

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE  
HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**“Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el  
Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015”**

**PRESENTADO POR:**

DÁVILA LAZÓN, Juana Rocío

LIZARBE GARCIA, Lizbeth

**ASESORA:**

VEGA GUEVARA, Rosa María.

**AYACUCHO – PERÚ**

**2017**

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

R.D. N° 140 - 2017 - FCSA - UNSCH

En la ciudad de Ayacucho, siendo las 10:30 de la mañana del día 23 de junio del presente año reunidos en el auditorio de la Escuela Profesional de Obstetricia los miembros del jurado calificador presidido por la directora de la escuela la Mg Vilma Zorrilla Delgado y la asistencia de los miembros del jurado Dra. Brígida Ramírez Quijada, Dr. Oriol Chuchon Gómez y la Dra. Delia Anaya Anaya , como secretario docente Mg. Pavel Alarcon Vila y la asesora Mg Rosa Maria Vega Guevara , para recepcionar la exposición de la tesis titulado "Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2012 – 2015" presentado por bachilleres: Juana Rocío Dávila Lazón y Lizbeth Lizarbe Garcia.

Presidenta de la comisión Mg. Vilma Zorrilla Delgado da lectura a la R.D. N° 140 – 2017 - FCSA - UNSCH, y se procedió a la apertura al acto de sustentación de tesis con las recomendaciones respectivas, la bachiller Juana Rocío Dávila Lazón dio inicio con la exposición presentando la introducción, problema, objetivos, hipótesis y diseño metodológico para luego continuar la bachiller Lizbeth Lizarbe Garcia quien dio a conocer los resultado discusión conclusión. Finalizado la exposición la señora presidenta invita a los miembros del jurado calificador a que realicen las observaciones interrogantes y preguntas que consideren necesarios, inicio a formular las preguntas la Dra. Delia Anaya Anaya, seguido el Dr. Oriol Chuchon Gómez, la Dra. Brígida Ramírez Quijada para finalmente tener la palabra la asesora Mg Rosa Maria Vega Guevara.

Seguidamente la Sra. presidenta del jurado calificador invita a las sustentantes y el público asistente que abandonen al auditorio para efectos de deliberación y calificación por los miembros del jurado calificador.

Resultados de la evaluación de las señoritas bachilleres:

- JUANA ROCÍO DÁVILA LAZÓN:

	TEXTO	EXPOSICIÓN	RESPUESTA	P. FINAL
MG VILMA ZORRILLA DELGADO	17	18	17	17
DRA. BRÍGIDA RAMÍREZ QUIJADA	18	18	18	18
DR. ORIOL CHUCHON GÓMEZ	17	17	17	17
DRA. DELIA ANAYA ANAYA	18	18	18	18

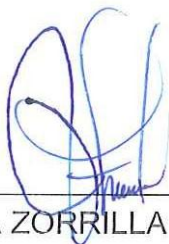
PROMEDIO FINAL: 18

- LIZBETH LIZARBE GARCIA:

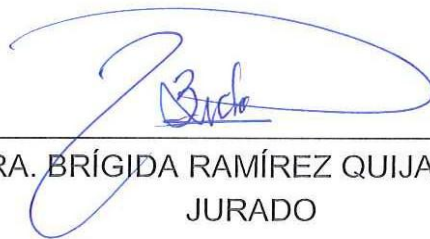
	TEXTO	EXPOSICIÓN	RESPUESTA	P. FINAL
MG VILMA ZORRILLA DELGADO	17	17	17	17
DRA. BRÍGIDA RAMÍREZ QUIJADA	18	18	18	18
DR. ORIOL CHUCHON GÓMEZ	17	17	17	17
DRA. DELIA ANAYA ANAYA	18	18	18	18

PROMEDIO FINAL: 18

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador: La bachiller Juana Rocío Dávila Lazón obtuvo la nota de 18 (DIECIOCHO) y la bachiller Lizbeth Lizarbe Garcia la nota de 18 (DIECIOCHO) del cual dan fe los miembros del jurado finalizando al pie de la presente a las 12:20 pm.



MG. VILMA ZORRILLA DELGADO  
PRESIDENTA



DRA. BRÍGIDA RAMÍREZ QUIJADA  
JURADO



DR. ORIOL CHUCHON GÓMEZ  
JURADO



DRA. DELIA ANAYA ANAYA  
JURADO



MG. ROSA MARIA VEGA GUEVARA  
ASESORA



MG. PAVEL ALARCON VILA  
SECRETARIO DOCENTE

## DEDICATORIA

*Dedico a dios el creador de todas las cosas, por haberme dado la vida y la fortaleza para continuar cuando estaba a punto de caer y permitirme el haber este momento tan importante de mi formación profesional.*

*De igual forma dedico esta tesis a mi madre y padre, por ser los pilares más importantes y por demostrarme siempre su cariño, apoyo incondicional e inculcándome hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.*

*A mis hermanos Miguel, Mirtha y Martina que siempre han estado junto a mí brindándome su apoyo.*

*A mi familia en general, en especial a mi tío Faustino porque me ha brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.*

*A mi amiga Elizabeth su apoyo en los trámites.*

*Juana Rocío Dávila Lazón*

## DEDICATORIA

*A dios, por estar presente en mi vida.*

*A mi padre por brindarme los recursos  
necesarios y aconsejándome siempre.*

*A mi madre por hacer de mí una mejor  
persona a través de sus consejos,  
enseñanzas y amor.*

*A mis hermanos por estar siempre  
acompañándome.*

*A todo el resto de mi familia, por  
incentivarme a continuar con el  
desarrollo de mis estudios superiores.*

*Lizbeth Lizarbe Garcia*

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga a la Facultad de Ciencias de la Salud a la cual pertenece mi querida Escuela Profesional de Obstetricia, por oportunidad de continuar estudios de pregrado.

A la asesora Mg. Rosa María Vega Guevara, por sus orientaciones y aportes durante el desarrollo de la presente investigación.

Al Director Enrique Guevara Ríos del Instituto Nacional Materno Perinatal, por las facilidades para aplicar los instrumentos de la investigación.

Al Dr. Oswaldo M. Gonzales Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, por facilidades en el recojo del número de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de sífilis.

A la obstetra Priscilla Hazel Salazar encargada de la vigilancia de gineco obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal, por su apoyo en la ejecución de nuestro proyecto de investigación como asesora interna.

**Autoras.**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vii
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema .....	9
1.2. Formulación del problema.....	12
1.3. Objetivos de la investigación.....	13
1.3.1. General:.....	13
1.3.2. Específicos:.....	13
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de estudio.....	14
2.2. Base teórico científica.....	22
2.3. Definición de términos operativos.....	32
2.4. Hipótesis y variables.....	33
2.4.1. Hipótesis.....	33
2.4.2. Variables.....	33
2.4.2.1.Variable independiente.....	33
2.4.2.2.Variable dependiente.....	33
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Tipo de investigación.....	34
3.2. Método de estudio.....	34
3.3. Población y muestra.....	34

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
3.5. Procedimiento de recolección de datos.....	36
3.6. Procesamiento y análisis de datos.....	37

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

4.1 . DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN.....	39
------------------------------------	----

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. CONCLUSIONES.....	56
------------------------	----

5.2. RECOMENDACIONES.....	57
---------------------------	----

<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>59</b>
--------------------------------------	-----------

<b>ANEXOS.....</b>	<b>66</b>
--------------------	-----------



## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación pretende estudiar la sífilis en gestantes, porque es un problema de salud pública y por su alta capacidad de transmisión vertical durante cualquier momento de la gravidez, lo que puede originar elevadas tasas de complicaciones en el embarazo como abortos, parto pretérmino, natimuertos y tener graves efectos para su bebé en gestación como sordera, bajo peso al nacer, ceguera e inclusive conllevar a la morbilidad perinatal e infantil.

Se estima que cada día más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual y anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna ITS como sífilis (5,6 millones). Más de 900 000 mujeres embarazadas contrajeron sífilis en 2012, lo que causó complicaciones en alrededor de 350 000 casos, incluidos casos de muerte prenatal<sup>1</sup>.

Si bien se conoce los factores de riesgo relacionados a la sífilis en gestantes a nivel mundial, aun no se tienen registros actuales sobre el

comportamiento de la prevalencia de la sífilis en gestantes a nivel nacional.

