

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE
SÍFILIS EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A
CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL SANTA ROSA
DE PUERTO MALDONADO, 2016

TESIS

Presentada por:

Bach. Sonia Elizabeth Churacutipa Arcaya

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE
SÍFILIS EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A
CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE
PUERTO MALDONADO, 2016

TESIS





Presentada por:

BACH. SONIA ELIZABETH CHURACUTIPA ARCAYA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:

 ----- Mgr. Gladys Concori Cori Secretaria	 ----- Dra. Rinna Pilco Velásquez Presidenta	 ----- Dra. Olga Choque Chura Miembro
	 ----- Mgr. Nérida Pérez Cabanillas Asesora	

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora de tesis, por ser guía y apoyo constante, en el desarrollo y elaboración de este trabajo de investigación.

De manera especial al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado a la E.S.N.C.P. ITS / VIH SIDA, por permitir la ejecución del proyecto de investigación. Finalmente, este trabajo no se habría concluido sin el apoyo desmedido de la población estudiada.

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, por ser mi guía, porque me guarda me espera y me cobija en cada uno de los momentos de vida, en mis decisiones y proyectos, a mi madre por ser el motor y fuerza que he tenido para salir adelante gracias por todo tú ejemplo, a mi padre quien influyó en mí la disciplina desde el inicio de mis estudios, a mi hermano que me apoyo en todo momento, a mis amigos cómplices de mil aventuras en esta carrera.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	i
DEDICATORIA	ii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiii

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Descripción del problema	4
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Justificación de la investigación.....	8
1.4. Objetivos	10
1.4.1. Objetivo general	10
1.4.2. Objetivos específicos.....	10
1.5. Hipótesis.....	12
1.5.1. Hipótesis general	12
1.5.2. Hipótesis específicas.....	12

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	14
2.2. Bases teóricas	28
2.2.1. Factores de riesgo.....	28
2.2.2. La sífilis	34
2.2.3. La sífilis en el embarazo	35
2.2.4. Fases de la sífilis.....	38
2.2.5. Sífilis Congénita	43
2.3. Definición de términos	45

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1.	Tipo de investigación	48
3.2.	Diseño de investigación.....	48
3.3.	Población y muestra.....	49
	3.3.1. Población.....	49
	3.3.2. Muestra	49
	3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	50
3.4.	Operacionalización de variables y variables de estudio.....	51
	3.4.1. Operacionalización de variables	52
	3.4.2. Variables de estudio	55
3.4.	Métodos técnicas e instrumentos	56
	3.5.1. Métodos.....	56
	3.5.2. Técnica de recolección de datos	56
	3.5.3. Instrumento de recolección de datos	56
3.5.	Procedimientos y análisis	57

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

DISCUSIÓN.....	87
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS.....	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Antecedentes sociodemográficos de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.	60
Tabla 2:	Antecedentes obstétricos de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.	62
Tabla 3:	Distribución de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado según resultado reactivos de los exámenes de tamizaje con prueba rápida para sífilis, RPR y FTA-Abs, 2 016.	63
Tabla 4:	Características de los recién nacidos de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.	65

Tabla 5:	Relación entre el inicio de vida sexual y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.	69
Tabla 6:	Relación entre el número de compañeros sexuales y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.	73
Tabla 7:	Relación entre el número de controles prenatales y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.	76
Tabla 8	Distribución “si la gestante haya recibido tratamiento” y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa	78

Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Tabla 9:	Distribución de “la edad gestacional en la que recibió el tratamiento” de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.	81
Tabla 10:	Factores de riesgo para adquirir sífilis y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Distribución de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal, según resultado reactivo en los exámenes Prueba rápida de sífilis, VDRL y FTA-Abs en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.	64
Gráfico 2:	Distribución entre el inicio de vida sexual y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.	71
Gráfico 3:	Distribución entre el número de compañeros sexuales y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.	74
Gráfico 4:	Distribución entre el número de controles prenatales y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres	77

embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

- Gráfico 5: Distribución “si la gestante haya recibido tratamiento” y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016. 80
- Gráfico 6: Distribución de “la edad gestacional en la que recibió el tratamiento” de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016. 83

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Material y métodos: Se realizó una investigación no experimental, transversal y retrospectiva. La muestra de estudio estuvo conformada por 49 gestantes con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida, con 22 casos con prueba confirmatoria RPR y FTA-Abs para sífilis. **Resultados:** La tercera parte de las mujeres de estudio

inició su vida sexual entre los 13 a 15 años (32,70%), menos de la mitad tuvieron entre 3 a 4 compañeros sexuales (46,94%), la mayoría tuvo entre 1 a 2 controles prenatales (79,59%), de las confirmadas sífilis con prueba FTA-Abs una décima parte (18,18%) no recibió tratamiento, se tiene evidencia a favor de una asociación entre los

factores de riesgo y los casos confirmados de sífilis. **Conclusiones:** Los factores de riesgo se asocian significativamente, con el resultado reactivo de tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2 016.

Palabras clave: inicio de vida sexual, compañeros sexuales, control prenatal, edad gestacional.

ABSTRACT

Objective: To identify the risk factors that influence the incidence of syphilis in pregnant women who attended prenatal care in the Hospital Santa Rosa of Puerto Maldonado, 2016. **Material and methods:** A non experimental research, cross-sectional and retrospective. The study sample consisted of 49 pregnant women with reactive result in syphilis screening with quick test, with 22 cases with confirmatory test RPR and FTA-Abs test for syphilis. **Results:** The third part of the study women start their sexual life between 13 to 15 years (32,70%), less than half had between 3 to 4 sexual partners (46,94%), most were between 1 to 2 prenatal controls (79,59%), of the confirmed syphilis with FTA Abs test one tenth (18,18%) did not receive treatment, there is evidence for an association between risk factors and the number of confirmed cases of syphilis. **Conclusions:** The risk factors are significantly associated with the reactive result of syphilis screening with rapid testing in pregnant women who attended prenatal control at Santa Rosa Hospital of Puerto Maldonado 2016.

Keywords: start of sexual life, sexual partners, prenatal care, gestational age.

INTRODUCCIÓN

La sífilis gestacional es aquella que se diagnostica durante la gestación, el postaborto o puerperio, adquiere mayor importancia en la gestación, debido al riesgo de infección transplacentaria al feto. ⁽¹⁾ La mayoría de los países de América Latina y del Caribe reportan tasas de prevalencia de sífilis materna inferiores al 5%. ⁽²⁾

En el Perú, la prevalencia de sífilis durante el embarazo es en promedio 1,4% y la tasa de recién nacidos con sífilis congénita es de 3,6 casos por 1 000 nacidos vivos, debido a la falta de diagnóstico de esta enfermedad y, en consecuencia, la falta de tratamiento, es por eso importante investigar los factores asociados a la incidencia de sífilis en el embarazo.

El Perú es el primer país en la Región que está comprando e introduciendo las pruebas rápidas de sífilis dentro de su política de prevención y aplicación de estrategias costo – efectivas con evidencia científica, con la finalidad de disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0,5 casos x cada mil nacidos vivos al 2 015. Estas pruebas contribuirán al diagnóstico y tratamiento oportuno de la sífilis durante la

atención prenatal en las áreas rurales y más pobres del país que no cuentan con laboratorios.

Estas pruebas rápidas se vienen aplicando desde enero del 2010 mejorando las coberturas de tamizaje y tratamiento de las gestantes, de sus parejas. Además, tiene una alta aceptabilidad por parte del personal de salud y de las gestantes; se ha probado su uso en conjunto con la Prueba rápida de VIH, lo que hace el procedimiento aun más costo-efectivo ya que en un solo procedimiento, se hacen dos pruebas y se ahorra tiempo, materiales y se mejora la atención de la gestante. ⁽³⁾

Los objetivos de esta investigación fueron determinar, cuáles son los factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el 2016. El presente trabajo, presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I, se presenta todo lo referido al planteamiento del problema, que incluye la descripción del problema, la formulación del problema, objetivo general y específico y también la justificación de la investigación. En el capítulo II, se aborda aspectos del marco teórico en torno a estudios realizados con la sífilis en mujeres embarazadas, ya sea a nivel internacional, nacional y local. Además se incluye la base teórica

en relación al tema. En el capítulo III, se aborda todo el marco metodológico. En el capítulo IV, se ofrece la interpretación de los resultados, la discusión, las conclusiones y recomendaciones de esta tesis.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Un análisis de la incidencia de la sífilis en el embarazo disminuyó en los años 40 luego del descubrimiento de la penicilina y también entre 1 990 y 2 000 debido a la promoción de prácticas seguras para la prevención de la transmisión de la sífilis, pero volvió a aumentar entre los años 2 001 y 2 006. Por ello se estima que cada año un millón de embarazadas tienen sífilis. De ellas, 460 000 ven agravada su situación con aborto o muerte perinatal y 270 000 tuvieron partos prematuros o bebés de bajo peso al nacer. Además, 270 000 de los niños nacidos de estas madres tuvieron sífilis congénita. En el año 2 002, la tasa de sífilis congénita fue de 11,2 por cien mil nacimientos.

En este sentido cabe destacar que hasta el 80% de las embarazadas con sífilis puede tener complicaciones

importantes como muerte fetal, muerte perinatal o infección neonatal grave.

Los datos para América Latina y el Caribe indican que esta región tiene la mayor tasa de sífilis a nivel mundial y la Organización Mundial de la Salud, estima que de los 12 millones de nuevas infecciones mundiales por año, 3 millones ocurren en América Latina y el Caribe. La mediana de seroprevalencia de sífilis en embarazadas de América Latina y el Caribe es de 3,9%, con un rango de 0,7% al 7,2%, se calcula que nacen anualmente más de 164 000 niños con sífilis congénita. ⁽⁴⁾

Es en este contexto que podemos visualizar que los países de América latina y el Caribe han avanzado notablemente en la incorporación de las pruebas de detección y el tratamiento de la sífilis en los sistemas de recopilación de datos de salud materno infantil existentes; además, han fijado y van alcanzando las metas deseadas del programa; realizar pruebas de diagnóstico de la sífilis al menos al 95% de todas las embarazadas y tratar al menos al 95% de las mujeres con resultado positivo. Sin embargo, aún con el incremento en la cobertura y realización de pruebas de la sífilis en embarazadas, muchos países reportan

continuas dificultades para asegurar el tratamiento oportuno de las mujeres con resultado positivo, así como la pérdida del seguimiento de estas pacientes. ⁽⁵⁾

Finalmente, se llega a la conclusión que es necesario fortalecer el programa de prevención y control de la sífilis gestacional, el cual afecta sobre todo a mujeres en edad reproductiva que recibieron atención prenatal inadecuada o no recibieron control alguno y estuvieron expuestas a factores de riesgo, es el motivo de la capacitación del personal que atiende a dicha población, los profesionales de la salud deben tener el conocimiento para identificar los signos y síntomas clínicos e interpretar pruebas diagnósticas para la sífilis. Estableciendo que dichas intervenciones harán que se disminuyan la incidencia de sífilis en la población gestante.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron

a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el 2 016?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿El inicio de vida sexual se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016?
- b) ¿El número de compañeros sexuales se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016?
- c) ¿El número de controles prenatales se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016?
- d) ¿El que la madre no haya recibido tratamiento se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con

prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016?

- e) ¿La edad gestacional en la que se recibió tratamiento se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016?

