



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA SIFILIS EN
GESTANTES A TERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN
JUAN DE DIOS- PISCO, 2019**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública, Salud Ambiental y Satisfacción con los Servicios de Salud.

Presentado por:

Castillo Farromeque Mirian Alina

Garay Arteaga Katherine Patricia

Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Docente asesor:

Mg. Juan Carlos Ruiz Ocampo

Chincha, Ica, 2021

NOMBRE DE LA TESIS

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA SIFILIS EN GESTANTES
A TERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-
PISCO, 2019”.**

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Hospital San Juan de Dios de Pisco, por haberme facilitado el acceso a la recolección de la información.

A la universidad Autónoma de Ica, por haber permitido ser parte de su casa de estudios en estos tiempos de pandemia apoyándonos a obtener nuestro título profesional.

De igual manera hacer una mención especial en nombre de la obstetra. Rocío Chanco Hernández, por su apoyo y gratitud hacia nosotras en el transcurso de la elaboración de nuestra tesis.

CASTILLO FARROMEQUE, Mirian.

GARAY ARTEAGA, Katherine.

DEDICATORIA

A Dios por ayudarnos a culminar nuestros estudios y por ende a obtener nuestro título profesional, logrando obtener una satisfacción profesional y personal, siendo orgullo de nuestros padres dicha culminación.

A nuestros padres y familia por apoyarnos de manera espiritual y económicamente en todo el transcurso de nuestra etapa estudiantil para lograr cumplir nuestras metas trazadas.

A nuestros docentes, por su enseñanza y dedicación constante durante nuestra etapa de desarrollo, lo cual nos permitió nuestra formación como buenos profesionales.

CASTILLO FARROMEQUE, Mirian.
GARAY ARTEAGA, Katherine.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la sífilis en gestantes a término atendidas en el Hospital San Juan de Dios- Pisco 2019, cuya metodología fue de tipo básica retrospectiva, de nivel descriptivo y de diseño no experimental, donde la muestra estuvo conformada por 70 gestantes que fueron atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, encontrándose en sus resultados, que las gestantes que iniciaron sus relaciones sexuales fueron mayores de 14 años y que fueron diagnosticadas con sífilis en la semana 28 a 40 con 51.4 %, a su vez tuvieron una sola pareja sexual con un 48.6% y nunca utilizaron el preservativo con un 60.0 %, donde la gestante tuvo antecedentes de infección de transmisión sexual con un 42.9%, siendo el nivel de educación secundaria y diagnosticada en la semana gestacional 28-40 semanas con un porcentaje de 42.9%; teniendo como conclusión que existe una relación significativa entre el inicio de la vida sexual, el número de parejas sexuales, el uso de preservativo, los antecedentes de ITS, el grado de instrucción con la edad gestacional de la gestante que fue diagnosticada con sífilis.

Palabras claves: Factores de riesgo, sífilis en gestantes

ABSTRACT

The present research aims to determine the risk factors associated with syphilis in term pregnant women treated at the San Juan de Dios-Pisco 2019 Hospital, whose methodology was of a basic retrospective type, of a descriptive level and of a non-experimental design, where The sample consisted of 70 pregnant women who were treated at the San Juan de Dios Hospital in Pisco, finding in their results that the pregnant women who began their sexual relations were older than 14 years and that they were diagnosed with syphilis in weeks 28 to 40 with 51.4%, in turn they had only one sexual partner with 48.6% and never used a condom with 60.0%, where the pregnant woman had a history of sexually transmitted infection with 42.9%, being the level of secondary education and diagnosed in gestational week 28-40 weeks with a percentage of 42.9%; having as a conclusion that there is a significant relationship between the beginning of sexual life, the number of sexual partners, the use of condoms, the history of STIs, the degree of education with the gestational age of the pregnant woman who was diagnosed with syphilis.