El comportamiento sexual es una variable directa en el riesgo para adquirir sífilis, que incluye, entre otros factores: Edad de inicio de la vida sexual, cambios frecuentes y repetidos de compañeros sexuales, tener relaciones sin protección y tener sexo comercial. Por ello, se consideró relevante desarrollar este trabajo de investigación cuyo objetivo fue conocer los factores de riesgo asociados a la sífilis activa en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal en el período 2012-2015.

Concluyendo que la prevalencia de la sífilis activa en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, para el año 2012 fue 0,25; en el 2013, de 0,08; en el 2014, de 0,09 y en el año 2015, de 0,47 por cada 100 gestantes atendidas en dicho nosocomio. Y los factores de riesgo asociados a la sífilis activa en gestantes fue: El estado civil soltera; el no uso de preservativo; el inicio precoz de las relaciones sexuales; el tener 1 a 2 parejas sexuales y pareja infectada. Y entre las características socio demográficas de las gestantes con sífilis activa tenemos que la mayoría fueron adolescentes – jóvenes (14 a 29 años de edad); multigestas de grado de instrucción secundaria; procedentes de lugares urbano marginales y de ocupación amas de casa.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano, o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo<sup>1</sup>; constituyendo así, un importante problema de salud pública a nivel mundial. Las ITS son un conjunto heterogéneo de enfermedades transmisibles que se presentan en todos los grupos de edad (con mayor frecuencia en personas de 15 a 50 años), cuyo elemento fundamental en común es el compartir la vía sexual como mecanismo de transmisión. En la actualidad, son más de 30 las infecciones clasificadas como de transmisión predominantemente sexual y su

distribución en el mundo no es uniforme, y varía la incidencia de los diferentes gérmenes patógenos en dependencia del área geográfica que se estudie, nivel socioeconómico de la población que la habita, hábitos sexuales imperantes en ella, y educación sexual de sus individuos, entre otros aspectos<sup>2</sup>. Se estima que la incidencia mundial de las ITS curables es de 333 millones de casos de ITS en el mundo y que más de 1 millón de personas se infectan diariamente: 62 casos para la blenorragia, 89 para la clamidia, 12 para la sífilis y 170 la trichomoniasis<sup>3</sup>.

La sífilis es una de las infecciones de transmisión sexual sistémica, causada por la espiroqueta llamada *Treponema Pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas, se caracteriza clínicamente por una lesión primaria en forma de úlcera indolora e indurada, una erupción secundaria que afecta la piel y las membranas mucosas, y largos períodos de latencia y lesiones tardías en la piel, los huesos, las vísceras, el sistema nervioso central y cardiovascular.

La sífilis gestacional es aquella que se diagnostica durante la gestación, el postaborto o el puerperio inmediato y puede encontrarse en cualquiera de sus fases, aunque es más frecuente en la secundaria indeterminada. Durante la gestación adquiere una mayor importancia, debido al riesgo de infección transplacentaria al feto, la cual puede tener resultados adversos y severos, incluyendo muerte perinatal, parto prematuro, bajo peso al nacer, anomalías congénitas y sífilis activa en el neonato<sup>4</sup>.

La Organización Mundial de la Salud 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 la población adulta es de 3 millones. La situación epidemiológica actual a nivel global de la sífilis, suele ser muy variable, su magnitud se está incrementando aun 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<sup>5</sup>. En las gestantes las tasas de prevalencia de VDRL o RPR positivas se sitúan entre menos de 0,5% en Chile y algo más de 4% en Paraguay en el 2004 y más de 3% en gestantes residentes en las principales ciudades de Bolivia en el 2006, datos que son consistentes con la situación epidemiológica de la sífilis congénita en estos dos últimos países<sup>5</sup>.

En el Perú, la prevalencia de sífilis durante el embarazo en el 2008 es en promedio del 1,4% y la tasa de recién nacidos con sífilis congénita es de 3,6 casos por 1000 nacidos vivos<sup>6</sup>.

En el incremento observado de las ITS, especialmente, en la sífilis han influido diferentes factores, entre los que se destacan, cambios en el comportamiento sexual y social debido a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes; cambios de conceptos con respecto a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y

promiscuidad sexual, aparejada a una menarquia cada vez más temprana, entre otros<sup>7</sup>.

Asimismo, la diseminación de la sífilis se asocia con la pobreza y el bajo nivel educativo; la mayoría de las personas que habitan en zonas marginadas viven en condiciones precarias y de hacinamiento, características que favorecen la adquisición de esta infección. El limitado conocimiento que las personas tienen sobre la sífilis se relaciona con la vulnerabilidad, determinada especialmente por las condiciones de vida, el contexto sociocultural, los hábitos, la experiencia sexual, las relaciones de género, las composiciones étnicas, la edad, el desempleo, la falta de oportunidades, las prácticas sexuales y la presencia de otras ITS, estas últimas por compartir la misma puerta de entrada.

Por estas razones, se considera conveniente investigar sobre los factores de riesgo asociados a la sífilis activa en gestantes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal, institución que alberga a la mayor población de gestantes procedentes de zonas altamente vulnerables de la capital; razón más que suficiente para abordarlo como problema de investigación.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a sífilis activa en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2012 al 2015?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. GENERAL:**

Conocer los factores de riesgo asociados a sífilis activa en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2012 al 2015.

#### **1.3.2. ESPECÍFICOS:**

- Identificar la prevalencia de la sífilis activa en gestantes.
- Determinar si los factores de riesgo como el estado civil, inicio precoz de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, el no uso de preservativos, pareja infectada y transfusión sanguínea están asociados a la sífilis activa en gestantes.
- Caracterizar a las gestantes con diagnóstico de sífilis activa.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

**Aguilar Ticavilca, Rocío del Pilar (Lima 2013)<sup>8</sup>**. En la investigación “Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013” que tuvo por **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo (factores sociodemográficos y factores obstétricos - conductuales). **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. Lugar: Realizado en el HSJL, Lima, Perú en el año 2013. **Muestra:** 62 Historias clínicas y fichas PRETEST de todas las gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis atendidas en el HSJL en el año 2013. **Resultados:** La prevalencia de sífilis en gestantes para el año 2013 fue de 0,77% por cada 100 gestantes atendidas en el HSJL. En cuanto a los factores sociodemográficos mostró que 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:** Las gestantes diagnosticadas con sífilis, son convivientes y amas de casa, su situación económica es baja y dependiente de la pareja; no culminó la secundaria. Además según los factores obstétricos – conductuales no acuden a sus controles prenatales. Sus parejas de las gestantes no usan preservativos en sus relaciones sexuales y la tercera parte consume alucinógenos.

**Gonzales Gustavo F (Perú 2000-2010)**<sup>9</sup>. En la investigación “Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el período 2000-2010” que tuvo por **Objetivo:** Determinar el perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y factores asociados en una población peruana. **Método:** El estudio es un análisis secundario de datos obtenidos. **Muestra:** 652636 gestantes de 37 ciudades y de 45 establecimientos de salud del Perú. **Resultados:** Se estimó la prevalencia de la sífilis gestacional en 0,7% y de tamizaje de sífilis materna en 80,7%. Las prevalencias al 2010 son de 0,2% en la costa,

0,23% en la sierra y 0,47% en la selva. **Conclusiones:** 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.

**Villazón-Vargas Nayrah (Bolivia 2009)**<sup>10</sup>. En la investigación “Prevalencia de sífilis materna y evaluación de una prueba diagnóstica rápida en Cochabamba, Bolivia” que tuvo por **Objetivo:**

Estimar la prevalencia de la sífilis materna y evaluar una prueba de diagnóstico rápido de la enfermedad entre las mujeres bolivianas.

**Método:** Se realizó un estudio transversal. **Muestra:** 489 mujeres con partos en un hospital público en Cochabamba, Bolivia. La sífilis se diagnosticó mediante RPR y FTA-ABS.

**Resultados:** Veintidós mujeres (4,5%) fueron positivas tanto para los 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 del 98% y 99,8% respectivamente. Sólo el 15% de las mujeres que habían realizado al menos una visita de atención prenatal tenían una prueba de detección de la sífilis y el 40% no recibió sus resultados.

**Conclusiones:** Cochabamba presenta la mayor cantidad de infectadas con sífilis. La prueba rápida mostró un excelente rendimiento general para la detección de la sífilis materna. La sífilis materna afectó a mujeres mayores de bajo nivel socioeconómico y con antecedentes de infección de transmisión sexual.