1.3. Justificación de la investigación

La investigación brindará un panorama con respecto a la incidencia de sífilis con relación a factores de riesgo en gestantes, los cuales serán analizados para extraer conclusiones que aporten en la prevención de la sífilis en mujeres en etapa de embarazo en Puerto Maldonado, y ofrecerá ejemplos de los primeros pasos que se deben realizar para ir creando conciencia social sobre la importancia de la prevención de la sífilis y la detección oportuna de la sífilis en el embarazo ya que una mujer embarazada con sífilis puede transmitir la infección al feto y neonato con sífilis, puede presentar muchos problemas de

salud, como aborto, bajo peso al nacer , parto prematuro, malformaciones en el feto, muerte fetal, sífilis congénita.

Para evitar estos problemas de salud, las gestantes deben de acudir a sus controles prenatales y recibir por parte del Ministerio de Salud el despistaje de la sífilis con la Prueba Rápida, RPR, VDRL como se indica en la norma técnica y en caso de un resultado positivo y confirmado con FTA-Abs, TPHA, recibir el tratamiento oportuno y gratuito.

Es por ello que el presente trabajo, tiene como finalidad determinar qué factores de riesgo están asociados a la sífilis en las mujeres embarazadas presenten sífilis, para poder crear alternativas de prevención y concienciar en las consecuencias graves que la sífilis gestacional, compromete tanto para la salud materna y más aún en la salud y vida del feto en desarrollo, las consecuencias de no tratarse a tiempo son graves, que podrían traer consigo hijos con malformaciones, daño psicológico para la madre y posible rechazo de su futuro hijo al saber que podrían hacer con defectos graves.

De esta manera se pueden crear estrategias de detección oportuna de la sífilis en mujeres en edad fértil y en mujeres gestantes. Pero irá más allá puesto que será un precedente para que se desarrollen investigaciones parecidas en el resto de la provincia y el país, de tal manera que se pueda crear un verdadero sistema de detección oportuna de la sífilis en el embarazo.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Determinar si el inicio de vida sexual se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control

prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

- b) Determinar si el número de compañeros sexuales se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.
- c) Determinar si el número de controles prenatales se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.
- d) Determinar si el que la madre haya recibido tratamiento se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.
- e) Determinar si la edad gestacional en la que se recibió tratamiento se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres

embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Los factores de riesgo para adquirir sífilis se asocian con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

1.5.2. Hipótesis específicas

- a) El inicio de vida sexual se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.
- b) El número de compañeros sexuales se asocia con los con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

- c) El número de controles prenatales se asocia con el resultado reactivo del tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.
- d) El que la madre haya recibido tratamiento se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.
- e) La edad gestacional en la que se recibió tratamiento se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional:

Bayron E. y Quishpe C. en el 2013 en Ecuador, realizaron un estudio transversal, retrospectivo, observacional donde se obtuvo datos de historias clínicas de los años 2010 y 2011, con una población de 150 gestantes a quienes se les diagnosticó VDRL reactivo, de las cuales a 39 mujeres se les confirmó sífilis con la prueba treponémica FTA-Abs y 111 mujeres dieron como resultados falsos positivos. Las mujeres embarazadas fueron diagnosticadas con sífilis en su primer y segundo control prenatal y antes de las 21 semanas de gestación, 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, están más expuestas a la sífilis. ⁽⁶⁾

Sánchez A., en el 2014 en Madrid; realizó un estudio de investigación sobre “Epidemiología del VIH y sífilis en grupos más expuestos y vulnerables en Ecuador”, donde se tuvo como objetivo principal la obtención de estimaciones de la prevalencia de VIH y sífilis en HSH y mujeres embarazadas en Ecuador, así como el estudio de los comportamientos asociados a un mayor riesgo de transmisión, el acceso a las intervenciones preventivas y los factores que determinan este acceso. En las mujeres embarazadas, se seleccionó una muestra probabilística a nivel nacional de 5 988 mujeres atendidas por parto o aborto en 15 servicios de salud durante 2011- 2012, mediante un muestreo por conglomerados bietápico. Se tomaron muestras biológicas, se revisaron las historias clínicas y se llevó a cabo una entrevista con cada participante. En las mujeres atendidas por parto o aborto, la prevalencia de VIH a nivel nacional fue de 0,60%, superior a la de sífilis confirmada (0,25%). En la región de la costa ecuatoriana, la prevalencia de VIH superó ligeramente el umbral que define una epidemia generalizada (1,13%). El 5,9% de las mujeres no utilizó los servicios de atención prenatal, mientras que el 73% acudió al menos a cuatro consultas. La cobertura de tamizaje de VIH en

embarazadas fue superior a la de sífilis (89,9% frente a 71,6%). Algunas variables no siempre se registraron en la historia clínica, como la semana de gestación de realización de la prueba de sífilis, de la que se carecía de información en el 49,6% de los casos. El menor nivel educativo, el mayor número de embarazos, la ocupación en el sector agrícola o ganadero y la pertenencia a los grupos étnicos indígena, negro u otros minoritarios se asociaron a un acceso inadecuado a la atención prenatal en Ecuador. ⁽⁷⁾

Rodolfo L., Casas P., Rodríguez M., Rivas J., en el 2 008 en Colombia, realizaron un trabajo de investigación titulado “sífilis y embarazo ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente?”, el cual tuvo como objetivo presentar una revisión de la epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, estrategias de tratamiento, seguimiento y prevención de la sífilis gestacional, se obtiene como resultados que en el año 2 003 se notificaron 110 000 recién nacidos con sífilis congénita en América Latina y el Caribe, hijos de 330 000 mujeres que no recibieron tratamiento durante el control prenatal. La detección de casos de sífilis gestacional y congénita se fundamenta en la búsqueda sistemática en todas

las gestantes durante el control prenatal y el tratamiento de elección durante el embarazo es la penicilina la identificación temprana y el tratamiento oportuno de la sífilis gestacional previenen complicaciones, las cuales pueden producir secuelas tardías y como conclusión se obtuvo que existe dificultad para identificar precozmente a las mujeres infectadas y ofrecerles un tratamiento oportuno, lo cual ha aumentado la incidencia de la enfermedad, sin lograr erradicar la sífilis congénita. ⁽⁸⁾

Villazón N., Conde C., Juárez L., Uribe F. en 2012 en Bolivia, Cochabamba, realizaron un estudio denominado “Prevalencia de sífilis materna y evaluación de una prueba diagnóstica rápida en Cochabamba, Bolivia”; como objetivo se estimó la prevalencia de sífilis materna, se identificaron las características de las mujeres asociadas a la infección y se evaluó una prueba diagnóstica rápida. Se estudiaron 489 mujeres que acudieron a un hospital para atenderse de paso contestaron un cuestionario sobre características socio-demográficas, antecedentes gineco-obstétricos y accesibilidad a servicios de salud. El diagnóstico de sífilis materna se realizó utilizando las pruebas RPR y FTA-Abs, para el diagnóstico de sífilis fue evaluada tomando como referencia la de FTA-Abs;

como resultados se obtuvo que la prevalencia de sífilis materna fue de 4,5% con RPR/FTA-Abs y de 10,2% con la prueba rápida / FTA-Abs. La prueba rápida mostró una sensibilidad de 98% y una especificidad de 99,8% comparada con la prueba FTA-Abs. Sólo a 15% de las mujeres que habían tenido al menos una consulta prenatal se le realizó la prueba de sífilis y a 40,7% de ellas no se le entregó el resultado. El incremento de la edad, un índice de nivel socioeconómico bajo y el antecedente de infecciones de transmisión sexual se asociaron independientemente con la infección, donde se obtuvo como conclusiones; la magnitud de la infección por sífilis fue alta. La prueba rápida mostró una sensibilidad alta para identificar anticuerpos antitreponémicos. Hubo limitaciones en la realización sistemática del diagnóstico oportuno de sífilis y en la entrega de resultados de la prueba diagnóstica en el hospital de estudio. La infección por sífilis afectó a mujeres con bajo nivel socio-económico, antecedente de ITS y se incrementó con la edad. ⁽⁹⁾

En Guatemala el 2 006; se presentó un estudio para determinar la presencia de anticuerpos contra *Treponema pallidum* en las mujeres embarazadas atendidas en la consulta

externa del Centro de Salud de Escuintla. La muestra fue de 180 mujeres embarazadas separadas en tres trimestres de evaluación de su embarazo y elegidas al azar. Previo a la toma de la muestra se solicitó el consentimiento de cada una de las pacientes por escrito, recibieron una consejería sobre el tema y completaron una entrevista en la cual se obtuvieron datos generales, demográficos, gineco-obstétricos y factores de riesgo asociados a la infección. Cada una de las muestras obtenidas, fueron procesadas llevando a cabo un tamizaje con la prueba RPR y confirmando todas aquellas muestras cuyo resultado fue reactivo con la prueba TPHA. Entre los datos demográficos se observó que la mayoría de participantes se encontraban entre los 11 y 20 años de edad (53,89 %). El 39,44 % eran casadas y todas eran procedentes del departamento de Escuintla, en su mayoría de la cabecera departamental (86,67 %). Entre los antecedentes gineco-obstétricos se encontró que la mayoría de las mujeres que participaron en el estudio se encontraban en el segundo trimestre de embarazo, un 83,33 % refirió no haber sufrido nunca un aborto y el 68,33 % dijo llevar un control prenatal incompleto o ninguno hasta la fecha. Entre los factores de

riesgo, el 1,67 % refirió haber recibido alguna vez transfusiones sanguíneas, el 5,56 % mencionó haber tenido más de una pareja sexual en el último año y un 1,67 % afirmó haber consumido drogas 12,58 % de las pacientes refirieron haber padecido de alguna infección de transmisión sexual. De las pruebas realizadas, 17 pacientes resultaron reactivas para la primera prueba (RPR) y entre éstas solamente 3 fueron reactivas para la prueba confirmatoria TPHA. El análisis estadístico de los resultados reveló una prevalencia del 1,67%, con un intervalo de confianza del 95% que va de 0,345% a 4,793 %, de sífilis en las mujeres embarazadas evaluadas. En conclusión, se encontró una prevalencia del 1,67% de sífilis en las mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa del Centro de Salud de Escuintla. ⁽¹⁰⁾

En Argentina, Barranco M., Benitez L., Sánchez C. y el Dr. Gorodner en el 2 007; realizaron un seguimiento del estudio de laboratorio de enfermedad venérea positiva durante el embarazo y comparar VDRL en neonatos. Evaluar sus manifestaciones clínicas más frecuentes y cuántos recibieron tratamiento. Se revisaron historias clínicas de madres y neonatos en el Servicio de Maternidad y Servicio de

Neonatología del Hospital “Dr. Julio C. Perrando”, se analizaron un total de 67 pacientes con diagnóstico probable de sífilis congénita. Se calcularon promedios y frecuencia para las distintas variables, como resultado obtuvieron que de los 60 casos de certeza registrados, las posibles causas pueden ser el mal control del embarazo, tratamiento incompleto tanto de la madre como del padre; las manifestaciones clínicas más frecuentes en los neonatos fueron la dificultad respiratoria, ictericia, lesiones dermatológicas, sepsis y hepatoesplenomegalia; se efectuó tratamiento al 98% de los recién nacidos con sospecha de infección donde se obtuvo como conclusiones que las manifestaciones clínicas de los neonatos en estudio varían con respecto a otras poblaciones, siendo la causa más relevante del incremento de la fuente de infección en este trabajo, el embarazo mal controlado y la falta de tratamiento adecuado ante el diagnóstico de sífilis. Se trató al 98 % de los recién nacidos con penicilina benzatínica 100 000 Unidades Internacionales por nueve a diez días, siendo el esquema más frecuente pero también se utilizaron otros esquemas y solo en dos pacientes se suspendió por descartar Lúes. ⁽¹¹⁾