Key words: Risk factors, syphilis in pregnant women

INDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCION	9
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.1. Descripción del Problema	10
2.2. Pregunta de investigación general	12
2.3. Preguntas de investigación específicas	12
2.4. Objetivo General	13
2.5. Objetivos específicos	13
2.6. Justificación e Importancia	14
2.7. Alcances y limitaciones	15
III. MARCO TEÓRICO	16
3.1. Antecedentes	16
3.2. Bases Teóricas	22
3.3. Identificación de las variables	37
IV. METODOLOGÍA	38
4.1. Tipo y Nivel de Investigación	38
4.2. Diseño de la investigación	38
4.3. Operacionalización de las variables	39
4.4. Hipótesis general y específicos	40
4.5. Población – Muestra	40
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de información	42
4.7. Recolección de datos	42
4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos	42
V. RESULTADOS	43
5.1. Presentación de resultados	43
Comprobación de Hipótesis	48
5.2. Interpretación de los resultados	50
VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	53
6.1. Análisis de los resultados	53
6.2. Comparación resultados con antecedentes	54
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	63
MATRIZ DE CONSISTENCIA	64
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	65
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	68
FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	71
BASE DE DATOS	73

I. INTRODUCCION

La sífilis es una afección de salud pública que perjudica a las personas que inician sus relaciones sexuales sin protección, por eso las estrategias de salud sexual y reproductiva del ministerio de salud indican el uso del preservativo como método para prevenir y evitar ser contagiado con esta enfermedad, que va a conllevar a una mujer gestante a tener un recién nacido con el diagnóstico de sífilis congénita si no es diagnosticada de manera precoz.¹

En la actualidad se han determinado ciertos factores predisponentes a la sífilis en gestantes a término, entre ellos encontramos; inicio precoz de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso del preservativo, antecedentes de ITS, grado de instrucción.

Es por ello que todos los profesionales de la salud de las diferentes entidades, debemos trabajar de manera multidisciplinaria, realizando orientaciones, consejerías y descarte de la sífilis con la utilización de las pruebas rápidas, para evitar el contagio a nuestras mujeres en edad fértil y gestantes.¹

La sífilis es una enfermedad que se ha desarrollado desde los tiempos remotos, quienes así opinan se fundamentaron en conocimientos históricas y también en los descubrimientos arqueológicos de cráneos fósiles, en el tiempo de la gran civilización egipcia y de la época de la cultura asirio-babilónica. Las perforaciones circulares halladas en los cráneos fueron analizadas de manera equivocada por ciertas escuelas médico-históricas como argumentos visibles y evidentes de la existencia de lesiones destructivas (gomos) en los huesos de los antepasados primitivos.²

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del Problema

La sífilis es una enfermedad que se clasifica dentro de las infecciones de transmisión sexual, teniendo como fuente de contagio las relaciones sexuales, siendo como mayor incidencia el contagio en las personas promiscuas¹; su agente etiológico es el *Treponema pallidum*, caracterizada por desarrollarse por etapas sucesivas y fases de latencia asintomáticas de muchos años de duración, causando daño a tejidos u órganos.²

En la mayoría de casos la mujer gestante es contagiada por la pareja y por consiguiente al feto, si no se brinda el tratamiento a tiempo. Debido a ello debemos laborar con el equipo multidisciplinario enfocándonos en las orientaciones, consejerías y realización de pruebas rápidas para el descarte de sífilis, y así evitar complicaciones que involucren a la madre y binomio.¹

América Latina y el Caribe son considerados como la región con mayor tasa de sífilis a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud, estima que de los 12 millones de nuevas infecciones reportadas por años, 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, en el año 2016.³

De igual manera, en Colombia; el Instituto Nacional de Salud evidencia mediante estadísticas; el diagnóstico anual de más de 70.000 casos nuevos de ITS de los cuales 9.3% se encuentra en fase ulcerativas, ocupando la sífilis precoz el mayor porcentaje, con

un 6.1%. Dicho factor; facilita la transmisión y se constituye en la puerta de entrada y salida para cualquier tipo de infección.⁴