**Galeano-Cardona Claudia Lucena (Colombia 2010)**<sup>11</sup>. En la investigación “Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, Colombia” que tuvo por **Objetivo:** Determinar la prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita de la ciudad de Cali, Colombia en el año 2010. **Método:** 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 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. **Conclusiones:** La prevalencia de sífilis gestacional es mayor a la esperada por la Organización Panamericana de la Salud.

**Ruber Andrés (Colombia 2007-2010)**<sup>12</sup>. En este estudio “Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia) entre los años 2007 a 2010” que tuvo por **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo para sífilis congénita, relacionados con los antecedentes de infecciones de transmisión sexual y 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 púerperas. **Método:** Se desarrolló 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. **Resultados:** 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.

**Venegas Castillo Nayibe (Colombia 2010)**<sup>13</sup>. En la investigación “Tratamiento de la sífilis gestacional y prevención de la sífilis congénita en institución distrital de salud de tercer nivel Bogotá, Colombia. Enero a Octubre de 2010” que tuvo por **Objetivo:** Realizar un análisis descriptivo del tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de sífilis gestacional y congénita en institución de tercer nivel en Bogotá. **Método:** Estudio retrospectivo de historias clínicas de gestantes y nacidos vivos en el Hospital La Victoria sede Materno Infantil ESE III nivel, del 1 de enero al 31 de octubre de 2010. **Resultados:** Se identificaron 40 casos de sífilis gestacional: 15% abortos; 10% embarazadas a la fecha de corte; 72,5% durante el parto; y 2,5% en puerperio. Las variables

demográficas relevantes fueron: afiliación a régimen subsidiado y vinculado (85%); 30% separadas y solteras; 85% entre 18 y 35 años; 55,5% educación básica incompleta, 12% analfabetas, 92,5% multíparas, 77,5% estadio latente indeterminado<sup>13</sup>.

**Nonato Solange María (Brasil 2010-2013)**<sup>14</sup>. En la investigación “Sífilis gestacional y factores asociados con sífilis congénita en Belo Horizonte-MG, Brasil, 2010-2013” que tuvo por **Objetivo:** Estimar la incidencia y factores asociados con la sífilis congénita en hijos de mujeres embarazadas con sífilis atendidos en las unidades de atención primaria de salud en Belo Horizonte-MG, Brasil. **Método:** Estudio de cohorte histórica, entre noviembre/2010 a septiembre/2013; los datos se obtuvieron a partir de registros médicos electrónicos; se calcularon riesgos relativos (RR) e intervalos de confianza al 95% (IC<sub>95%</sub>). **Resultados:** Incluimos 353 gestantes con sífilis; la incidencia acumulada de sífilis congénita fue 33,4%; se mostraron como factores asociados, edad materna <20 años; baja educación, inicio tardío de atención prenatal, consultas prenatales <6, no realizar la prueba no treponémica (Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)) en el primer trimestre, título del primero y último VDRL  $\geq$  1:8. **Conclusiones:** La incidencia de sífilis congénita sugiere fallas en la atención prenatal e indica la necesidad de nuevas estrategias para reducir la transmisión vertical de la enfermedad.

**Guerrero Sandoval, Bayron (Ecuador 2010-2011)**<sup>15</sup>. En la investigación “Factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora en el período de enero a diciembre del 2010 y 2011”. **Método:** Historias clínicas de los años 2010 y 2011 con una población de 150 gestantes a quienes se les diagnóstico VDRL reactivo. **Resultados:** De los cuales a 39 mujeres se les confirmó sífilis con la prueba treponémica FTA-ABS y 111 mujeres dieron como resultado falsos positivos. Las mujeres embarazadas fueron diagnosticadas con sífilis en su primer y segundo control prenatal y antes de las 21 semanas de gestación, lo que contribuyó a que reciban el tratamiento de elección tanto la usuaria como su pareja con Penicilina G Benzatínica, y así evitar abortos, malformaciones y la sífilis congénita. **Conclusiones:** Se evidencia que las mujeres con mayores casos de sífilis comprenden edades entre 19 a 24 años y en quienes presentan menor grado de instrucción escolar; se observa también que la población con un inicio de vida sexual a temprana edad (13 a 16 años), están más expuestas a la sífilis.

**Milena de Oliveira Pérsico (Brasil 2003-2012)**<sup>16</sup>. En la investigación “Factores asociados a la ocurrencia de sífilis en adolescentes del sexo masculino, femenino y gestantes de un Centro de Referencia Municipal/CRM - EST/HIV/SIDA de Feira de Santana, Bahía entre el 2003 al 2012” que tuvo por **Objetivo:** Investigar factores asociados a

la sífilis entre adolescentes en la franja de edad entre 11 y 18 años, de ambos sexos y gestantes. **Método:** Se trata de un estudio observacional tipo cohorte transversal, desarrollado a partir de la revisión de 33.665 registros de atención en el Sistema de Información del CTA, en el período de 2003 a 2012. Fueron evaluadas 3.482 fichas de registros de pacientes con resultado reactivo de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). **Resultados:** Entre 2003 y 2012 la prevalencia de sífilis fue de 0,86%, siendo de 1,95% (13) sexo masculino, 1,18% (14) sexo femenino y 0,18% gestantes adolescentes. **Conclusiones:** En el grupo de las mujeres no gestantes, se observó coinfección HIV-sífilis, además de asociación entre el uso de drogas y alcohol con la ocurrencia de sífilis. En mujeres no gestantes fue verificada asociación entre sífilis y o uso de drogas/alcohol y co-infección HIV. Esos descubrimientos indican la necesidad de promover medidas de prevención de infección de sífilis, sobre todo en situaciones de vulnerabilidad, como el uso de drogas y HIV.

## 2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA

### 2.2.1. SÍFILIS

La sífilis o lúes causada por la bacteria espiroqueta *Treponema Pallidum* o Schaudinn es una enfermedad infecciosa sistémica de evolución crónica y distribución universal, de transmisión sexual, sanguínea y transplacentaria<sup>17</sup>. Cuyo reservorio es exclusivamente humano<sup>18</sup>.

#### 2.2.1.1. CLASIFICACIÓN DE LA SÍFILIS:

##### A. Sífilis precoz:

- a. **La sífilis primaria:** Se presenta de 2 a 6 semanas después de haberse producido el contagio y se caracteriza por una úlcera genital única o múltiple, posteriormente erosiona dando lugar al chancro la que desaparecerá así no reciba tratamiento<sup>19</sup>.
- b. **La sífilis secundaria:** Puede presentarse de 2 a 12 semanas después de la aparición del chancro, se manifiesta como una enfermedad sistémica con síntomas generales que pueden preceder o acompañar a la sífilis secundaria como: Dolor de garganta, fiebre, pérdida de peso, malestar general, anorexia, cefalalgia y meningismo<sup>19</sup>.
- c. **La sífilis latente:** En ausencia de lesiones activas (fase latente), los pacientes no son contagiosas a los contactos sexuales, y el tratamiento de la sífilis latente no reduce la



transmisión a otras personas sino que protegen al paciente contra secuelas tardías<sup>20</sup>.

#### **B. Sífilis tardía**

**Sífilis latente tardía (terciaria):** Los treponemas invaden el SNC, el sistema cardiovascular, ojos, piel y otros órganos internos, produciendo lesiones como resultado de sus propiedades invasivas e inflamatorias. Durante la sífilis terciaria no ocurre la transmisión por contacto sexual y la vertical raramente ocurre<sup>20</sup>.

**C. Sífilis congénita:** La transmisión del *T. Pallidum* de una mujer sífilítica al feto a través de la placenta puede producirse en cualquier momento del embarazo, pero las lesiones de la sífilis congénita se desarrollan en general pasado el cuarto mes de la gestación, cuando el feto comienza a ser inmunocompetente<sup>20</sup>.

**D. Neurosífilis:** La neurosífilis puede ser sintomática o asintomática e incluye la sífilis meníngea, meningovascular y parenquimatosa<sup>19</sup>.

Esta clasificación tiene importancia epidemiológica por la posibilidad de transmisión de la enfermedad. Las lesiones mucosas y cutáneas húmedas de las formas precoces son contagiosas y las manifestaciones de las formas tardías no lo son<sup>21</sup>.