2.1.2. A nivel nacional:

Aguilar R. en el 2014 en Lima, realizó un estudio denominado “Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013” en el que se aplicó un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, donde se realizó revisiones de las historias clínicas y de las fichas PRE TEST, utilizado en el servicio de PROCETSS 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, donde se obtuvo como resultados que la prevalencia de sífilis en gestantes para el año 2013 fue de 0,77 % por cada 100 gestantes atendidas en el HSJL; en cuanto a los factores sociodemográficos la mayoría de pacientes con sífilis tenía entre 20 a 35 años 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 antes o durante la gestación, donde se concluye que la prevalencia de sífilis en gestantes para el año 2 013 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; un 35,5 % proceden del AA.HH, 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 aún el acceso a la educación sexual. Además según los factores obstétricos – conductuales se evidencia que la mayoría acudió a su primer control prenatal 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 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.⁽¹²⁾

Gonzales G. y Tapia V., Serruya S en el 2 010 en Lima, realizaron un estudio denominado “Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2 000 - 2 010” tuvo como objetivo determinar el perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y factores asociados en una población peruana mediante un análisis secundario de datos obtenidos de hospitales públicos del Perú para el periodo 2 000 – 2 010; se incluyó datos de 652 636 gestantes de 37 ciudades y de 45 establecimientos de salud del Perú; se obtuvo como 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 2 010 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; como conclusiones los resultados sugieren que la prevalencia de sífilis gestacional ha presentado una tendencia decreciente durante la década 2 000 - 2 010. ⁽¹³⁾

Puelles S. y Villanueva S., en el 2 012 en Lima, realizaron un trabajo de investigación denominado “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 2 011 - enero 2 012” el cual determinó 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 2 011 – enero 2 012; el 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; 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; los resultados fueron: 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: $X = 11,7$; $Y = 2,7$; 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: $X = 11,2$; $Y = 3,7$; en 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. ⁽¹⁴⁾

En el 2010; se realizó un estudio denominado “Introducción de pruebas rápidas para diagnóstico de sífilis en gestantes” donde se obtuvo como resultados que en el Perú 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 1 000 nacidos vivos; esto debido a una falta o diagnóstico de esta enfermedad y por consecuencia la falta de tratamiento; en este contexto el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, ha realizado la compra inicial de 300 000 Pruebas Rápidas de Sífilis, a través de UNICEF, las mismas que ya se encuentran en el Perú desde el 23 de febrero del 2011; la inclusión de las pruebas rápidas para detectar la sífilis en mujeres gestantes es una propuesta que se inscribe en el marco de los Objetivos del Milenio. Cabe resaltar que durante el 2010 se logró alcanzar una cobertura de tamizaje para VIH en gestantes que acuden a su atención prenatal en un 76,2% (438 460) y una cobertura de tamizaje para sífilis en un 72,1 % (411 377). Se espera para este año que estas coberturas mejoren y superen el 90 %.⁽¹⁵⁾

2.1.3. Anivel local:

No se han encontrado trabajos de investigación referente al presente tema de investigado.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la edad, el grado de instrucción, etnia, estado civil, lugar de residencia, inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, edad gestacional, número de controles prenatales y paridad. ⁽¹⁶⁾

2.2.1.1. Inicio de vida sexual

El inicio de la actividad sexual cada vez ocurre a más temprana edad, registrando promedios de edad de inicio de 13,5 a 16 años. Este inicio tan precoz de la actividad sexual, aumenta el riesgo de tener un

número mayor de parejas sexuales y con ello sus riesgos de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados.

A nivel global, una gran cantidad de adolescentes ya son sexualmente activos antes de cumplir 20 años de edad, y la gran mayoría no utiliza ninguna protección contra el embarazo, ni contra el riesgo de adquirir una ITS o infectarse de VIH. Cada año dan a luz 16 millones de adolescentes en el mundo. El 90 % de estos embarazos ocurre en países en desarrollo; 38 % sucede en América Latina y el Caribe. ⁽³³⁾

Las repercusiones que tiene el inicio temprano de actividad sexual, ha generado gran interés por establecer los factores que determinan la edad de la primera relación sexual por parte de varias disciplinas, particularmente de las ciencias sociales y de la salud ⁽²⁸⁾.

2.2.1.2. Controles prenatales

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud la define como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, que realiza el profesional de salud, con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre.

En los últimos años ha existido polémica para definir el número óptimo de controles prenatales y la Frecuencia. En el año 2 007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro controles prenatales. El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis controles prenatales, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación.

Según el último informe de la encuesta demográfica ENDES Continua 2 009, 94,5 % de mujeres tuvieron algún CPN por personal de salud;

pero, en la selva fue 83,5 %. El 92,5 % tuvieron por lo menos cuatro controles prenatales durante su embarazo, 70 % tuvo su primer control prenatal antes de los cuatro meses de gestación y el 2,8 % de mujeres no tuvieron controles prenatales a nivel nacional llegando hasta 10,9 % en Ucayali. En esta encuesta que no se evaluó la frecuencia recomendada de dichos controles.

El control prenatal inadecuado conlleva a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino, pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal. ⁽²⁹⁾

2.2.1.3. Diagnóstico serológico de sífilis

La prueba rápida para Sífilis debe solicitarse a toda gestante durante la atención prenatal, el puerperio y a la mujer con diagnóstico de aborto. Las pruebas confirmatorias, se realizarán a toda gestante o puérpera con prueba rápida para sífilis reactivo. De encontrarse recibiendo tratamiento al llegar el

resultado confirmatorio negativo, se suspenderá el mismo. El personal de salud realizará la búsqueda activa de las parejas sexuales, reportados por la paciente. ⁽¹⁸⁾

Prueba Regina Plasmática Rápida (RPR) para sífilis, prueba no treponémica, de tamizaje que identifica la presencia de anticuerpos no específicos contra el *Treponema pallidum*.

Prueba *Treponema Pallidum* Haemagglutination (TPHA) para Sífilis, prueba treponémica de hemoaglutinación indirecta que detecta anticuerpos contra el *Treponema pallidum*. Se utiliza como prueba confirmatoria. Prueba FTA-Abs, prueba treponémica confirmatoria para sífilis, considerada la prueba Standard. ⁽¹⁹⁾

2.2.1.4. Tratamiento de la sífilis en gestantes

El manejo integral de la gestante con sífilis, será responsabilidad del profesional de salud que atiende directamente a la gestante y capacitado para

tal fin, según niveles de atención. El tratamiento para Sífilis será brindado de manera gratuita por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud a las gestantes, parejas sexuales, niños, puérperas y mujeres con diagnóstico de aborto. El seguimiento de la gestante con sífilis y del niño con sífilis Congénita es obligatorio, cada establecimiento de salud debe establecer los mecanismos necesarios para el cumplimiento del mismo. El personal de salud realizará la búsqueda activa de las parejas sexuales, reportados por la paciente.

El tratamiento para Sífilis en la gestante es con Penicilina Benzatínica, debiendo tenerse en cuenta los eventuales riesgos de reacciones alérgicas al medicamento. El tratamiento para Sífilis es: Penicilina Benzatínica 2,4 millones UI vía intramuscular, por dosis semanal durante 3 semanas. Para ser considerado tratamiento adecuado para prevenir Sífilis Congénita la última dosis de Penicilina Benzatínica debe haber sido aplicada a la gestante hasta 4 semanas previas al parto; así como a la

pareja sexual. El manejo de las parejas sexuales, puérperas y mujeres con diagnóstico de aborto se hará con el mismo esquema de tratamiento de la gestante. Uso de penicilina en alérgicas: de obtenerse la información o historia clínica que la gestante tiene alergia a la penicilina, en lo posible se recurrirá a la desensibilización siempre y cuando el establecimiento de salud cuente con Unidad de Cuidados Intensivos. Si no se cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos para la desensibilización se utilizará Eritromicina 500 mg. vía oral cada 6 horas. El tratamiento se iniciará durante la primera consulta después de realizado el diagnóstico. Este esquema no será considerado como protector de Sífilis Congénita.

2.2.2. La sífilis

La sífilis es una infección sistémica y crónica, causada por el *Treponema pallidum*, generalmente se trasmite por contacto sexual y clínicamente se caracteriza por episodios de enfermedad activa, interrumpidos por lapsos de latencia. Tras un período

de incubación promedio de 3 semanas, aparece la lesión primaria o “chancro” que frecuentemente se acompaña de una linfadenopatía regional. La fase bacterémica secundaria cursa con lesiones mucocutáneas y adenitis linfática generalizada y se continúa con un período de latencia subclínica que dura muchos años. La fase terciaria tardía se desarrolla sólo en la tercera parte de los enfermos no tratados y se manifiesta por lesiones mucocutáneas, osteoarticulares o parenquimatosas de carácter destructivo llamadas “gomos”, aortitis con formación de aneurismas o afección sintomática del sistema nervioso central. ⁽¹⁶⁾

2.2.3. La sífilis en el embarazo

Cuando una gestante adquiere sífilis durante el embarazo puede ocurrir: aborto espontáneo, muerte fetal, parto inmaduro, prematuro. En el feto, la sífilis fetal es "decapitada" porque no presenta puerta de entrada ni defensas ganglionares. Si el feto muere in útero, generalmente queda retenido cierto tiempo

hasta ser expulsado en estado de maceración; exhibe en general una hepatoesplenomegalia; puede ocurrir muerte perinatal en un 40% de los casos, en los anexos ovulares; la placenta sifilítica suele tener mayor tamaño y peso que la normal, de consistencia blanda y friable y coloración pálida, muestra el aspecto de una masa encefaloide, microscópicamente, las lesiones sifilíticas de la placenta no presentan caracteres de especificidad, pero es común observar hipertrofia de las vellosidades, proliferación pronunciada de la capa sincicial y lesiones inflamatorias de los vasos placentarios; el edema y las lesiones vasculares disminuyen el intercambio materno-fetal y son los responsables de la muerte fetal, también el amnios, el corion y sobre todo el cordón sufren los mismos procesos vasculares, es raro descubrir el *Treponema pallidum* en la placenta; en cambio, su hallazgo es común en la vena del cordón, razón por la cual se utiliza el raspado de la endovena como método de diagnóstico precoz de sífilis fetal.

El riesgo de transmisión materno-infantil parece ser mayor cuando la madre es tratada en el último trimestre de la gestación comparado con el existente cuando el tratamiento se efectúa en el primer trimestre; el recién nacido puede ser asintomático o presentar síntomas de sífilis congénita, se pueden diferenciar lesiones precoces y tardías. Las primeras tienen las características de la sífilis secundaria. Los síntomas más comunes son: el coriza persistente y el llanto casi constante debido a la osteocondritis dolorosa de codos, rodillas y hombros, hepatoesplenomegalia y grietas radiadas en los orificios bucal, nasal y anal. Además, lesiones cutáneo mucosas del secundarismo, como roséola y sífilis pápulo erosivas. ⁽¹⁶⁾

2.2.4. Fases de la sífilis

2.2.4.1. Sífilis Primaria

La lesión primaria surge en el sitio de inoculación, persiste por lo común 4 a 6 semanas, y luego se cura espontáneamente. Período de incubación de 2 a 6 semanas, con frecuencia conlleva adenopatía regional.