La sífilis congénita es todo un desafío para la salud debido al incremento de la incidencia, la cual es una patología de fácil prevención, diagnóstico y tratamiento; esto está asociado a diferencias sociales y la escasa cobertura de atención prenatal brindada en cierto grupo de la población, resaltando como factor clave la poca eficiencia, la falta de pruebas rápidas para descarte de sífilis, la falta de seguimiento en mujeres con diagnóstico confirmado.⁵

En la actualidad se promedia que diariamente más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual y por año, unos 357 millones, considerando unos 5.6 millones de personas contagiadas por sífilis.⁶

A nivel internacional; la Organización Mundial de la Salud, calcula que, en el 2019, hubo en el mundo 357 millones de nuevos casos de Infecciones de Transmisión Sexual curables (blenorragia, clamidiasis, sífilis o tricomoniasis) que afectaron a personas que oscilan entre los 15 y 49 años de edad, entre ellos 5,6 millones de casos de sífilis. El número de casos prevalentes de sífilis asciende, según las estadísticas, a unos 18 millones.⁷

A nivel Nacional; en el 2018, se registraron 957 casos notificados de sífilis materna, siendo confirmados 816, probables 96 y descartados 45, con respecto a la sífilis congénita se reportaron un total de 190 casos entre confirmados y probables.⁸

A nivel local; en el 2018 en la región de Ica se llegaron a reportar 14.8% de pacientes gestantes que tuvieron sífilis donde sabemos que es un problema de salud pública.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la sífilis en gestantes a término atendidas en el Hospital San Juan de Dios – Pisco 2019, con la finalidad de detectar en forma precoz e inmediata la sífilis mediante la utilización de la prueba rápida de descarte de la espiroqueta (*treponema pallidum*), el cual debe realizarse en primer control prenatal y cada 6 meses a toda gestante y/o mujer en edad fértil que este propensa a gestar, donde hemos observado el incremento epidémico mediante el reporte del HIS Report y la estadística de la sífilis gestacional de las gestantes que son atendidas en nuestro Hospital y referidas de nuestros 24 establecimientos de salud cuando están cursando las 36 semanas de gestación para culminar su atención de parto. También se debe a la falta de conocimiento de que existe pruebas para detectar a tiempo dicha infección y así evitar posibles complicaciones-Morbimortalidad del neonato.

2.2. Pregunta de investigación general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la sífilis en gestantes a término atendidas en el Hospital San Juan de Dios-Pisco 2019?

2.3. Preguntas de investigación específicas

- a)** ¿Cuál es la relación entre el inicio de la vida sexual y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco?
- b)** ¿Cuál es la relación del número de parejas sexuales y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco?
- c)** ¿Cuál es la relación entre el uso del preservativo y las gestantes con sífilis atendidas del hospital San Juan de Dios- Pisco?
- d)** ¿Cuál es la relación de los antecedentes de ITS y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco?
- e)** ¿Cuál es la relación del grado de instrucción y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco?

f) ¿Cuál es la relación de la edad gestacional de la gestante que fue diagnosticada con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco?

2.4. Objetivo General

2.4.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a la sífilis en gestantes a término atendidas en el Hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019.

2.5. Objetivos específicos

- a) Determinar la relación entre el inicio de la vida sexual y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco.
- b) Determinar la relación del número de parejas sexuales y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco.
- c) Determinar la relación entre el uso del preservativo y las gestantes con sífilis atendidas del hospital San Juan de Dios- Pisco.
- d) Determinar la relación de los antecedentes de ITS y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco.
- e) Determinar la relación del grado de instrucción y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco.
- f) Determinar la relación de la edad gestacional de la gestante que fue diagnosticada con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco.