### 2.2.1.2. SIFÍLIS EN GESTACIÓN

La influencia del estado de la gravidez sobre la sífilis durante el curso del período primario no se modifica en la primera mitad del embarazo, el chancro de inoculación se establece a las tres semanas de contaminada la madre, acompañado de síntomas comunes a otros procesos inflamatorios subagudos<sup>22</sup>. Su localización es preponderantemente genital (95%) y las localizaciones extra genitales (5%), el chancro es generalmente único, circunscrito, en forma de erosión o úlcera de bordes no diferenciados, indoloras, y que asienta sobre una base indurada<sup>23</sup>. Si la infección se efectúa en la segunda mitad del embarazo, el chancro suele persistir hasta el término y el periodo secundario se presenta en forma temprana<sup>21</sup>. Las manifestaciones de este período comienzan a aparecer generalmente a los dos meses de inoculada la madre, es excepcional que la grávida presente lesiones terciarias precoces, características de la sífilis tardía<sup>24</sup>.

La influencia de la sífilis sobre la gravidez es transmitida al feto por vía tras placentaria a través de las vellosidades coriales. La transmisión materna puede ocurrir en cualquier momento del embarazo. La tasa de transmisión vertical de la sífilis en mujeres no tratadas es de 70% a 100% en las fases primaria y secundaria, reduciéndose al 30% en las fases latente y terciaria<sup>25</sup>. La probabilidad de infección fetal esta inversamente

relacionada con el tiempo de evolución de la infección materna; muy alta en lúes primaria, menor en lúes terciaria<sup>26</sup>. La infección fetal se considera rara en el primer trimestre, y se piensa que en ello la placenta juega un papel de barrera al paso del treponema<sup>23</sup>. Las lesiones fetales dependen del número de treponemas que pasan la barrera placentaria, lo que deriva a su vez, en parte, de la cantidad de espiroquetas circulantes en la madre, que es mayor cuanto más próxima es la fecha de infección<sup>27</sup>. Cuando una gestante adquiere sífilis durante el embarazo puede ocurrir: Aborto espontáneo, muerte fetal, muerte neonatal, déficit neurológico, retardo de crecimiento, deformidades óseas, parto prematuro<sup>27</sup>.

En el caso de la sífilis congénita, la tasa más alta de infección se debe a la transmisión vertical, existiendo un menor porcentaje de casos debidos a la infección en el canal del parto y en relación con la lactancia materna el periodo de latencia precoz es aquel que ocurre en el primer año tras la infección y que el periodo de latencia tardío es el que se produce a posteriori<sup>28</sup>. La sífilis no se transmite por la lactancia materna, a menos que haya una lesión infecciosa presente en la mama<sup>29</sup>. El riesgo de infección fetal por enfermedad materna reciente no tratada es del 80–90%. En el pasado estaba establecida la idea de que la infección fetal no ocurría nunca antes de la semana 18 de gestación, debido al efecto protector que ejercía la capa de células de Langhans de

la placenta. Sin embargo, nuevas técnicas de diagnóstico, como la PCR en líquido amniótico o en tejidos fetales, han demostrado el paso transplacentario del *T. Pallidum* en la semana 9–10 de gestación<sup>28</sup>.

### 2.2.1.3. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de sífilis se da mediante:

- i. **Manifestaciones clínicas de la mujer:** En la práctica clínica se realiza una evaluación clínica completa (sífilis primaria y secundaria) pudiendo evolucionar en forma excepcional hacia la etapa destructiva (sífilis terciaria) esto nos permiten hacer una aproximación al diagnóstico de sífilis<sup>30</sup>.
- ii. **Laboratorio clínico:** Actualmente se han implementado pruebas serológicas no treponémicas se detectan de 4 a 8 semanas después del contagio que incluyen VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (Regina rápida en plasma) y pruebas treponémicas que incluyen FTA – ABS y MHA -TP)<sup>30</sup>.

La prueba de RPR o PRS para sífilis debe solicitarse a toda gestante durante la atención prenatal, el puerperio y a la mujer con diagnóstico de aborto.

Se solicitará un RPR cuantitativo, diluciones (Dils) iguales o mayores a 8 diluciones son sugerentes de sífilis activa; resultados menores de 8 diluciones (Dils) son indicativos de

una probable sífilis de memoria inmunológica o de reacción cruzada.

**Gestante con probable sífilis:** Gestante con resultado reactivo para sífilis con prueba rápida treponémica para sífilis (PRS) o Prueba Rápida de Reagina Plasmática (RPR).

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

#### **2.2.1.4. TRATAMIENTO**

La penicilina Benzatínica constituye el tratamiento ideal y se debe de cumplir el esquema de tres dosis para la curación de la sífilis materna temprana y previene la sífilis neonatal en 98% de los casos<sup>22</sup>.

En la sífilis temprana: Penicilina G Benzatínica, 2.4 millones de UI intramuscular, por dosis semanal durante 3 semanas.

Para prevenir sífilis congénita la última dosis de penicilina Benzatínica debe haber sido aplicada antes de las 4 semanas previas al parto.

Régimen alternativo para pacientes gestantes alérgicas a la penicilina: Eritromicina, 500 mg por vía oral, c/ 8 horas durante 15 días<sup>30</sup>.

### 2.2.2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA SÍFILIS

Es un conjunto de fenómenos, características o condiciones detectables que posibilitan la probabilidad a un aumento constante y continuo de la infección con sífilis.

- **Inicio precoz de las relaciones sexuales.** Implica la edad cronológica en que tuvo la paciente su primera relación coital, cuando la actividad sexual es a una edad temprana en la adolescencia, implica mayor posibilidad de contactos con distintas parejas sexuales y por ende, representa un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva, como el embarazo en adolescente, el aumento de las infecciones de transmisión sexual, como sífilis y HIV/SIDA y los problemas familiares, económicos y sociales que generan una conducta sexual riesgosa. Es por ello que la educación sexual en el hogar, escuelas, colegios y servicios de salud, unido a la estimulación de habilidades para la vida, el retraso del inicio de la actividad sexual entre adolescente, la promoción de la abstinencia sexual y las prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, son una las estrategias más eficaces para enfrentar estas problemáticas.
- **Número de parejas sexuales.** En la actualidad se observa una mayor liberalización de los comportamientos, actitudes sexuales y se manifiesta en forma especial con una tendencia al acercamiento. Hay una relación significativa entre edad de

inicio sexual y nivel socioeconómico. Los jóvenes tienen relaciones sexuales en su mayoría con sus parejas, en especial las mujeres. El sexo ocasional ocurre más en los hombres. En la cual, la cantidad de parejas sexuales, cambio frecuente de pareja y múltiples compañeros sexuales genera mayor factores de riesgo de embarazo y de contraer una ITS como sífilis/VIH.

- **No uso de preservativo.** Implica no utilizar preservativo durante las relaciones sexuales para evitar las ITS, como la sífilis/VIH, por una baja percepción de riesgo y la creencia de que disminuye el placer sexual por las resistencias socioculturales imperantes.
- **Pareja infectada.** Constituye un factor vulnerable en la adquisición de la sífilis, debido a tener una pareja sexual infectada que conoce o no de su condición y al tener relaciones sexuales sin uso de preservativo infecta a su pareja que al ser diagnosticados, ambos tendrán que recibir tratamiento.
- **Estado civil.** Es la situación jurídica en la que se encuentra una persona dentro del orden civil, que está reconocida por la ley.
  - **SOLTERA:** Aquellas personas que nunca han estado casadas, ni conviven.

- **CONVIVIENTE:** Aquellas personas que hacen vida marital sin estar casados legalmente.
- **CASADA:** Estado civil que comienza desde que se contrae matrimonio hasta que se rompe por completo el vínculo nupcial.

### **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

- **EDAD:** Es el tiempo estimado o calculado desde el día, mes y año del nacimiento, implica que la constitución de la mucosa vaginal y del tejido cervical de la mujer joven la hacen muy susceptible a la sífilis, el riesgo de las jóvenes aumenta cuando tienen actividad sexual en la pubertad temprana.
  - **ADOLESCENTES - JÓVENES:** Etapa que transcurre desde los 10 hasta los 29 años.
  - **ADULTOS:** De los 30 años a más.
- **PARIDAD:** La paridad es un factor de riesgo considerada porque para que se dé el embarazo probablemente haya ocurrido varios procesos de contacto sexual.
- **OCUPACIÓN:** Es la actividad temporal o permanente que se desempeña dentro de la actividad económica y pedagógica.
- **GRADO DE INSTRUCCIÓN:**
  - **ANALFABETA:** Representa a las personas iletradas, no saben leer ni escribir.