El chancro primario típico suele comenzar con una sola pápula indolora que pronto se erosiona y endurece, adquiriendo el borde y la base de la úlcera una consistencia cartilaginosa, muy característica con la palpación. En las mujeres, las localizaciones más frecuentes son el cuello uterino y los labios vulvares. A menudo, las lesiones primarias son atípicas, su aspecto depende del número de treponemas inoculados y del estado inmunitario del paciente, por lo que, la sífilis se debe sospechar siempre que se evalúa una lesión genital atípica. Se debe hacer diagnóstico diferencial con: herpes simple, chancroide, traumatismos y donovanosis.

2.2.4.2. 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. La enfermedad progresa con el desarrollo de linfadenopatías y lesiones en piel y mucosas. Al principio, las lesiones son máculas redondas, separadas, rosas o rojo pálido, no pruriginosas, bilaterales y simétricas de 5 a 10 mm de diámetro situadas en el tronco y parte proximal de los miembros. Días o semanas después aparecen también lesiones papulosas rojizas de 3 a 10 mm, que pueden empeorar hasta formar lesiones necróticas parecidas a pústulas, con frecuencia afectan las palmas de las manos y las plantas de los pies y pueden aparecer en la cara y el cuero cabelludo. Puede haber pápulas diminutas llamadas sífilides foliculares que afectan a los folículos pilosos y que

pueden producir placas de calvicie con caída del pelo en el cuero cabelludo, las cejas o la barba. Los condilomas planos aparecen en zonas calientes, húmedas e intertriginosas del cuerpo, en donde las pápulas fusionadas pueden aumentar de tamaño y sufrir erosiones que dan lugar a erosiones extensas, húmedas, rosadas o blanco grisáceas y muy contagiosas.

La sífilis secundaria puede desembocar en la invasión meníngea, hepatitis, nefropatía, lesiones digestivas artritis y periostitis. Signos oculares como alteraciones pupilares no atribuibles a ninguna otra causa, neuritis óptica y un cuadro de retinitis pigmentaria, así como la iritis. También se ha observado miocarditis transitoria que se manifiesta por cambios temporales. Las manifestaciones de la sífilis secundaria muestran resolución espontánea en 1 a 6 meses.

2.2.4.3. Sífilis latente

Constituye la fase clínicamente “calmada”, ocurre en el intervalo después de la desaparición de las lesiones secundarias y antes de la aparición de los síntomas terciarios.

La sífilis latente precoz (temprana) aparece en el primer año tras la infección, mientras que la sífilis latente tardía, comienza un año o más después de la infección de un paciente no tratado y conlleva inmunidad relativa frente a una recidiva contagiosa. En este período, el *T. pallidum* puede seguir diseminándose de forma intermitente a través de la corriente sanguínea, las embarazadas pueden contagiar al feto in útero y se puede transmitir por transfusión sanguínea.

Alrededor del 70% de los pacientes con sífilis latente no tratada no presentan signos clínicos de sífilis tardía, pero no es seguro que se curen de forma espontánea, la fase latente puede durar desde meses, hasta toda la vida.

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.

2.2.4.4. Sífilis tardía

Los treponemas invaden el sistema nervioso central, el sistema cardiovascular, ojos, piel y otros órganos internos, produciendo lesiones como resultado de sus propiedades invasivas e inflamatorias. La replicación del treponema en la pared de la aorta puede llevar a aneurismas, aortitis. La neurosífilis puede ser sintomática o asintomática e incluye la sífilis meníngea meningovascular y parenquimatosa. Las gomas, lesiones destructivas en la piel, hueso o vísceras, pueden ser únicas o múltiples y varían de tamaño, desde microscópicas a masas similares a tumores. La administración de penicilina permite la curación rápida de lesiones gomatosas activas.

Durante la sífilis terciaria no ocurre la transmisión por contacto sexual y la vertical raramente ocurre

2.2.5. Sífilis congénita

La sífilis congénita es transmitida al feto por vía trasplacentaria 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. 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. En efecto, si bien ya a las 24 horas de contaminada se produce la diseminación sanguínea y linfática, esta aumenta al establecerse a las tres semanas el chancro de inoculación y la adenopatía satélite.

Se considerará neonato con Sífilis Congénita, a todo niño cuya madre tuvo diagnóstico de Sífilis y no recibió tratamiento con penicilina durante el embarazo o recibió tratamiento incompleto. En todo recién nacido en el que se desconozca o no se disponga del estado serológico para Sífilis de la madre, se realizará una prueba de RPR para Sífilis. Si el resultado es reactivo se considerará neonato con Sífilis Congénita hasta obtener el resultado de la madre y la historia de tratamiento durante la gestación.

Todo niño nacido de madre con Sífilis no tratada o con tratamiento incompleto, será referido a un establecimiento de mayor capacidad resolutive para su atención. ⁽¹⁷⁾

La Organización Mundial de la Salud, ha lanzado la iniciativa de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública, lo que se conseguirá mediante la reducción de la prevalencia de la sífilis en las mujeres embarazadas, así como la prevención de la transmisión de la sífilis de la madre al niño. La Organización Mundial de la Salud, para la eliminación de la sífilis congénita descansa sobre cuatro pilares:

- Garantizar el compromiso continuado y la promoción por parte de las instancias políticas;
- Ampliar el acceso a los servicios sanitarios maternoinfantiles y mejorar la calidad de éstos;
- Someter a pruebas de detección y tratar a mujeres embarazadas y sus parejas;
- Establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación. Mejorar los sistemas de vigilancia, desarrollar indicadores y reforzar los sistemas de seguimiento y evaluación.

2.3. Definición de términos

- a. Incidencia: Es el número de casos ocurridos de una enfermedad en un determinado año.
- b. Sífilis: Es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual, causada por la espiroqueta llamada *Treponema pallidum*.
- c. Sífilis gestacional: 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.

- d. Sífilis temprana: Es referida como sífilis primaria, secundaria y latente temprana, los cuales ocurren típicamente dentro del primer año de adquisición de la infección
- e. La sífilis latente: Es definida como infección asintomática con serología positiva y sin hallazgos al examen físico. Esta puede ser latente temprana (menos de un año de adquisición), tardía (más de un año de adquisición) o de duración desconocida.
- f. Sífilis terciaria: Se refiere a estadios que ocurren después de sífilis temprana o sífilis latente. Típicamente involucra el sistema nervioso central, sistema cardiovascular, piel y tejido celular subcutáneo.
- g. Sífilis congénita: Es el fruto de la gestación de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, independientemente que el recién nacido presente o no signos de enfermedad y del resultado de las pruebas no treponémicas en este. ⁽²¹⁾

- h. Pruebas treponémicas: Son pruebas que detectan anticuerpos específicos dirigidos contra antígenos del *Treponema pallidum*, su realización es compleja.
- i. Pruebas no treponémicas: Pruebas realizadas con antígeno de naturaleza lipoidal, detectan anticuerpos tipo IgG e IgM anti material lipídico liberado por células del huésped dañadas y material lipoproteico de la bacteria.

(23)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La investigación es no experimental, de corte transversal y retrospectiva. Es no experimental porque se obtienen datos directamente de la realidad objeto de estudio y retrospectiva y de corte transversal porque la muestra se tomará una sola vez. ⁽³¹⁾

3.2. Diseño de investigación

Se trata de un estudio no experimental, transversal, y retrospectivo. Es no experimental porque no hay manipulación de la muestra por parte del investigador. Es transversal porque se estudian simultáneamente las variables de estudio en una población bien definida en un momento determinado. Es retrospectivo porque se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado. ⁽³²⁾

3.3. Población y muestra

3.3.1 Población

Mujeres embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el período 2 016, con una población de 4 397 gestantes.

3.3.2 Muestra

La muestra está constituida por 49 mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida que acudieron a su control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal, con resultado reactivo en el tamizaje con prueba rápida para sífilis, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado entre enero a diciembre del 2 016.
- Mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal y se les solicitó RPR cuantitativo para sífilis, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado entre enero a diciembre del 2 016.
- Mujeres embarazadas con prueba FTA-Abs que acudieron a control prenatal, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado entre enero a diciembre del 2 016.

Criterios de exclusión:

- Mujeres no embarazadas.
- Mujeres embarazadas con resultado no reactivo en el tamizaje con prueba rápida para sífilis que acudieron a control prenatal, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado entre enero a diciembre del 2 016.

3.4. Operacionalización de variables y variables de estudio

- Inicio de vida sexual: Se refiere a la edad de inicio de relaciones coitales.
- Numero de compañeros sexuales: Se refiere al número de parejas sexuales que la mujer tuvo en su vida sexual.
- Número de controles prenatales: Es una actividad de carácter preventivo promocional que se brinda mediante la comunicación interpersonal.
- Tratamiento para sífilis: Se refiere si la gestante al ser confirmada con sífilis recibió tratamiento completo.
- Edad gestacional: Se refiere a la edad del embrión o feto desde el primer día de concepción hasta el término del embarazo en la que se recibió tratamiento.

3.4.1 Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad de inicio de vida sexual	Edad de inicio de relaciones coitales.	<ul style="list-style-type: none"> • 13 a 15 años • 16 a 18 años • 19 a 21 años • 22 a mas 	Nominal
Compañeros sexuales	Número de parejas sexuales que una mujer u hombre tienen en su vida sexual activa.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 • 3 a 4 • 5 a > 	Nominal
Edad gestacional al recibir tratamiento	Se refiere a la edad del embrión o feto desde el primer día de concepción hasta cuando recibió tratamiento completo.	<ul style="list-style-type: none"> • Menor a 21 semanas • 22-27 • 28-33 • 34-39 	Nominal
Número de controles prenatales	Es una actividad de carácter preventivo promocional que se brinda mediante la comunicación interpersonal.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 • 3 a 4 • 5 a 6 • 7 a 8 • 9a 10 	Nominal
Recibió tratamiento para sífilis	Se refiere si la gestante recibió tratamiento completo para la sífilis al ser diagnosticada.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sífilis	Infección de transmisión sexual causada por el <i>Treponema pallidum</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis reactiva • Sífilis no reactiva 	Nominal
VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento en que se realiza el cuestionario.	Etapas de vida: <ul style="list-style-type: none"> • Etapa adolescente (12-17) • Etapa joven (18-29) • Etapa adulto (30-59) 	Razón
Grupo étnico	Conjunto de personas que comparte una serie de elementos culturales.	<ul style="list-style-type: none"> • Población mestiza • Población indígena 	Razón
Lugar de residencia	Ubicación o lugar geográfico de residencia donde la persona vive.	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	Nominal
Nivel de instrucción	Grado de estudio realizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior 	Ordinal
Estado civil	Situación de la mujer determinada por su vínculo con otro individuo, establece ciertos derechos y deberes.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión Libre 	Nominal

Edad gestacional	Se refiere a la edad del embrión o feto desde el primer día de concepción hasta el término del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 13 semanas • 14 a 26 semanas • 27 a 40 semanas 	Nominal
Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500gramos	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Multípara 	Nominal
Examen VDRL	Prueba serológica no treponémica sugestiva de infección de sífilis.	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivo • No reactivo 	Nominal
Examen FTA-Abs	Prueba treponémica confirmatoria de infección por sífilis.	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivo • No reactivo 	Nominal
Examen RPR	Busca anticuerpos no específicos e indica si el Treponema pallidum está presente o no.	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivo • No reactivo 	Nominal
Puntaje APGAR de los recién nacido	Determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • 0- 3 • 4-6 • 7-10 	Nominal
Peso del recién nacido	Es el peso que le toman inmediatamente después de haber nacido.	<ul style="list-style-type: none"> • >1 000gr. • 1 000 a 1 499gr. • 1 500 a 2 499gr. • 2 500 a 3 999gr. • 4 000gr. a más 	Nominal
Manifestaciones clínicas de la sífilis en el recién nacido	Aparición de signos y síntomas de la sífilis en el recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal

Fuente: elaboración propia

3.4.2. Variables de estudio

Variable dependiente

- Sífilis

Variable independiente

- Inicio de vida sexual
- Número de compañeros sexuales
- Número de controles prenatales
- Edad gestacional al recibir tratamiento
- Recibió tratamiento

Variable interviniente

- Edad
- Lugar de residencia
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Etnia
- Edad gestacional
- Paridad
- APGAR del recién nacido
- Peso del recién nacido

- Manifestaciones clínicas de la sífilis en el recién nacido
- Exámen de RPR
- Exámen de VDRL
- Exámenes FTA-Abs

3.4. Métodos técnicas e instrumentos

3.5.1. Métodos

Metodología: el método de recolección de datos que se utilizó es el uso de fuentes primarias y se obtendrá la información a través del Sistema Informático Perinatal.