2.6. Justificación e Importancia

2.6.1. Justificación

Una gestante con sífilis puede infectar al feto en la semana 9 de gestación, sin embargo, se puede transmitir luego de la semana 16. Se puede diagnosticar en la gestación, puerperio inmediato o postaborto, en distintos estadios.⁹

Este presente estudio de investigación se realizó porque en la actualidad existen muchas mujeres y hombres que presentan alguna infección de transmisión sexual y gestantes que presentan sífilis, no conociendo cómo identificar esta infección, siendo un mayor riesgo y poco se le ha tomado en cuenta, sus complicaciones son mortales sobre todo durante el embarazo; donde aportamos en dicha investigación a orientar y a diagnosticar mediante la prueba rápida de descarte de sífilis la infección y así iniciar el tratamiento oportuno a la gestante y evitar posibles complicaciones en el neonato.

2.6.2. Importancia

Este presente trabajo de investigación el cual se realizó en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, es importante porque determino los factores de riesgo asociados a la sífilis en gestantes a término, ya que al ser diagnosticada una gestante con Sífilis y no es tratada a tiempo no se le administra el tratamiento de manera adecuada, esto conlleva a repercusiones en el feto, donde se produce la sífilis congénita.

En la localidad de Pisco no existen trabajos de investigación sobre que complicaciones puede conllevar la sífilis en la gestante , motivo por el cual decidimos investigar en dicho trabajo con la finalidad de aportar conocimientos que se pondrán en práctica en beneficio de las gestantes pisqueñas contribuyendo a los avances científico, por consiguiente ayudando en la actualización de bibliografías para así contribuir que todo profesional de la salud se encuentre capacitado en beneficio de la madre y del niño por nacer.

2.7. Alcances y limitaciones

2.7.1. Alcances

Este estudio de investigación ha sido desarrollado de forma correcta, basándose de modelos de diferentes investigaciones que ya están validadas y publicadas contando a su vez los recursos necesarios para su realización como económicos, humanos y el tiempo que necesitara el investigador para la recolección de información.

2.7.2. Limitaciones

Las limitaciones que existieron para su desarrollo y recopilación de información fueron algunos datos incompletos de las historias clínicas y libro de seguimiento de ITS, falta de trabajos de investigación local y regional, pero a pesar de ello se logró recolectar los datos para este trabajo de investigación.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Castro, R. et al. (Cuba 2015)¹⁰ en su trabajo de investigación titulado **“Factores sociodemográficos y de comportamiento sexual, asociados a la aparición de sífilis en embarazadas”**, tiene como objetivo identificar algunos factores sociodemográficos y de comportamiento sexual asociados a la sífilis en las gestantes, cuya metodología fue el estudio de casos y controles en embarazadas pertenecientes a la provincia Granma, dando como resultados que el lugar de residencia y la ocupación, sin vínculo laboral, arrojaron valores de riesgos $OR > 2$, sin embargo con significación estadística solo el lugar de residencia tuvo un valor $p < 0.05$, los antecedentes de infecciones de transmisión sexual antes del embarazo y la inestabilidad de la pareja sexual en los últimos 12 meses incidieron en la aparición de la sífilis en las embarazadas ($p < 0.05$). Obteniendo como conclusión, de que el nivel ocupacional, la no protección durante las relaciones sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual antes del embarazo y la inestabilidad de la pareja sexual en los últimos 12 meses, la residencia en zona urbana y estar desvinculada laboralmente, se asocian a los factores de riesgo prevenibles, donde se disminuyen los casos de sífilis gestacional y sífilis congénita.

Tingo, A. (Ecuador 2016)¹¹ en su trabajo de investigación **“Análisis de los factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual**

en la comunidad de Tanguarín” tuvo como objetivo valorar los factores de riesgo asociados a estas infecciones de una población urbano-marginal, donde se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal, con una muestra conformada por XX mujeres en edad fértil, teniendo como instrumento la recopilación una encuesta, y una guía de observación para la revisión de las historias clínicas. Algunos resultados obtenidos fueron las mujeres de la comunidad que se auto identifican como mestizas, la mayoría son casadas o están en unión libre; entre los principales factores de riesgo hallados, sobresalen, las mujeres que dieron inicio a su vida sexual a los 16 años, han tenido como máximo 3 compañeros sexuales, la mayoría (70%) no practica el uso de los preservativos, no tienen un control ginecológico adecuado, la mayoría utiliza los anticonceptivos orales, 3 de cada 10 mujeres no utilizan ningún método anticonceptivo. En esta localidad las mujeres refieren que se han realizado Papanicolaou, y pruebas de VDRL; como conclusión, son mujeres que se encuentran en riesgo, la educación enfocada en sexualidad responsable debe ser frecuente y adaptada a las condiciones de esta población.