- PRIMARIA: Grado de instrucción básica regular o elemental inicia a los 6 años y dura aproximadamente hasta los 12 o 13 años, para luego continuar con el nivel secundario.
- SECUNDARIA: Nivel educativo intermedio entre primaria y superior los conocimientos son mucho más específicos y están más claramente divididos en áreas.
- SUPERIOR: Este tipo de educación se caracteriza por la especialización en una carrera la cual significa que ya no se comparte conocimientos comunes en todo el grupo etario sino que cada uno elige una carrera profesional.
- **PROCEDENCIA:** Es el lugar de donde es originario la persona sea departamento, provincia, distrito, anexo o región de residencia permanente condiciones que reflejan la limitación económica de las gestantes.

## **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS**

### **Factores de riesgo**

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

### **Sífilis activa en gestantes**

Gestante con enfermedad sistémica de transmisión sexual causada por la bacteria espiroqueta *Treponema Pallidum* o Schaudinn, diagnosticada con el examen de Laboratorio RPR: dilución igual o mayor de 8.

### **Edad**

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el presente.

### **Edad de inicio de las relaciones sexuales**

Edad del primer coito de la gestante.

### **Pareja sexual**

Número de parejas sexuales que tuvo la gestante en toda su vida.

### **Uso de preservativo**

Uso de preservativo durante el coito.

### **Parejas infectadas**

Pareja con diagnóstico de sífilis activa registrada en la historia clínica (RPR dilución igual o mayor de 8)

### **Transfusión sanguínea**

Historia clínica de Gestante que reporta transfusión sanguínea durante la atención.

## **Estado Civil**

Es la situación jurídica en la que se encuentra una persona dentro del orden civil, que está reconocida por la ley.

## **2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.4.1. HIPÓTESIS**

El estado civil, inicio precoz de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, el no uso de preservativos, tener una pareja infectada con sífilis y recibir transfusión sanguínea, son factores asociados a sífilis activa en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2012 al 2015.

### **2.4.2. VARIABLES**

#### **2.4.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Factores de riesgo
  - Estado civil
  - Inicio precoz de las relaciones sexuales
  - Número de parejas sexuales
  - Uso de preservativo
  - Pareja infectada
  - Transfusión sanguínea

#### **2.4.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

Sífilis activa en gestantes.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativa

#### **3.2. MÉTODO DE ESTUDIO**

Retrospectivo, analítico, caso-control.

#### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Historias clínicas de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período 2012 al 2015.

**Casos:** 109 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de sífilis activa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período 2012 al 2015.

**Control:** 109 historias clínicas de gestantes sin diagnóstico de sífilis activa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el

período 2012 al 2015, pareadas por edad 1/1.

### **Tipo de muestreo**

No probabilístico.

### **Criterios de inclusión**

- Historias clínicas completas de gestantes con diagnóstico de sífilis activa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en los años 2012-2015.
- Historias clínicas de gestantes atendidas durante el período 2012 al 2015 con resultado de RPR > 8 dil.

### **Criterios de Exclusión**

- Historias clínicas incompletas de gestantes con diagnóstico de sífilis activa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en los años 2012-2015.
- Historias clínicas de gestantes atendidas durante el período 2012 al 2015 con resultado de RPR < 8 dil.
- Historias clínicas de gestantes con aborto, óbito, embarazo ectópico y problemas médico legales.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>
Revisión de Historias Clínicas	Ficha de recolección de datos

### **3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Aprobado el proyecto de investigación por el Jurado de tesis, se procedió a solicitar al Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, la carta de presentación respectiva para la ejecución del presente proyecto en el Instituto Nacional Materno Perinatal – Lima.
- La carta de presentación fue tramitada en el Instituto Nacional Materno Perinatal Lima la cual paso al servicio de investigación y ética para ser revisado y aprobado. Una vez aprobado pasó al servicio de Docencia quien nos dio la autorización para la ejecución respectiva y orden al servicio de Epidemiología e Inmunología para que se nos facilite los datos de las gestantes con sífilis atendidas (gestantes diagnosticadas con sífilis con la prueba de RPR>8 dil).
- Luego en el servicio de bioestadística se solicitó el número de historias clínicas de las gestantes con sífilis.
- Ya en la oficina de archivos se nos proporcionó las historias clínicas solicitadas y se aplicó el instrumento de investigación validado.
- Concluido con el recojo de información cada instrumento fue codificado para su posterior procesamiento.
- Con los instrumentos codificados se creó una base de datos en el paquete estadístico de SSPS 22.0 para su posterior procesamiento.

### **3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 22.0 y el análisis estadístico se realizó con la prueba estadística Chi cuadrado y OR (Odds Ratio).

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**



#### 4.1. DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN

##### Cuadro 01.

#### Prevalencia de la sífilis activa en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015.

AÑO	PREVALENCIA
2012	0,25 %
2013	0,08 %
2014	0,09 %
2015	0,47 %

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En el cuadro 01 se observa que la mayor prevalencia de la sífilis activa en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal presenta el año 2015 con 0,47 por cada 100 gestantes atendidas, a diferencia del año 2013 donde se obtuvo una prevalencia de 0,08.

Nuestros resultados de investigación coinciden con los reportados por Frine Samalvides y Claudia Lizette en la investigación “Sífilis en la gestación 2008”, quienes reportan que la prevalencia estimada de sífilis gestacional en América Latina y el Caribe fue 3,1 en promedio, con un rango de 0,4 a 6,2 por 100 mujeres evaluadas y que el Perú reporta una prevalencia de sífilis gestacional de 0,8<sup>4</sup>. Gonzales Gustavo F. (2000-2010) en la investigación “Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el período 2000-2010”, se reporta una

prevalencia de sífilis gestacional de 0,7<sup>9</sup>. Aguilar Ticavilca, Rocío del Pilar (2013) en la investigación "Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013" concluye que la prevalencia de sífilis en gestantes para el año 2013 fue de 0,77 en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho<sup>8</sup>.

Según la Organización Panamericana de la Salud Chile y Cuba representan dos de los países con mejor control de la sífilis, Cuba notificó una prevalencia de sífilis materna del 1,7% y ningún caso de sífilis congénita en los últimos 3 años<sup>13</sup>.

Por tanto se puede concluir que la prevalencia de sífilis activa en gestantes en el Instituto Materno Perinatal (INMP) se ha incrementado en los últimos años a pesar de las estrategias planteadas a nivel de los programas de prevención de las ITS, es importante resaltar que a pesar de la información, educación y difusión proporcionada a los pacientes a través de consultorios diferenciados en el INMP, el porcentaje de sífilis gestacional no se ha reducido, al contrario sigue en aumento, esto podría deberse a que no se aborda el problema con integralidad, teniendo en cuenta la cosmovisión de la gestante, su forma de relacionarse con la sociedad, pareja, su condición de precariedad económica, educativa, alta natalidad; características sociodemográficas que influyen en la vida sexual de la población.

**Tabla 01.**

**Sífilis activa en gestantes en relación a su estado civil del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015.**

Estado Civil	CASOS (Gestantes con Sífilis)		CONTROL (Gestantes sin Sífilis)	
	N	%	N	%
Soltera	75	68,8	45	41,3
Conviviente-Casada	34	31,2	64	58,7
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

**OR: 3.1**  
**p< 0,0001**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	16,684 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	15,590	1	,000		
Razón de verosimilitud	16,913	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	16,607	1	,000		
N de casos válidos	218				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 49,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 01 se observa que del total de gestantes con sífilis activa (casos) el mayor porcentaje 68,8% (75) son solteras y solo el 31,2% son

convivientes y casadas, mientras que en el grupo control (gestantes sin sífilis) el 58,7% (64) son de estado civil conviviente y casada y solo el 41,3 (45) son solteras.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado indican que existe asociación entre el estado civil y la sífilis activa en gestantes atendidas en el INMP ( $p: 0.0001$ ). Según la prueba estadística OR la probabilidad de riesgo de presentar sífilis es 3.1 veces más en aquellas pacientes que son de estado civil soltera.

Los resultados de investigación coinciden con los reportados por Gustavo Gonzales et al. En la investigación "Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el período 2000-2010" se concluye que el ser conviviente o soltera (73,8%) son factores asociados a la sífilis gestacional<sup>9</sup>.

Nayibe Vanegas Castillo en la investigación "Tratamiento de la sífilis gestacional y prevención de la sífilis congénita en la institución distrital de salud de tercer Nivel Bogotá, Colombia, enero a octubre de 2010" concluye que el 30% de gestantes con sífilis son separadas y solteras<sup>13</sup>.