3.5.2. Técnica de recolección de datos

Técnica: la técnica que se aplicará se hará con el fin de obtener respuestas sobre el problema de estudio.

La tabulación y análisis de datos los realizó un estadístico.

3.5.3. Instrumento de recolección de datos

Instrumento: se utilizó los datos obtenidos en Sistema Informático Perinatal.

3.5. Procedimientos y análisis

- Se coordinó con el director del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado el cual nos otorgó el permiso para la recolección de datos del Sistema Informático Perinatal.
- Se utilizó una ficha para la recolección de datos, estructurado a fin de obtener respuestas escritas a las interrogantes planteadas.
- Seguido se construyó una base de datos y se llevó a cabo el procesamiento de la información con el programa IBM SPSS Statistics 20.0 para Windows.
- Luego de la ejecución del programa se realizó el análisis de los datos, para ello se aplicó la estadística descriptiva para la determinación de la frecuencia y proporción de las variables categóricas.
- Los resultados observados se sometieron a la prueba estadística no paramétrica Ji^2 a fin de probar si existía o no asociación. Se usa la estadística Chi cuadrado para detectar si existe o no asociación entre dos variables.
- El Chi cuadrado depende de sus grados de libertad. El Grado de libertad es el número de elementos de un conjunto que

puede variar libremente quedando los demás explicados por los primeros.

- Luego los datos fueron presentados en tablas de frecuencia y gráficos de barras.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 1

Antecedentes sociodemográficos de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Variable	Nº	%
Edad		
12 a 17 años	2	4,08
18 a 29 años	26	53,06
30 a 39 años	19	38,78
De 40 años a más	2	4,08
Grado de instrucción		
Primaria completa	13	26,53
Secundaria completa	32	65,31
Superior	4	8,16
Etnia		
Mestiza	47	95,92
Indígena	2	4,08
Estado civil		
Soltera	22	44,9
Casada	0	0
Divorciada	2	4,08
Unión libre	25	51,02
Lugar de residencia		
Urbana	48	97,96
Rural	1	2,04
Total	49	100

Fuente: Datos obtenidos en Sistema Informático Perinatal del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Interpretación:

En la Tabla 1 se aprecia que el 53,06% de las mujeres embarazadas tienen entre 18 a 29 años de edad, el 38,78% tiene entre 30 a 39 años de edad, el 4,08% tiene entre 12 a 17 años, y el 4,08% restante de mujeres embarazadas tiene de 40 años a más, el 65,31% de mujeres embarazadas estudiaron secundaria completa, el 26,53% estudió primaria completa, mientras solo el 8,16% tiene estudios superiores, el 95,92% de mujeres embarazadas es de etnia mestiza, mientras que el 4,08% es de etnia indígena, el 51,02% de mujeres embarazadas tienen una unión libre, el 44,90% son solteras, mientras que el 4,08% restante tienen son divorciadas y el 97,96% de mujeres embarazadas residen en el área urbana y el 2,04% restante reside en el área rural.

TABLA 2

Antecedentes obstétricos de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Variable	Nº	%
Edad gestacional		
1 a 13 sem.	16	32,65
14 a 26 sem.	27	55,10
27 a 40 sem.	6	12,24
Paridad		
Nulípara	17	34,69
Múltipara	32	65,31
Total	49	100

Fuente: Datos obtenidos en Sistema Informático Perinatal del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Interpretación:

En la Tabla 2 se observa que el 55,10% de mujeres embarazadas tienen entre 14 a 26 semanas de gestación, el 32,65% tiene entre 1 a 13 semanas de gestación y solo el 12,24% se encuentra entre las 27 a 40 semanas, el 65,31% restante son múltiparas y el 34,69% de las mujeres embarazadas son nulíparas.

TABLA 3

Distribución de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado según resultado reactivos de los exámenes de tamizaje con prueba rápida para sífilis, RPR y FTA-Abs, 2 016.

Resultados	P. rápida		RPR		FTA-Abs	
	N°	%	N°	%	N°	%
Reactivo	49	100	22	44,90	22	44,90
No reactivo	0	0	27	55,10	27	55,10
Total	49	100	49	100	49	100

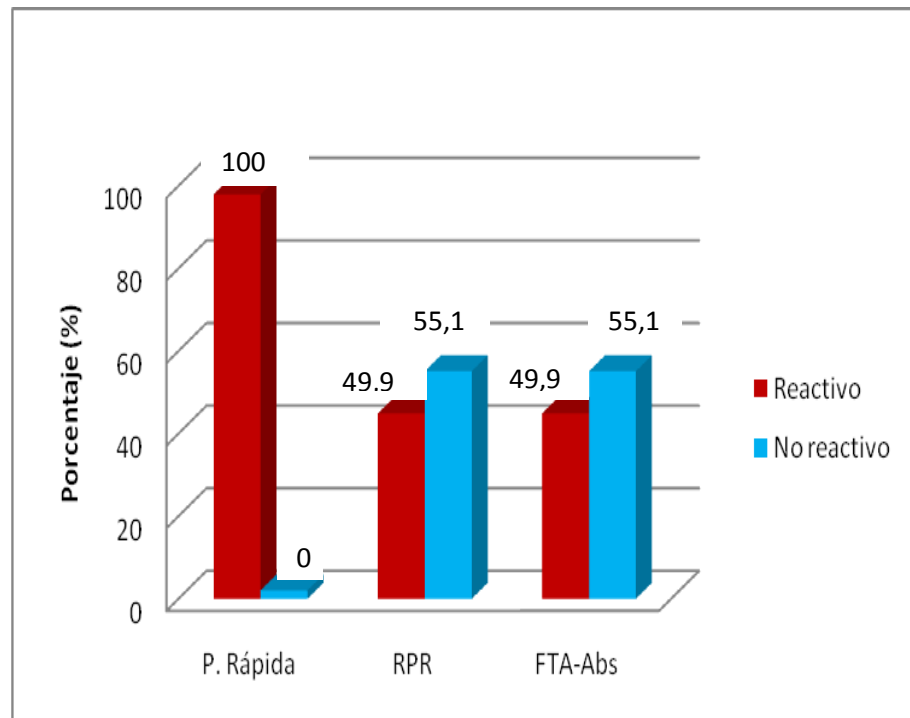
Fuente: Datos obtenidos en Sistema Informático Perinatal del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Interpretación:

En cuanto al tamizaje con prueba rápida de sífilis de las mujeres embarazadas con resultado reactivo, se les realizó el examen de RPR cuantitativo donde el 44,90% obtuvo un resultado reactivo y el 55,10% obtuvo un resultado no reactivo, en cuanto al examen de FTA-Abs el 44,90% obtuvieron un resultado reactivo, el 55,10% obtuvo un resultado no reactivo.

GRÁFICO 1

Distribución de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal, según resultado reactivo en los exámenes Prueba rápida de sífilis, VDRL y FTA-Abs en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.



Fuente: Tabla 3.

TABLA 4

Características de los recién nacidos de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

Variable		Nº	%
Puntaje APGAR			
0 a 3	1'	6	12,24
	5'	6	12,24
4 a 6	1'	0	0
	5'	0	0
7 a 10	1'	43	87,76
	5'	43	87,76
Peso del RN			
>1000 gr.		6	12,24
1 000 a 1 499 gr.		0	0
1 500 a 2 499 gr.		17	34,69
2 500 a 3 999 gr.		25	51,02
≥ 4 000 gr.		1	2,04
Manifestaciones de sífilis			
Si		10	20,41
No		39	79,59
Total		49	100

Fuente: Datos obtenidos en Sistema Informático Perinatal del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

Interpretación:

En la Tabla 4 se observa en el puntaje del APGAR en el recién nacido un 87,76% se encuentra dentro de los valores normales , mientras que un 12,24% de recién nacidos tuvieron un puntaje entre 0 a 3 al primer y a los 5 minutos de vida; luego se aprecia que el 51,02% de recién nacidos de mujeres estudiadas tuvieron un peso de 2 500 a 3 999 gramos, el 34,69% pesó entre 1 500 a 2 499 gramos, el 12,24% pesaron >1000 gramos; se aprecia que los 79,59% de recién nacidos de las mujeres estudiadas no presentaron manifestaciones clínicas de sífilis, mientras que el 20,41% si presento manifestaciones en el recién nacido.

4.1. Prueba de hipótesis

4.1.1. Primera hipótesis específica

Hipótesis estadísticas

H₀: El inicio de vida sexual no se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

H₁: El inicio de vida sexual se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Estadística de prueba: se procedió a efectuar la prueba de hipótesis con el método estadístico de prueba de chi-cuadrado Ji^2 .

Los resultados observados se sometieron a la prueba estadística no paramétrica Ji^2 a fin de probar si existía o

no asociación. En un cruce de variables categóricas se usa la estadística Chi cuadrado para detectar si existe o no asociación entre dos variables.