Monte de Oca, L. et al. (República Dominicana 2019)¹² en su trabajo de investigación titulada **“Riesgo y consecuencia de la transmisión vertical de sífilis en pacientes adolescentes embarazadas en el Hospital Universitario Maternidad nuestra señora de la Altagracia”** cuyo objetivo fue determinar los riesgos y consecuencias de la transmisión vertical de sífilis en pacientes adolescentes embarazadas, el método empleado fue un estudio observacional, descriptivo y transversal de recolección prospectiva, donde la muestra estuvo conformada por 69 adolescentes embarazadas con diagnóstico de sífilis que acudieron al departamento de epidemiología, teniendo como resultados hallados, la edad más frecuente fue 17 años, el 84% derivaron de zonas urbanas, los factores de riesgo que afectaron en mayor medida fueron, irregularidad de las consultas prenatales en el 90% de las usuarias, el bajo nivel socioeconómico y prácticas sexuales de alto riesgo en el 100%

de las pacientes. De acuerdo con el trimestre del embarazo donde se le diagnosticó sífilis a las pacientes, el 14% se le diagnosticó sífilis en el primer trimestre del embarazo, el 30% el segundo trimestre y 56 por% en el tercer trimestre siendo este el más prevalente. De acuerdo con el tratamiento recibido el 100% ciento de nuestras pacientes fueron tratadas, 23% completaron el tratamiento y 7% no lo completaron; de las que fueron tratadas completamente el 11.5% le transmitió sífilis a sus hijos, el 47.4% de las que recibieron el tratamiento incompleto transmitieron sífilis congénita. De un total de 69 recién nacidos, el 59% resultaron con sífilis congénita, obteniendo como Conclusión el 38% nacieron pretérmino, 58% nacieron a término y el 4% nacieron postérmino. Según la edad gestación y peso de los 69 recién nacidos, el 35% nacieron pequeños para la edad gestacional, 61% nacieron adecuados para edad gestacional y el 4% nacieron grandes para la edad gestacional.¹²

3.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Churacutipa, S. (Puerto Maldonado, 2016)¹³ en su trabajo de investigación **“Factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa”**. Tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a su control prenatal, el método empleado fue una investigación no experimental, transversal y retrospectiva, su muestra fue 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. Cuyo resultado obtenido fue que la tercera parte de la población inicio 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, dando como conclusiones, que los factores de riesgo

se asocian significativamente, con el resultado reactivo de tamizaje de sífilis con prueba rápida en mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal.

Chumpèn, K, Palacios, S. (Lima, 2016 – 2017)¹⁴ en su trabajo de investigación “**Factores de riesgo asociados a sífilis congénita en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales**”. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a sífilis congénita en recién nacidos, teniendo como tipo y diseño la investigación cuantitativa, observacional, analítica y retrospectiva; la población estuvo conformada por todas las madres de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita, como instrumento una ficha de recolección de datos, teniendo como resultados los factores asociados a este estudio fueron la edad ≤ 19 años ($x^2: 8,851$ $p < 0.05$ OR=3,750), múltiples parejas sexuales ($x^2: 13,866$ $p < 0.05$ OR=1,635), práctica sexual sin protección ($x^2: 22,626$ $p < 0.05$ OR=18,600), con antecedente de aborto ($x^2: 4,247$ $p < 0.05$ OR=2,375) y parto vaginal ($x^2: 14,588$ $p < 0.05$ OR=5,647), cuyas conclusiones ha dado que los factores de riesgo asociados a la sífilis son la edad (≤ 19 años), múltiples parejas sexuales (2 a más) y práctica sexual sin protección. Los factores obstétricos maternos asociados: con abortos y parto vaginal; están asociados significativamente a la sífilis congénita en recién nacidos