Por lo tanto, la presente investigación permite señalar que el estado civil soltera de la gestante la pone en una situación de alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual como sífilis, donde la falta de compromiso permite un cambio frecuente de pareja y a la vez mayor susceptibilidad de tener contacto sexual de riesgo como; relaciones sexuales sin protección, con trabajadoras sexuales y otros.

**TABLA 02.**

**Sífilis activa en gestantes en relación al uso de preservativo del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015.**

USO DE PRESERVATIVO	CASOS (Gestantes con Sífilis)		CONTROL (Gestantes sin Sífilis)	
	N	%	N	%
NO	100	91,7	39	35,8
SI	9	8,3	70	64,2
<b>TOTAL</b>	109	100	109	100

OR: 19.94

p< 0,0001

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	73,871 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	71,469	1	,000		
Razón de verosimilitud	81,187	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	73,532	1	,000		
N de casos válidos	218				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 39,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 02 se observa que del total de gestantes con sífilis activa (Casos) el mayor porcentaje 91,7% (100) no usó preservativos durante sus relaciones sexuales y solo el 8,3% usó preservativo, mientras que en el grupo control (gestantes sin sífilis activa) el 64,2% (70) usó preservativo durante sus relaciones sexuales y solo el 35% (39) no usó preservativos.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi-cuadrado nos indica que existe asociación entre el uso de preservativos y la sífilis activa en

gestantes atendidas en el INMP (p: 0.0001). Según la prueba estadística OR la probabilidad de riesgo de presentar sífilis es 19,9 veces más en aquellas pacientes que no usan preservativo.

Los resultados de la investigación coinciden con lo reportado por Aguilar Ticavilca, Rocío del Pilar en la investigación “Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013” concluye que el 74,2% de mujeres embarazadas con sífilis gestacional nunca usó preservativo<sup>8</sup>. Luz Marina García en la investigación “Factores asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia) 2007-2010 “reporta que el 88,2% de gestantes con sífilis no usó preservativo<sup>12</sup>.

Nonato, Solange María; en la investigación “Sífilis gestacional y factores asociados con sífilis congénita en Belo Horizonte-MG, Brasil, 2010-2013”. Concluye que las gestantes con sífilis no se protegen con preservativo durante las relaciones sexuales (OR 2.102)<sup>14</sup>.

Por tanto podemos concluir que nuestros resultados son sumamente importantes ya que nos permite conocer que la probabilidad de contagio de sífilis es 19 veces más si no se usa preservativo, quizás porque las mujeres consideran que no están expuestas a infecciones de transmisión sexual si conviven con una pareja estable. Por otra parte el hombre aun estando consiente de su promiscuidad no tiene en cuenta el uso del preservativo como medio de protección sexual tanto para él como para su pareja.

**TABLA 03.**

**Sífilis activa en gestantes en relación a edad de inicio de las relaciones sexuales del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015.**

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	CASOS (Gestantes con Sífilis)		CONTROL (Gestantes sin Sífilis)	
	N	%	N	%
Precoz	98	89,9	74	67,9
Adecuado	11	10,1	35	32,1
<b>TOTAL</b>	109	100	109	100

**OR: 4,2**

**p< 0,0001**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	15,871 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	14,576	1	,000		
Razón de verosimilitud	16,522	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	15,798	1	,000		
N de casos válidos	218				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 23,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 03 se observa que del total de gestantes con sífilis activa (casos) el mayor porcentaje 89,9% (98) inicio sus relaciones sexuales precozmente y solo el 10,1% inicio en la edad adecuada. Y el grupo control (gestantes sin sífilis) el 67,9% (74) también inicio sus relaciones sexuales precozmente y solo el 32,1% (35) empezó en la edad adecuada.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chicuadrado nos indica que existe asociación entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y la sífilis en gestantes atendidas en el INMP ( $p < 0,0001$ ). Según la prueba estadística OR la probabilidad de riesgo de presentar sífilis es 4,2 veces más en aquellas pacientes que iniciaron su vida sexual precozmente.

Nuestros resultados de investigación coinciden con lo reportado por Aguilar Ticavilca, Rocío del Pilar en la investigación “Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013” quien reporta que el 80,7% de gestantes con sífilis inició relaciones sexuales precozmente (en la adolescencia)<sup>8</sup>.

Villazón Vargas, Nayrah en la investigación “Prevalencia de sífilis materna y evaluación de una prueba diagnóstica rápida en Cochabamba, Bolivia” concluye que las gestantes con sífilis iniciaron su vida sexual a los 17 años en promedio<sup>10</sup>.

Bayron Esteban Guerrero Sandoval en la investigación “Factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el período de enero a diciembre del 2010 y 2011”. También concluye



que el 62% de gestantes con sífilis tuvieron su primera relación sexual a la edad entre los 13 y 15 años<sup>15</sup>.

Por tanto, podemos concluir que la actividad sexual precoz es una conducta de riesgo que compromete la salud sexual y la pone en riesgo de contraer ITS, si el individuo no está preparado ni física ni psíquicamente para adentrarse en el mundo de las relaciones sexuales, poniéndose en una situación de vulnerabilidad por falta de experiencia y decisión asertiva.

**TABLA 04.**

**Sífilis activa en gestantes en relación al número de parejas sexuales del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015.**

N° DE PAREJAS SEXUALES	CASOS (Gestantes con Sífilis)		CONTROL (Gestantes sin Sífilis)	
	N	%	N	%
Más de 2	53	48,6	39	35,8
1 a 2	56	51,4	70	64,2
<b>TOTAL</b>	109	100	109	100

**OR: 1.69**                      **p< 0,055**

**Pruebas de chi - cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	3,686 <sup>a</sup>	1	,055		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	3,178	1	,075		
Razón de verosimilitud	3,698	1	,054		
Prueba exacta de Fisher				,074	,037
Asociación lineal por lineal	3,669	1	,055		
N de casos válidos	218				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 46,00.

b. Solo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 04 se observa que del total de gestantes con sífilis activa (casos) el mayor porcentaje 51,4% (56) tuvo de 1 a 2 parejas sexuales y el 48,6% tuvo más de 2 parejas sexuales, mientras que en el grupo

control (Gestantes sin sífilis) el 64,2% (70) tuvo 1 a 2 parejas sexuales y solo el 35% (39) tuvo más de 2 parejas sexuales.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chicuadrado indican que existe asociación entre el número de parejas sexuales y la sífilis activa en gestantes atendidas en el INMP ( $p < 0,055$ ). Según la prueba estadística OR la probabilidad de riesgo de presentar sífilis es 1,69 veces más en aquellas pacientes que tienen más de 2 parejas sexuales.

Los resultados de la investigación, también, coinciden con lo reportado por García Luz Marina en la investigación “Factores asociados a la Sífilis Congénita en tres Instituciones de salud de Sincelejo (Colombia) 2007-2010” quien reporta que el 79, 4% de gestantes con sífilis tuvo de 1 a 2 parejas sexuales<sup>12</sup>. Aguilar Ticavilca, Rocío del Pilar en la investigación “Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013” reportó que 69.4% de gestantes con sífilis tuvo entre 2 a 3 parejas sexuales<sup>8</sup>.

La situación sexual de las mujeres con un número de parejas mayor a 3 las pone en una situación de riesgo frente a las ITS como la sífilis, este cambio frecuente de pareja se relaciona con variables importantes como el inicio precoz de relaciones sexuales demostrado así, en la tabla anterior, que iniciar tempranamente las relaciones sexuales permite tener un número mayor de parejas en el tiempo, por lo que es más fácil establecer relaciones donde el sexo es prioridad y no el compromiso, por tanto mujer que tiene más de dos parejas sexuales sin protección en nuestro país es más susceptible a adquirir sífilis y otras ITS.

**TABLA 05.**

**Sífilis activa en gestantes en relación a pareja Infectada del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015.**

PAREJA INFECTADA	CASOS (Gestantes con Sífilis)		CONTROL (Gestantes sin Sífilis)	
	N	%	N	%
Si	98	89,9	0	0
No	11	10,1	109	100
<b>TOTAL</b>	109	100	109	100

**OR: 971**

**p< 0,0001**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	178,033 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	174,419	1	,000		
Razón de verosimilitud	228,682	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	177,217	1	,000		
N de casos válidos	218				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 49,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 05 se observa que del total de gestantes con sífilis activa (casos) el mayor porcentaje 89,9% (98) tiene pareja infectada y solo el 10,1% no tiene pareja infectada, mientras que en el grupo control (gestantes sin sífilis) el 100% (109) no tiene pareja infectada.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos indica que existe asociación entre pareja infectada y la sífilis activa en gestantes atendidas en el INMP ( $p < 0,0001$ ). Según la prueba estadística OR la probabilidad de riesgo de presentar sífilis es 971 veces más en aquellas pacientes que tienen pareja infectada.