El Chi cuadrado depende de sus grados de libertad. Grados de libertad es el número de elementos de un conjunto que puede variar libremente quedando los demás explicados por los primeros. (30)

Decisión:

Si P es mayor o igual a 0,05: No se rechaza la H^0

Si P es menor a 0,05: Se rechaza la H^0

TABLA 5

Relación entre el inicio de vida sexual y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Inicio de vida sexual		Resultado FTA-Abs		Total	X ²
		Reactivo	No reactivo		P
13 a 15	N°	15	1	16	X ² =32,151 p=0,00
	%	68,20	3,70	32,70	
16 a 18	N°	7	6	13	
	%	31,80	22,20	26,50	
19 a 21	N°	0	18	18	
	%	0	66,70	36,70	
22 a más	N°	0	2	2	
	%	0	7,40	4,10	
Total	N°	22	27	49	
	%	100	100	100	

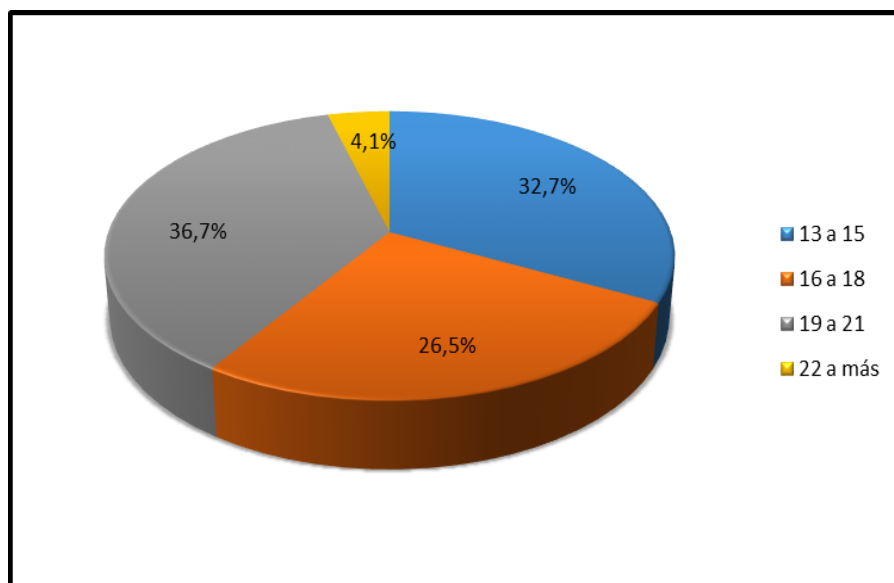
Fuente: reporte de SPSS

Interpretación:

Dado que el p-valor es menor que 0,05; entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; por lo que se tiene evidencia a favor de una asociación significativa entre el inicio de vida sexual y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

GRÁFICO 2

Distribución entre el inicio de vida sexual y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.



Fuente: Tabla 5

4.1.2. Segunda hipótesis específica

Hipótesis estadísticas

H₀: El número de compañeros sexuales no se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

H₁: El número de compañeros sexuales se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

Estadístico de prueba: se procedió a efectuar la prueba de hipótesis con el método estadístico de prueba de chi-cuadrado.

Decisión:

Si P es mayor o igual a 0,05: No se rechaza la H⁰

Si P es menor a 0,05: Se rechaza la H⁰

TABLA 6

Relación entre el número de compañeros sexuales y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Compañeros sexuales		Resultado FTA-Abs		Total	X ² P
		Reactivo	No reactivo		
1 a 2	N°	5	19	24	X ² =10,467 p=0,005
	%	22,73	70,37	48,98	
3 a 4	N°	15	8	23	
	%	68,18	29,63	46,94	
5 a más	N°	2	0	2	
	%	9,09	0	4,08	
Total	N°	22	27	49	
	%	100	100	100	

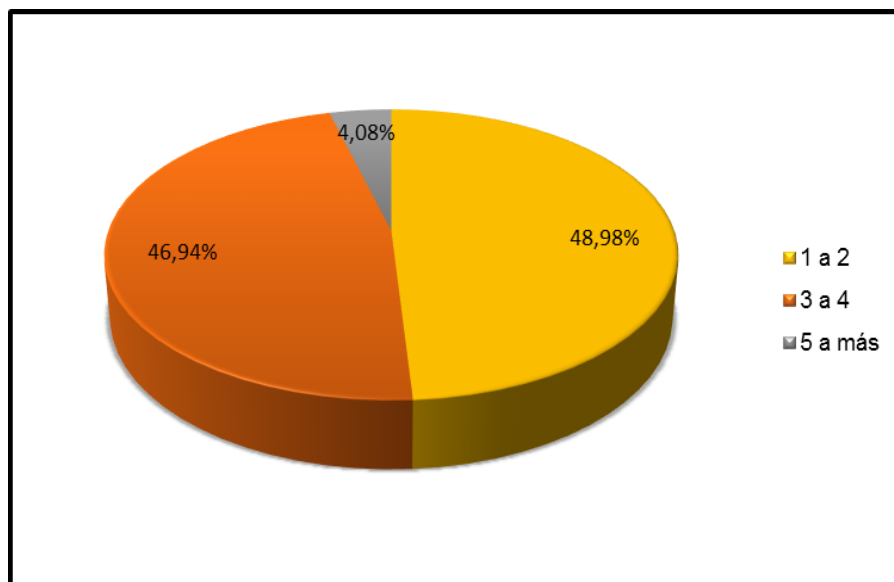
Fuente: reporte de SPSS

Interpretación:

Dado que el p-valor es menor que 0,05; entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; por lo que se tiene evidencia a favor de una asociación entre el número de compañeros sexuales y los casos confirmados de sífilis de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

GRÁFICO 3

Distribución entre el número de compañeros sexuales y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.



Fuente: Tabla 6

4.1.3. Tercera hipótesis específica

Hipótesis estadísticas

H₀: El número de controles prenatales no se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

H₁: El número de controles prenatales se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Estadístico de prueba: se procedió a efectuar la prueba de hipótesis con el método estadístico de prueba de chi-cuadrado.

Decisión:

Si P es mayor o igual a 0,05: No se rechaza la H⁰

Si P es menor a 0,05: Se rechaza la H⁰

TABLA 7

Relación entre el número de controles prenatales y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Controles prenatales		Resultado FTA-Abs		Total	X ² P
		Reactivo	No reactivo		
1 a 2 controles	N°	17	22	39	X ² =0,132 p=0,936
	%	77,27	81,48	79,59	
3 a 4 controles	N°	4	4	8	
	%	18,18	14,81	16,33	
5 a 6 controles	N°	1	1	2	
	%	4,55	3,70	4,08	
Total	N°	22	27	49	
	%	100	100	100	

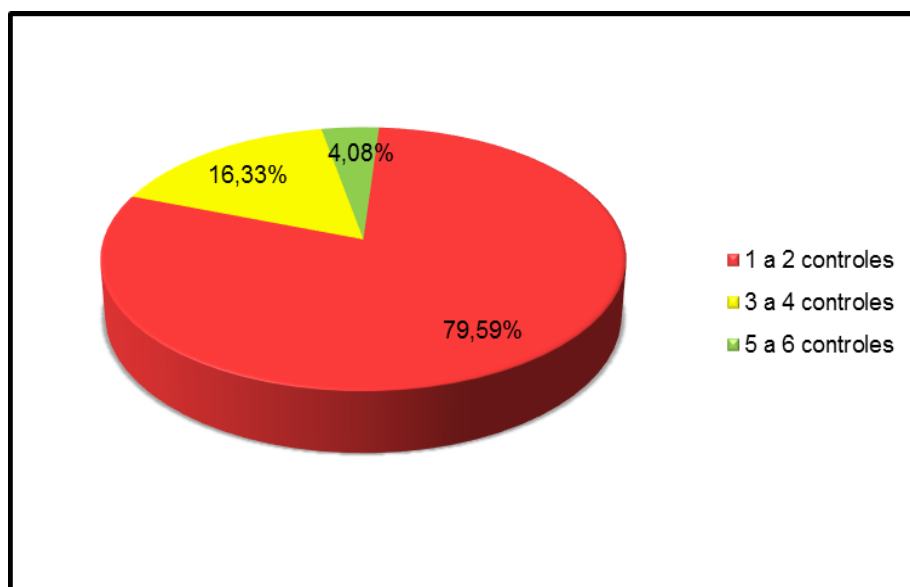
Fuente: reporte de SPSS

Interpretación:

Dado que el p-valor es mayor que 0,05; entonces se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna; por lo que no se tiene evidencia a favor de una asociación entre el número de controles prenatales y los casos confirmados de sífilis de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

GRÁFICO 4

Distribución entre el número de controles prenatales y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.



Fuente: Tabla 7

TABLA 8

Distribución “si la madre haya recibido tratamiento” y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Recibió tratamiento		Resultado FTA-Abs		Total
		Reactivo	No reactivo	
Si	N°	18	0	18
	%	81,82	0	36,73
No	N°	4	0	4
	%	18,18	0	8,16
FTA-Abs No reactivo	N°	0	27	27
	%	0	96,43	55,10
Total	N°	22	27	49
	%	100	100	100

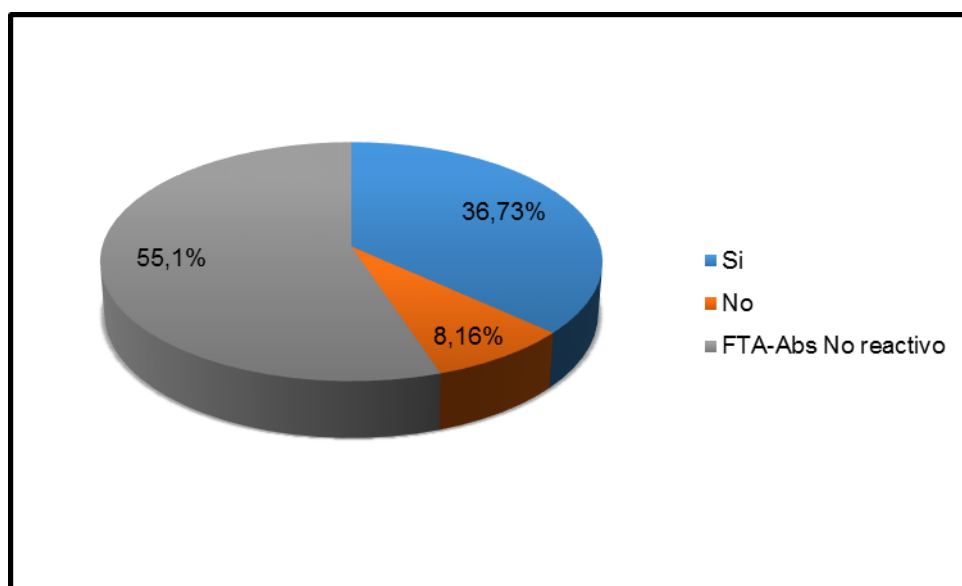
Fuente: Datos obtenidos en Sistema Informático Perinatal del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Interpretación:

En la Tabla 8 se observa que el 36,73% de las mujeres embarazadas de estudio si recibió tratamiento para la sífilis, 8,16% no recibió tratamiento y un 55,10% obtuvo como resultado no reactivo en la prueba FTA-Abs el cual no recibió tratamiento.

GRÁFICO 5

Distribución “si la madre haya recibido tratamiento” y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.



