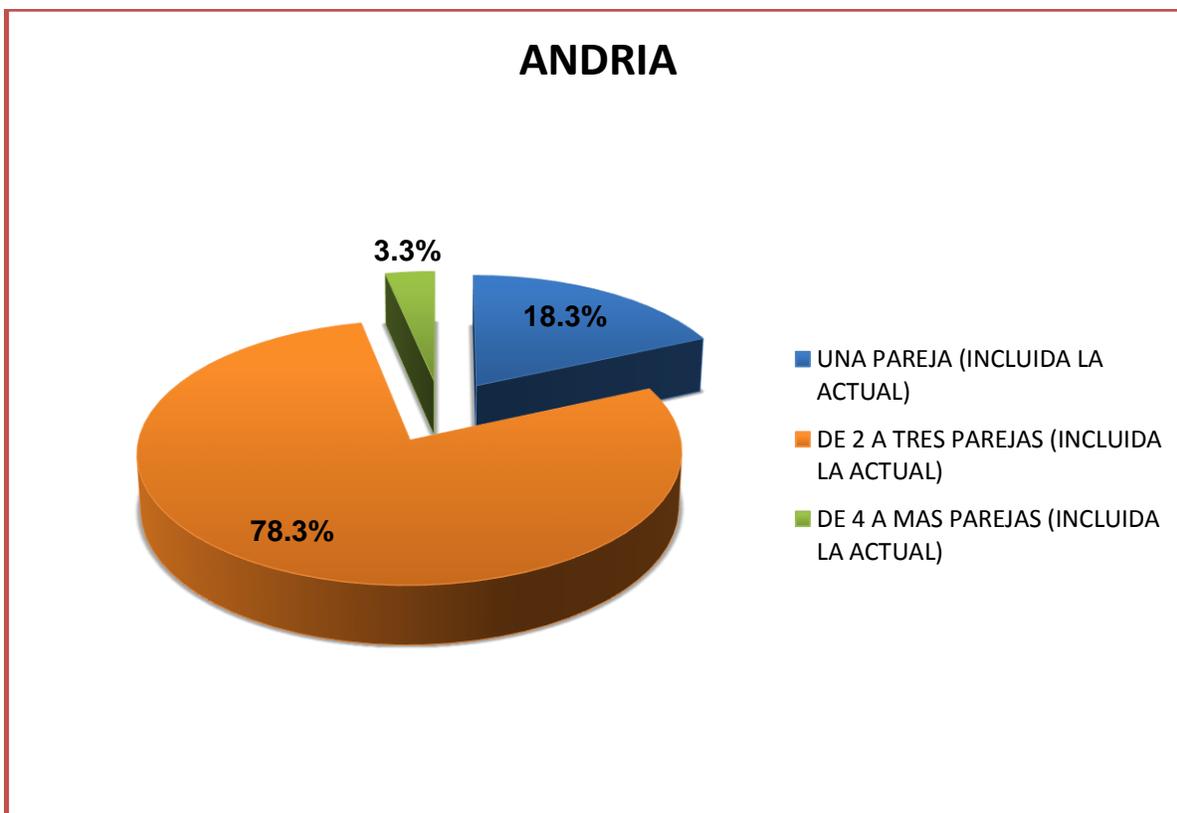
Fuente: Ficha Pre Test

GRÁFICA Nº 11



Fuente: Ficha Pre Test

GRÁFICA Nº 12



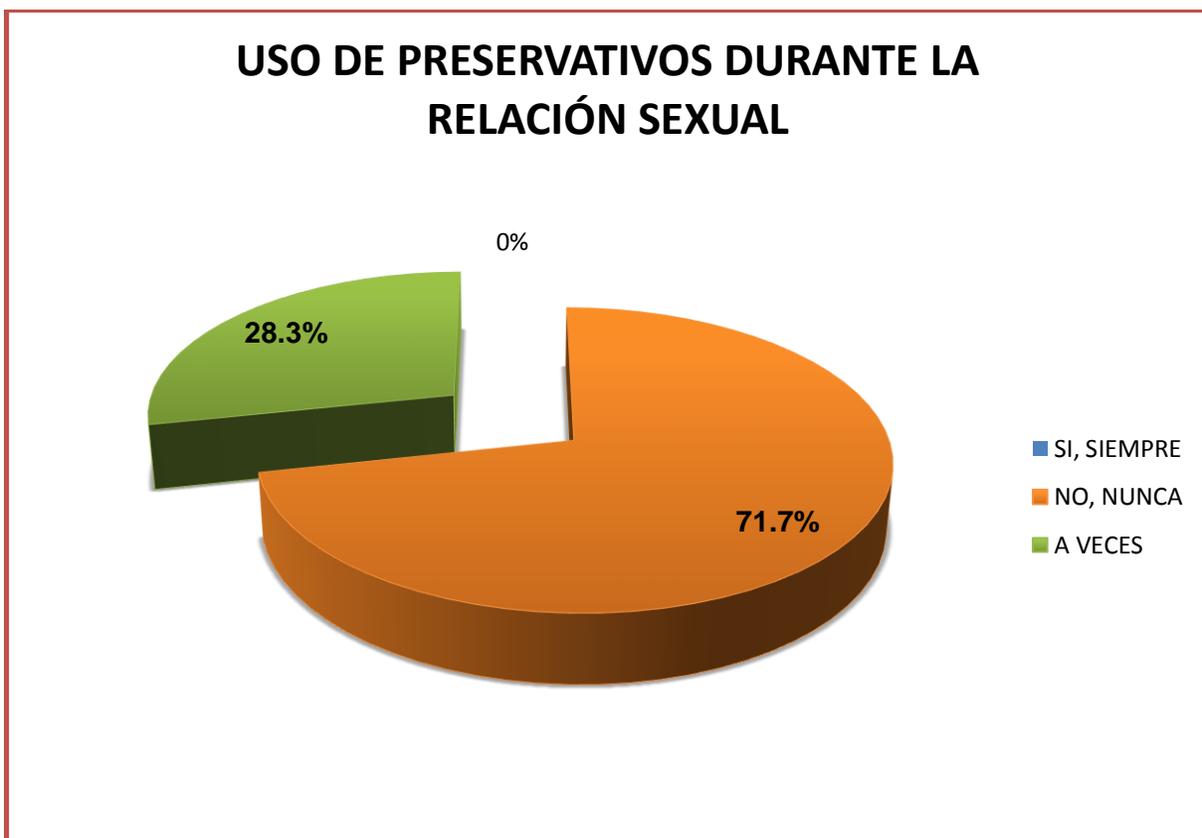
Fuente: Ficha Pre Test

GRÁFICA N° 13



Fuente: Ficha Pre Test

GRÁFICA Nº 14



Fuente: Ficha Pre Test