Igualmente, los resultados de la investigación coinciden con los reportados por Oliveira Périco Monteiro en la investigación “Factores asociados a la ocurrencia de sífilis en adolescentes del sexo masculino, femenino y gestantes de un Centro de Referencia Municipal/CRM - EST/HIV/SIDA de Feira de Santana, Bahía 2003 e 2012” quien reporta que el 95% de parejas de gestantes con sífilis tenían la enfermedad (sífilis)<sup>16</sup>.

Estos resultados de la investigación son importante ya que se demuestra que si el compañero sexual está infectado de sífilis la gestante también estará infectada; dinámica social y epidemiológica grave, propia de países como el nuestro donde el machismo es preponderante, donde el varón cuenta con muchas libertades sexuales, por tanto con derecho a ser promiscuo y violento, situación que pone en riesgo a la mujer que es víctima de este comportamiento sexual.

**Tabla 06.**

**Características socio demográficas de las gestantes con sífilis activa en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015.**

Características socio demográficas de las gestantes con diagnóstico de sífilis.		
<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Adolescentes-Jóvenes	75	68,8
Adultos	34	31,2
<b>TOTAL</b>	109	100
<b>PARIDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Primigesta	37	33,9
Multigesta	72	66,1
<b>TOTAL</b>	109	100
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Primaria	14	12,8
Secundaria	87	79,8
Superior	8	7,4
Analfabeta	0	0
<b>TOTAL</b>	109	100
<b>PROCEDENCIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Urbano	48	44
Urbano marginal	61	56
<b>TOTAL</b>	109	100
<b>OCUPACION</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ama de casa	86	78,9
Independiente	9	8,3
Estudiante	8	7,3
Empleada	6	5,5
<b>TOTAL</b>	109	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 06 se observa que, el 68,8% de gestantes con sífilis fueron adolescentes-jóvenes; el 66,1% (72) multigestas, de grado de instrucción secundaria 79,8% (87), procedencia urbano marginal 56% (61) y su ocupación fue ama de casa 78,9 (86).

Los resultados de investigación descritos coinciden con los reportados por Nonato Solange María en la investigación “Sífilis gestacional y factores asociados con sífilis congénita en Belo Horizonte-MG, Brasil, 2010-2013” quien reporta que las gestantes con sífilis tenían edad materna menor a 20 años; baja educación<sup>14</sup>. Villazón Vargas Nayrah en la investigación “Prevalencia de sífilis materna y evaluación de una prueba diagnóstica rápida en Cochabamba, Bolivia”. En la que reporta que las gestantes con sífilis tienen en promedio 24 años de edad (rango 15-44). En su mayoría fueron mujeres jóvenes entre 15 y 25 años (64,4%), amas de casa (68,1%), habían terminado la educación básica (54,6%) y fueron clasificadas en el nivel socioeconómico bajo (60,7%)<sup>10</sup>.

Aguilar Ticavilca, Rocío del Pilar en la investigación “Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013”. En la que reporta el 64,5% de gestantes con sífilis tenía entre 20 a 35 años de edad, un 35,5% de ellas procedían del asentamiento humano, un 48,4% del total culminaron la secundaria y el 93,5%, amas de casa<sup>8</sup>.

Nayibe Vanegas Castillo en la investigación “Tratamiento de la sífilis gestacional y Prevención de la sífilis congénita en Institución Distrital de

salud de tercer nivel Bogotá, Colombia, Enero a Octubre de 2010” Quien reporta que el 85% de gestantes con sífilis tenía entre 18 y 35 años; 55,5% educación básica incompleta, 92,5% multíparas<sup>13</sup>.

Por tanto se puede concluir que las gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal proceden de lugares urbano marginales, son amas de casa, condiciones que reflejan la limitación económica de las gestantes; ya que, la mayoría de ellas dependen económicamente de sus parejas, en cuanto al nivel de estudios la mayoría son de secundaria y solo un 7,4% son de estudios superior. Es importante señalar que conforme el nivel de estudios aumenta, el nivel de conocimientos de las gestantes mejora. Estos resultados reflejan la situación de pobreza, falta de oportunidades laborales por el bajo nivel de estudios, desempleo e inestabilidad económica. Factores que además nutren la epidemia de la sífilis; por el menor nivel socioeconómico tienen menor acceso a la educación formal y al mismo tiempo menos recursos económicos para solventar sus necesidades en salud. Ello haría a estas mujeres más susceptibles a la infección por sífilis que a las mujeres con mayor nivel socioeconómico.



**CAPITULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de sífilis activa en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, para el año 2012 fue 0,25%; en el 2013, de 0,08%; en el 2014, de 0,09 % y en el año 2015, de 0,47% por cada 100 gestantes atendidas en dicho nosocomio.
2. Los factores de riesgo de las gestantes con sífilis activa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período 2012 a 2015 fueron: El estado civil soltera, el inicio de las relaciones sexuales a una edad precoz, tener de 1 a 2 parejas sexuales y el no uso de preservativo durante las relaciones sexuales a pesar de ello el mayor porcentaje de gestantes tuvieron pareja infectada con sífilis.
3. Las características sociodemográficos de las gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el período 2012 a 2015 fueron: Adolescentes - jóvenes; multigestas, de grado de instrucción secundaria; procedentes de lugares urbano marginales y de ocupación amas de casa.

## 5.2. RECOMENDACIONES

1. Promover estrategias de información y educación sobre sífilis a la población en edad fértil, ofreciendo consejería en servicios de planificación familiar y atención prenatal.
2. Los resultados obtenidos son sumamente importantes ya que nos permite conocer que la probabilidad de contagio de sífilis es 19 veces más si no se usa preservativo, especialmente en la población de estado civil soltera situación alarmante; por lo tanto, todas las estrategias de prevención de ITS en los servicios de salud deberían estar orientadas a proveer, orientar y distribuir adecuadamente el preservativo, aclarar dudas sobre el uso y beneficios, romper mitos y creencias; todo aquello, hasta el momento es la única estrategia segura para controlar las ITS, especialmente la sífilis en gestantes.
3. Brindar educación sexual orientada a postergar el inicio de relaciones sexuales en la población adolescente y joven, enfatizando contenidos y metodología apropiados para trabajar auto cuidado, autoconocimiento y proyectos de vida, que permitan a los jóvenes tomar decisiones acertadas y por consiguiente disminuir los factores de riesgo asociados a ITS y sífilis.

4. Dar énfasis al marco teórico de salud sexual y reproductiva sobre las infecciones de transmisión sexual y los protocolos de manejo que permiten enriquecer y/o fortalecer los conocimientos y prácticas de los profesionales de la salud a cargo de los servicios de PROCETSS (Programa de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual – SIDA) con el objetivo de disminuir la prevalencia de sífilis en gestantes.
5. Incrementar el acceso de la población en edad reproductiva a los servicios de consejería sobre Infecciones de transmisión sexual, así como tamizaje para sífilis, poniendo especial atención en la población adolescente y gestantes.
6. Ofrecer educación continua al personal de salud sobre el manejo de protocolos de vigilancia epidemiológica, dando énfasis en la atención de sífilis gestacional y congénita según el Modelo de atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAISBFC).
7. Fomentar la asesoría preconcepcional a las parejas y concientizar sobre los riesgos que conllevaría la sífilis, analizando estrategias para reducir el impacto de la infección congénita en los neonatos.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. [citado 10 Sep. 2014]; Nota descriptiva N° 110.  
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
2. Castro Abreu Idania. Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev habancienc méd [Internet]. 2010 Dic [citado 2016 ago. 31]; 9(Suppl5): 705-716.  
Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2010000500014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000500014)
3. Álvarez Mesa Mónica Ivonne, Domínguez Gómez José, de la Torre Navarro Lilia María. Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Rev habancienc méd [Internet]. 2014 abr [citado 2017 Mar 21]; 13(2): 270-283.  
Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2014000200012&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200012&lng=es)
4. Frine Samalvides, Claudia Lizette Banda. Sífilis en la Gestación. Rev Per GinecolObstet [revista en Internet] 2010. [acceso 31 de agosto 2016]; 56:202-208.  
Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n3/pdf/a06v56n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n3/pdf/a06v56n3.pdf)
5. Enrique Galban, Adele S Benzaken. Situación de la sífilis en 20 países

de Latinoamérica y el caribe. [Revista en Internet]. [citado 2006]; 7 pg.