Fuente: Tabla 8

TABLA 9

Distribución de “la edad gestacional en la que recibió el tratamiento” de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Edad gestacional al tratamiento		Resultado FTA-Abs		Total
		Reactivo	No reactivo	
≤ 21 sem.	N°	6	0	6
	%	27,27	0	12,24
22 a 27 sem.	N°	7	0	7
	%	31,82	0	14,29
28 a 33 sem.	N°	1	0	1
	%	4,55	0	2,04
Puerperio o post. L U.	N°	4	0	4
	%	18,18	0	8,16
No recibió	N°	4	0	4
	%	18,18	0	8,16
FTA-Abs No reactivo	N°	0	27	27
	%	0	100	55,10
Total	N°	22	27	49
	%	100	100	100

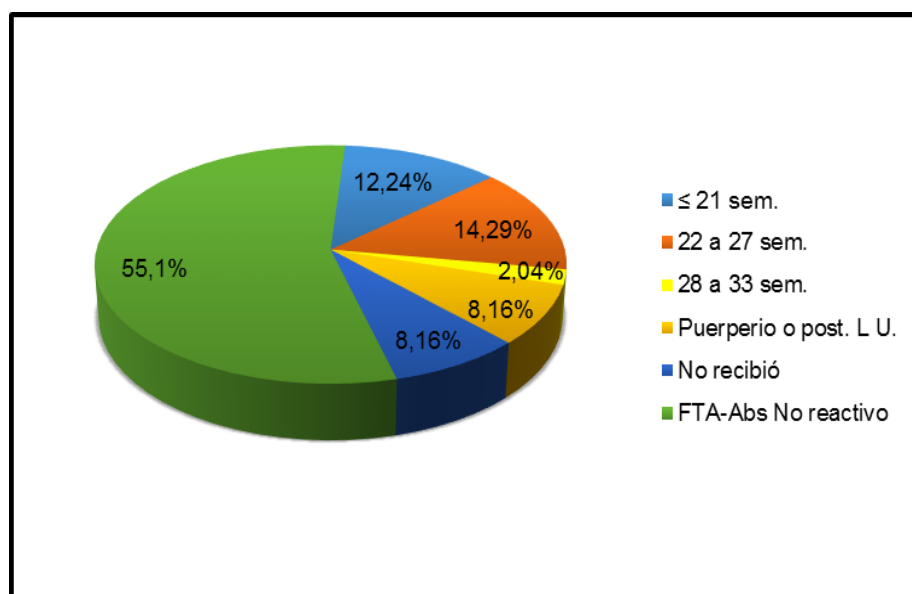
Fuente: Datos obtenidos en Sistema Informático Perinatal del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Interpretación:

En la Tabla 9 se observa que el 8,16% de las mujeres embarazadas de estudio recibieron el tratamiento completo en el puerperio inmediato o post legrado uterino, mientras que un 2,04% completó su tratamiento entre las 28 a 33 semanas de gestación, un 14,29% recibe tratamiento entre las 22 a 27 semanas, un 12,24% recibió tratamiento a las 21 semanas o antes, mientras que un 8,16% no logro completar el tratamiento y un 55,10% no completa el tratamiento por el resultado “no reactivo” con prueba FTA-Abs.

GRÁFICO 6

Distribución de “la edad gestacional en la que recibió el tratamiento” de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.



Fuente: Tabla 9

4.1.4. Hipótesis general

Hipótesis estadísticas

H₀: Los factores de riesgo para adquirir sífilis no se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

H₁: Los de factores de riesgo para adquirir sífilis se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Estadístico de prueba: se procedió a efectuar la prueba de hipótesis con el método estadístico de prueba de chi-cuadrado.

Decisión:

Si P es mayor o igual a 0,05: No se rechaza la H⁰

Si P es menor a 0,05: Se rechaza la H⁰

TABLA 10

Factores de riesgo para adquirir sífilis y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

Factores de riesgo		Resultado FTA-Abs			X ² P
		Reactivo	No reactivo	Total	
0 factores de riesgo	N°	0	9	9	X ² =35,526 p=0,000
	%	0	33,33	18,37	
1 factor de riesgo	N°	0	13	13	
	%	0	48,15	26,53	
2 factores de riesgo	N°	10	5	15	
	%	45,45	18,52	30,61	
3 factores de riesgo	N°	6	0	6	
	%	27,27	0	12,24	
4 factores de riesgo	N°	2	0	2	
	%	9,09	0	4,08	
5 factores de riesgo	N°	4	0	4	
	%	18,18	0	8,16	
Total	N°	22	27	49	
	%	100	100	100	

Fuente: reporte de SPSS

Interpretación:

Dado que el p-valor es menor que 0,05; entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; por lo que se tiene evidencia a favor de una asociación significativa entre los factores de riesgo para adquirir sífilis y el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.

DISCUSIÓN

En la presente investigación, analizando los antecedentes sociodemográficos observamos que un poco más de la mitad de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida tienen entre 18 a 29 años de edad con un 53,06%, comparable con el estudio de Aguilar (2 014, Lima), donde la media de edad de edad de las mujeres diagnosticadas con sífilis es de 27,5 años.

Comparando con la investigación de Bayron y Quishpe (2 013, Ecuador), observamos que el 35% de esta población tiene entre 19 a 21 años similar a las edades del presente estudio. Un poco más de la mitad de las mujeres embarazadas (51,02%) del presente estudio corresponde al estado civil de unión libre; en la investigación de Bayron y Quishpe, podemos apreciar algo similar, ya que aproximadamente la mitad de mujeres embarazadas corresponden al estado civil de Unión Libre (46%).

En lo que corresponde al grado de estudios; apreciamos que aproximadamente más de la mitad de las mujeres embarazadas tienen secundaria completa (65,31%), y más de

un tercio tiene primaria completa (26,53%), mientras solo el 8,16% tiene estudios superiores; lo cual representa un regular grado de instrucción en la población de estudio. Similar es el grado de estudios de la población de estudio de Aguilar, ya que el 48,4% tienen secundaria completa. Muy diferente al estudio de Bayron y Quishpe; donde casi la mitad tiene primaria completa (51%) y aproximadamente un tercio de la población estudiada no tuvo acceso a completar un grado de instrucción. En lo que se refiere a la etnia, casi el total de la población estudiada es de etnia mestiza (95,92%), mientras que una mínima parte de la población es de etnia indígena (4,08%).

En cuanto a los antecedentes obstétricos la edad gestacional de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida, se observa que un poco más de la mitad de la población estudiada acudió a su control y fue diagnosticada en el segundo trimestre de embarazo (55,10%), mientras que más de la cuarta parte de la población estudiada acudió a su control y fue diagnosticada en el primer trimestre (32,65%) y una mínima parte de la población estudiada acudió a su control y fue diagnosticada en el tercer

trimestre de embarazo (12,24%). Mientras que en el estudio de Aguilar, el 87,1% acudió a su control prenatal y fue diagnosticada en el tercer trimestre de gestación.

En lo que se refiere al inicio de vida sexual de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida entre los 13 a 15 años (32,70%), entre 16 a 18 años (26,50%) y entre 19 a 21 años (36,70%) iniciaron su primera relación sexual entre ese intervalo de edades; lo que se asemeja a la edad de inicio de la primera relación coital en el estudio de Bayron y Quishpe, que fue entre los 15 a 19 años (60,20%).

Por otro lado, respecto al número de compañeros sexuales; se observa que casi la mitad (48,98%) de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida ha tenido entre 1 a 2 compañeros sexuales, pero al igual casi la otra mitad (46,94%) ha tenido entre 3 a 4 compañeros sexuales y entre estos se puede observar que la mayoría ha sido conducta de riesgo de las mujeres gestantes confirmadas con sífilis según resultado confirmatorio de FTA-

Abs, el cual se evidencia a favor de una asociación entre el número de compañeros sexuales y los casos confirmados de sífilis de las mujeres embarazadas de la población estudiada.

En cuanto al número de controles prenatales de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida se observó que más de la mitad la (79,59%) de las mujeres embarazadas de estudio tuvieron entre 1 a 2 controles prenatales hasta el momento del diagnóstico en el tamizaje de sífilis con prueba rápida comparando con la población investigada por Aguilar, en la que un 61,5% tuvo entre 1 a 5 controles prenatales hasta el momento del diagnóstico de sífilis gestacional.

Por otro lado, un 36,73% de la población estudiada recibió tratamiento para la sífilis y dentro de estas un 81,82% de las mujeres diagnosticadas con sífilis según resultado de prueba confirmatoria FTA-Abs recibieron tratamiento.

Con respecto a la edad gestacional al recibir tratamiento de las mujeres embarazadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba más de la mitad (55,10%) no recibió tratamiento ya que no se le confirmó sífilis con prueba FTA-

Abs, dentro de ellas un 18,18% no recibió tratamiento completo y otra misma cantidad solo recibió tratamiento en el puerperio o post legrado uterino, los resultados obtenidos influyen como gran factor de riesgo a desarrollar sífilis congénita en el recién nacido.

Por lo tanto se aprecia que el 79,59% de los recién nacidos de las mujeres de estudio, no presentaron manifestaciones clínicas de sífilis ya que un poco más de la mitad de las mujeres embarazadas estudiadas (55,10%) fueron tamizadas con prueba rápida para sífilis en el segundo trimestre de embarazo y la tercera parte de las mujeres embarazadas estudiadas(36,73%) recibieron tratamiento, dentro de estas, más de la mitad de las mujeres embarazadas con resultado confirmatorio de prueba FTA-Abs (81,82%) recibieron tratamiento completo; mientras que el 20,41% de los recién nacido de las mujeres embarazadas de estudio presentó manifestaciones de sífilis al nacer.

Se evidencia a favor de una asociación significativa dado que el p-valor es menor que 0,05 entre los factores de riesgo para adquirir sífilis y el resultado reactivo en el tamizaje con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron

a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto
Maldonado, 2 016.

CONCLUSIONES

1. El inicio de vida sexual se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016 ($p < 0,05$). Según la Tabla 5 se observa que del total (49 mujeres embarazadas), el 32,70% iniciaron su vida sexual entre los 13 a 15 años y casi la misma cantidad 36,70% iniciaron su vida sexual entre los 19 a 21 años; lo que indica que a más temprana edad de vida sexual mayor riesgo a desarrollar sífilis en el embarazo.
2. El número de compañeros sexuales se asocia con los casos confirmados de sífilis de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016 ($p < 0,05$). Según la Tabla 6 se aprecia que del total de mujeres estudiadas (49 mujeres embarazadas), el 46,94% ha tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 48,98% ha tenido entre 1 a 2 parejas sexuales, mientras que el 4,08% ha tenido entre 5 a más compañeros sexuales lo que demuestra que a mayor número de

compañeros sexuales mayor riesgo a desarrollar sífilis en el embarazo.

3. El número de controles no se asocian con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016 ($p > 0,05$). Según la Tabla 7 se aprecia que del total de mujeres embarazadas de estudio (49 mujeres embarazadas) el 79,59% fueron detectadas con resultados reactivo en el tamizaje con prueba rápida para sífilis con prueba rápida entre el primer a segundo control prenatal, 16,33% fueron detectadas con resultados reactivo en el tamizaje de sífilis entre el tercer a cuarto control prenatal, 4,08% fueron detectadas con resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en el quinto a sexto control prenatal.
4. El que la madre haya recibido tratamiento al acudir a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el 2 016, según la Tabla 8 se aprecia que del total de mujeres embarazadas de estudio (49 mujeres embarazadas), el 36,73% recibió tratamiento, pero dentro de los casos confirmados con resultado reactivo de sífilis con FTA-Abs (22 mujeres embarazadas) el 81,82% recibió tratamiento,

mientras que el 18,18% que también fue diagnosticado con sífilis no recibió tratamiento.

5. La edad gestacional en la que recibieron tratamiento las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el 2016, según la Tabla 9 se observa que el total de mujeres embarazadas de estudio (49 mujeres embarazadas), el 55,10% no recibe tratamiento ya que no se le confirma sífilis con la prueba FTA-Abs pero dentro de las que fueron confirmadas (22 mujeres embarazadas) el 31,82% recibió tratamiento en el segundo trimestre de embarazo, 27,27% recibió tratamiento en el primer trimestre de embarazo, 4,55% recibió tratamiento en el tercer trimestre de embarazo, 18,18% recibió tratamiento en el puerperio, 18,18% no recibió tratamiento alguno, lo que nos indica un mayor riesgo a desarrollar sífilis congénita.
6. Los factores de riesgo para adquirir sífilis se asocian significativamente con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida de las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el 2016 ya que se evidencia relación entre estos.