Disponible en:

[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44612/26\\_sifilis\\_america\\_latina\\_e\\_caribe\\_pdf\\_15261.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44612/26_sifilis_america_latina_e_caribe_pdf_15261.pdf)

6. Organización Mundial De La Salud. "Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción ".2008

7. Álvarez Mesa Mónica Ivonne, Domínguez Gómez José, de la Torre Navarro Lilia María. Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Rev. Haban. Cienc. Méd. [Internet]. 2014 Abr [citado 2016 Ago. 31]; 13(2): 270-283.

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2014000200012&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200012&lng=es)

8. Aguilar Ticavilca, Rocío del pilar. Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho [Tesis en Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013 [citado 2014]. 57 pg.

Disponible en:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3573/1/Aguilar\\_tr.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3573/1/Aguilar_tr.pdf)

9. Gonzales, Gustavo F; Tapia, Vilma y Serruya, Suzanne J. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. Rev. Perú. med. exp. salud pública [online]. 2014, vol.31, n.2 [citado 2016-08-18], pp. 211-221.

10. 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. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Abr [citado 2016 Sep 01]; 137(4): 515-521.

Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872009000400009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009000400009)

11. Galeano-Cardona Claudia Lucena, García-Gutiérrez William Darío, Congote-Arango Lina María, Vélez-García María Adelaida, Martínez-Buitrago Diana Milena. Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, Colombia, 2010. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2012 dic [citado 2017 Mar 21]; 63(4): 321-326.

Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474342012000400003&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342012000400003&lng=es)

12. Luz Marina. Ruber Andrés. Clarybel. Jessika Margarita. Johanna Marcela Julio G. Milena Edith Paternina G. Lilian Judith Suárez R. Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo. Rev. Méd. Colombia [Internet]. 2007 – 2010 [citado 24 Junio 2011]: 1-8.

13. Nayibe Vanegas Castillo. Yenny Nataly Caceres Buitragohj. Carlos Augusto Jaimes González. Tratamiento de la Sífilis Gestacional y Prevención de la sífilis congénita en institución distrital de salud de tercer Nivel. Bogotá, Colombia. Rev. méd. Chile [Internet]. 2010citada

[Enero a Octubre 2010]; 32 p. Disponible en: file:///F:/598104.201.pdf

14. Nonato Solange María, Melo Nonato Solange María, Melo Ana Paula Souto, Guimarães Mark Drew Crosland. Sífilis gestacional y factores asociados con sífilis congénita en Belo Horizonte- MG, Brasil, 2010-2013. Servicio de epidemiologia Saúde [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Apr 21]; 24(4): 681-694.

Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222015000400681&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222015000400681&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5123/S167949742015000400010>

15. Guerrero-Sandoval, Byron Esteban, Quispe-Chávez, Christian Rodrigo. (2010-2011). Factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital gineco-obstétrico isidro ayora en el período de enero a diciembre del 2010 y 2011. [tesis doctoral en Internet]. Santander: Universidad Central de Ecuador; 2013 [citada mayo 2013]. 73 p.

Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4431/1/TUCE000679.pdf>

16. Milena de Oliveira Pérsico; María Conceição O. Costa; Graciete Oliveira Vieira; Carlos Alberto Lima da Silva, Factores asociados a la ocurrencia de sífilis en adolescentes del sexo masculino, femenino y gestantes de un Centro de Referencia Municipal/CRM - EST/HIV/SIDA de Feira de Santana, Bahía Vol. 12 N° 3 - Jul/Sep-



2015.

17. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materna infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. 2010.
18. Ministerio de salud; norma conjunta de prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis.  
Disponibile en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v30n3/art04.pdf>
19. INMP. Guía de práctica clínica de procedimientos en Obstetricia y Perinatología, Adenda: Guía de práctica clínica: Atención de la gestante con sífilis.2010.
20. Murillo Calderón Adriana. Actualización: sífilis en medicina legal. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2011 Mar [cited 2017 Mar 29]; 28(1): 55-64.  
Disponibile en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140900152011000100007&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152011000100007&lng=en).
21. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis: Programa Nacional de Prevención y Control de la infección por VIH/SIDA e ITS División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2013 jun [citado 2017 Mar 29]; 30(3): 259-302. Disponibile en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071610182013000300004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182013000300004&lng=es).

22. Schwarcz Ricardo, Fescina, Ricardo, Duverges, Carlos. "Obstetricia", ed. El Ateneo, 6º ed., Buenos Aires- Argentina, 2009.
23. Casas-P, Rodolfo L; Rodríguez, Magda; Rivas, Jorge; "Sífilis y embarazo: ¿Cómo diagnosticar y tratar oportunamente?" Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 Nro. 1, 2009, p. 49-56.
24. Vilatacorell, J "Manual de dermatología y venereología, Atlas y texto", editorial Medica Panamericana, Madrid-España, 2007.
25. Cunningham, Garu; Leveno, Kenneth; BLOOM, Steven. "Obstetricia de Williams", Ed MC Graw Hill Interamericana, Mexico.2006.
26. Cifuentes Rodrigo. "Obstetricia de alto riesgo". 6º ed., Colombia, 2007
27. Campos, Pardo, Vásquez- Rodríguez, Jiménez, Moral "Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia" disponible en:<http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-sifilis-embarazo-S0210573X0900210X>
28. Casas-P Rodolfo L, Rodríguez Magda, Rivas Jorge. Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente? RevColombObstetGinecol [Internet]. 2009 Mar [cited 2017 Mar 25]; 60(1): 49-56.  
  
Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-7434200900](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7434200900)
29. Rodolfo L. Casas, Magda Rodríguez, Jorge Rivas Revista colombiana

de Obstetricia y Ginecología vol. 60 N° 1, 2009 (49 – 56) disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n1/v60n1a07.pdf>

30. Ministerio de Salud “Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis”

31. León De González, Graciela. Sífilis: un Hito en Medicina Transfusional. ¿Tamizaje por pruebas treponémicas o no treponémicas? Rev. Méd. Argentina [Internet]. [citado en el 2011]: 1-15 pago 6.

Disponible:

[http://www.ammtac.org/data/images/fckeditor/file/Sifilis%20y%20transfusi%C3%B3n\\_%20Julio%202014\\_%20JB-VL.pdf](http://www.ammtac.org/data/images/fckeditor/file/Sifilis%20y%20transfusi%C3%B3n_%20Julio%202014_%20JB-VL.pdf)

## **ANEXOS**

## **ANEXO Nº 01**

PREVALENCIA 2012=  $32 / 12657 \times 100 = 0,25 \%$

PREVALENCIA 2013=  $12 / 14374 \times 100 = 0,08 \%$

PREVALENCIA 2014=  $9 / 9297 \times 100 = 0,09 \%$

PREVALENCIA 2015=  $56 / 11902 \times 100 = 0,47 \%$



**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

Nº de ficha: .....      FECHA: .....

<b>DIAGNÓSTICO DE SIFILIS</b>	
SI    (    )	
NO    (    )	
<b>FACTORES DE RIESGO</b>	
<b>Edad de inicio de las relaciones sexuales</b> Precoz    (    ) Adecuado (    )	<b>Pareja Infectada</b> Sí    (    ) No    (    )
<b>Nº de parejas sexuales</b> 1-2    (    ) Más de 2 (    )	<b>Estado civil</b> Soltera                    (    ) Casada – conviviente (    )
<b>Uso de preservativo</b> Sí    (    ) No    (    )	<b>Transfusión Sanguínea</b> Sí    (    ) No    (    )
<b>Características sociodemográficas</b>	
<b>Paridad</b> Primigesta (    ) Multigestas (    )	<b>Procedencia</b> Urbano Urbano marginal
<b>Grado de instrucción</b> Primaria    (    ) Secundaria (    ) Superior    (    ) Analfabeta (    )	<b>Ocupación</b> ..... <b>Edad</b> Adolescentes - Jóvenes (    ) Adultos                    (    )

## FOTOS