RECOMENDACIONES

1. Informar y concientizar a las mujeres embarazadas desarrollando charlas educativas, acerca de las conductas de riesgo para contraer sífilis.
2. Enfatizar la importancia de realizarse los exámenes de despistaje de Sífilis en el embarazo y concientizar a las gestantes sobre la importancia de recibir el tratamiento inmediato para la sífilis en la gestación.
3. Promover la importancia del uso del preservativo en las relaciones coitales, para reducir los riesgos del contagio o reinfección de sífilis.
4. Realizar campañas de visita domiciliaria con radar sectorial, para la búsqueda de gestantes que no acuden a control prenatal.
5. Fortalecer el seguimiento en el cumplimiento del tratamiento de la sífilis en la gestante y su contacto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Samalvides Cuba F, Banda Flores CL. Sífilis en la gestación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010 Aug; 56.
2. Organización Panamericana de la Salud. unicef.org. [Online].; 2009 [cited 2017 junio 20. Available from: [HYPERLINK "https://www.unicef.org/lac/Documento_Conceptual_-_Eliminación_de_la_transmisión_maternoinfantil_del_VIH_y_de_la_sífilis_congénita\(2\).pdf"](https://www.unicef.org/lac/Documento_Conceptual_-_Eliminación_de_la_transmisión_maternoinfantil_del_VIH_y_de_la_sífilis_congénita(2).pdf)
3. Ministerio de Salud del Perú. Vida sí, Sífilis no. 2010.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. VIH y Sífilis, seroprevalencia en púerperas de Argentina. unicef.org. 2012 diciembre; 1(1).
5. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2017 06 20. Available from: [HYPERLINK "http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=38003&Itemid=270&lang=en"](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=38003&Itemid=270&lang=en) .
6. Aguilar Ticlavilca RdP. DOCPLAYER. [Online].; 2014 [cited 2017 06 22. Available from: [HYPERLINK "http://docplayer.es/4127815-Universidad-nacional-mayor-de-san-marcos.html"](http://docplayer.es/4127815-Universidad-nacional-mayor-de-san-marcos.html)
7. GUERRERO SANDOVAL BE, QUISHPE CHÁVEZ CR. dspace.uce.edu.ec. [Online].; 2013 [cited 2017 06 22. Available from: [HYPERLINK "http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4431/1/T-UCE-0006-79.pdf"](http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4431/1/T-UCE-0006-79.pdf)

8. SÁNCHEZ GÓMEZ A. dspace.uce.edu.ec. [Online].; 2014 [cited 2017 06 22. Available from: HYPERLINK "https://eficiencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/12468/Tesis%20Doctoral%20Amaya%20Sanchez_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. CASAS RL, RODRIGUEZ MD. Sífilis en el embarazo: ¿Como diagnosticar y tratar oportunamente? Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009 diciembre; 60(1).
10. Villazón Vargas N, CONDE GLES CJ. revistamedicadechile.cl. [Online].; 2009 [cited 2017 06 22. Available from: HYPERLINK "http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/373/27.
11. N. http://biblioteca.usac.edu.gt/. [Online].; 2006 [cited 2017 06 21. Available from: HYPERLINK "http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_2849.pdf.
12. Gonzales GF, Tapia V, Serruya SJ. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el período 2000-2010. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2014 abril; 31(2).
13. Puelles Villafana SG, Villanueva Conislla S. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/. [Online].; 2012 [cited 2017 06 22. Available from: HYPERLINK "http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3024/1/Puelles_vs.pdf.
14. MINSA. www.unicef.org. [Online].; 2010 [cited 2017 06 22. Available from: HYPERLINK "https://www.unicef.org/peru/spanish/prueba_de_sifilis.pdf.
15. Barranco MC, Benitez Valdez LV, Sánchez CE, Gorodner A.

- Seguimiento de sífilis en embarazos. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2007 junio; 1(170).
16. Salud-Perú Md. minsa.gob.pe. [Online].; 2008 [cited 2017 junio 23. Available from: HYPERLINK "http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1206_dgsp278.pdf.
 17. RAE. rae.es. [Online]. [cited 2017 junio 23. Available from: HYPERLINK "http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=incidencia" http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=incidencia .
 18. Ministerio de Salud-Perú. minsa.gob.pe. [Online]. [cited 2017 junio 23. Available from: HYPERLINK "http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1206_dgsp278.pdf.
 19. Bravo TC. Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 2003 noviembre y diciembre; 46(6).
 20. Médicos.com RMEP. Comportamiento clínico-epidemiológico de la sífilis. [Online].; 2014 [cited 2017 junio 23. Available from: HYPERLINK "https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/comportamiento-clínico-epidemiologico-de-la-sífilis/4/.
 21. Calderón AM. Actualización: sífilis en medicina legal. Medicina Legal de Costa Rica. 2011 marzo; 28(1).
 22. Frine Samalvides Cuba F, Banda-Flores CL. Sífilis en la gestación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010 julio; 56(1).
 23. Samalvides Cuba F, Banda Flores CL. Simposio Sífilis en la gestación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011 Aug; 56(2).
 24. Álvarez Hernández G, Salazar Arriola S, Bocanegra Luna C. Guía para el diagnóstico y manejo de la sífilis en el embarazo y

- prevención de la sífilis congénita. [Online].; 2012 [cited 2017 junio 28. Available from: HYPERLINK "http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guía_diagnóstico_manejo_sífilis_congénita.pdf"
25. Schwarcz R. Obstetricia Schwarcz. sexta edición ed. Argentina: El Ateneo; 2007.
 26. Bravo TC. Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. Rev Fac Med UNAM. 2003 11-12; 46(6).
 27. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Online].; 2017 [cited 2017 06 04. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ .
 28. Yuri Paulin Holguín M., Luis Alfonso Mendoza T., Claudia Marcela Esquivel T., Ricardo Sánchez M., Andrés Felipe Daraviña B., María Acuña P. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev. chil. obstet. ginecol. 2013 julio; (78)3.
 29. Claudia Arispe, Mary Salgado, Giuliana Tang, Carmen González ,José Luis Rojas. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered. 2011, 22 (4).
 30. Quiroz R. Resultados de la investigación. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/Quiroz_P_R/Cap5.pdf
 31. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. México: McGRAW-HILL; 2014.

32. Saona Ugarte P. Clasificación de la enfermedad hipertensiva en la gestación. 2006; 219–25. Available from:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecología/vol52_n4/pdf/A05V52N4.pdf
33. Gregorio Menéndez, O. BLOG DE WORDPRESS.COM.[Internet], México: Gregorio Menéndez O.- [citado 12 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://vidasexualblog.wordpress.com/>

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

Investigador Responsable: Sonia Elizabeth Churacutipa Arcaya

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el 2016?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>a) ¿El inicio de vida sexual se asocia con el resultado reactivo del tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016?</p> <p>b) ¿El número de compañeros sexuales se asocia con el resultado reactivo del tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016?</p> <p>c) ¿El número de controles prenatales se asocia con el resultado reactivo del tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar cuáles son los factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>- Determinar si el inicio de vida sexual se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.</p> <p>-Determinar si el número de compañeros sexuales se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.</p> <p>-Determinar si el número de controles prenatales se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Los factores de riesgo para adquirir sífilis se asocian con el resultado reactivo del tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>a) El inicio de vida sexual se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.</p> <p>b) El número de compañeros sexuales se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.</p> <p>c) El número de controles prenatales se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.</p>	<p>Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de vida sexual • Número de compañeros sexuales • Edad gestacional al recibir tratamiento • Número de controles prenatales • Recibió tratamiento completo <p>Variable dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sífilis <p>Variables intervinientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grado de instrucción • Estado civil • Edad gestacional • Lugar de residencia • Exámen de RPR • Exámen VDRL • Exámen de FTA-Abs

<p>prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016?</p> <p>d) ¿El que la madre no haya recibido tratamiento se asocia con el resultado reactivo del tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016?</p> <p>e) ¿La edad gestacional en la que se recibió tratamiento se asocia con el resultado reactivo del tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016?</p>	<p>Puerto Maldonado.</p> <p>- Determinar si el que la madre haya recibido tratamiento se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.</p> <p>- Determinar si la edad gestacional en la que se recibió tratamiento se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.</p>	<p>el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.</p> <p>d) El que la madre haya recibido tratamiento se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.</p> <p>e) La edad gestacional en la que se recibió tratamiento se asocia con el resultado reactivo en el tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2 016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad Gestacional • Paridad • APGAR del recién nacido • Peso del recién nacido • Características del recién nacido
---	--	--	---

ANEXO 2:

CUESTIONARIO

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE SÍFILIS EN
MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN
EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2016.**

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. EDAD | | b) 16-18 | |
| a) 12-17 | <input type="checkbox"/> | c) 19-21 | <input type="checkbox"/> |
| b) 18-29 | <input type="checkbox"/> | d) 22 a más. | <input type="checkbox"/> |
| c) 30-39 | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. INSTRUCCIÓN | | 7. COMPAÑEROS
SEXUALES | |
| a) Ninguna | <input type="checkbox"/> | a) 1-2 | <input type="checkbox"/> |
| b) Primaria completa | <input type="checkbox"/> | b) 3-4 | <input type="checkbox"/> |
| c) Secundaria completa | <input type="checkbox"/> | c) 5 a más. | <input type="checkbox"/> |
| d) Superior | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. ETNIA | | 8. EDAD GESTIONAL | |
| a) Mestiza | <input type="checkbox"/> | a) 1-13 sem. | <input type="checkbox"/> |
| b) Indígena | <input type="checkbox"/> | b) 14-26 sem. | <input type="checkbox"/> |
| | | c) 27-40 sem. | <input type="checkbox"/> |
| 4. ESTADO CIVIL | | 9. CONTROLES
PRENATALES | |
| a) Soltera | <input type="checkbox"/> | a) 1-2 | <input type="checkbox"/> |
| b) Casada | <input type="checkbox"/> | b) 3-4 | <input type="checkbox"/> |
| c) Unión libre | <input type="checkbox"/> | c) 5-6 | <input type="checkbox"/> |
| | | d) 7 a más. | <input type="checkbox"/> |
| 5. LUGAR DE RESIDENCIA | | 10. PARIDAD | |
| a) Urbana | <input type="checkbox"/> | a) Nulípara | <input type="checkbox"/> |
| b) Rural | <input type="checkbox"/> | b) Multípara | <input type="checkbox"/> |
| 6. INICIO DE VIDA SEXUAL | | | |
| a) 13-15 | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |

11. RESULTADO PRUEBA RÀPIDA
- a) Reactivo
- b) No reactivo
- b) Peso:
- >1 000 gr.
- 1 000 a 1 499 gr.
- 1 500 a 2 499 gr.
- 2 500 a 3 999 gr.
- \geq 4 000 gr.
12. RESULTADO PRUEBA RPR
- a) Reactivo
- b) No reactivo
17. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE SIFILIS AL NACIMIENTO
- a) Si
- b) No
13. RESULTADO PRUEBA FTA-Abs
- a) Reactivo
- b) No reactivo
18. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE SIFILIS AL NACIMIENTO
- c) Si
- d) No
14. RECIBIÓ TRATAMIENTO LA MADRE
- a) Si
- b) No
15. EDAD GESTIONAL AL RECIBIR TRATAMIENTO
- a) Menor a 21 semanas
- b) 22-27
- c) 28-33
- d) 34-39
16. CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO
- a) APGAR:
- 1'
- 5'