Dávila, J., Lizarbe, L. (Lima 2012 – 2015)¹⁵ en su trabajo de investigación titulada “**Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal**”. Tuvo como objetivo, conocer los factores de riesgo asociados a sífilis activa en gestantes. Cuyo método fue retrospectivo, analítico, caso-control, cuantitativa con 109 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de sífilis activa. En los resultados se observa que la mayor prevalencia de la sífilis activa en gestantes, con 0,47 por cada 100 gestantes atendidas. tuvo como conclusión, la prevalencia de sífilis

activa en gestantes, para el año 2012 fue 0,25%; en el 2013, de 0,08%; en el 2014, de 0,09 % y en el año 2015, de 0,47% por cada 100 gestantes atendidas, por consiguiente los factores de riesgo de las gestantes con sífilis activa fueron: El estado civil soltera, el inicio de las relaciones sexuales a una edad precoz, tener de 1 a 2 parejas sexuales y el no uso de preservativo durante las relaciones sexuales a pesar de ello el mayor porcentaje de gestantes tuvieron pareja contagiada con sífilis.

3.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Mateo, W. (Ica. año 2015-2017)¹⁶ "Factores de riesgo asociados a confección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional" tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a confección sifilítica en pacientes. El método empleado fue no experimental, analítico y retrospectivo. Se trabajó con 102 pacientes portadores de VIH en los últimos tres años; que durante su control presentaron manifestaciones clínicas y serología positiva para sífilis durante su seguimiento en el programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS). Donde los resultados, se encontró asociación estadística significativa entre el estadio sifilítico y el método de barrera, y la edad $p=0.032$ ($p<0.05$). Los pacientes que si usaron método de barrera 74.5% (76) y los que no usaron método de barrera 25.5% (26), frecuentemente estadio sifilítico latente 56.9% (58). Homosexuales 28.4% (29), heterosexuales 28.4% (29). Los pacientes que recibieron penicilina benzatinica 2.4 millones, pacientes recibieron 1 dosis de los 33.3% (34), 2 dosis 4.9% (5) y 3 dosis 61.8% (63). Los pacientes de 19 a 29 años 50% (51), de 20 a 39 años 23.5% (24), 40 a 49 años 14.7% (15), 50 a 63 años 11.8% (12) tuvieron algún estadio sifilítico; siendo estadísticamente significativo donde $p=0.032$ ($p<0.05$). Conclusión: Existe relación estadísticamente significativa entre el estadio sifilítico asociado al método de barrera y la edad en los pacientes infectados con VIH de adquirir algún estadio sifilítico.

Albino, O. (Huánuco 2017) ¹⁷ titulado “**Nivel de conocimiento sobre sífilis en gestantes adolescentes del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano**”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre sífilis de gestantes adolescentes, donde la metodología es de tipo descriptivo, prospectivo, cuantitativo y de corte transversal. Se estudió a las gestantes de 12 a 17 años, obteniendo una muestra de 60 gestantes. Su instrumento utilizado fue un cuestionario. Los resultados obtenidos son; respecto al nivel de conocimiento sobre la sífilis en gestantes adolescentes el mayor porcentaje 50.0% (30 gestantes) presentan nivel de conocimiento Bajo, 30.0% (18 gestantes) presentan nivel de conocimiento Medio, 20.0% (12 gestantes) se encuentran en el nivel Alto. Se obtuvo como conclusión, el grado de escolaridad, lugar de procedencia y la edad se asocia estadísticamente significativa al bajo conocimiento sobre la sífilis.

Meza, J. et al (Ica 2017)¹⁸ en su trabajo de investigación titulada “**Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA y sus medidas preventivas en estudiantes de ciencias de la salud**”. Tuvo como objetivo, determinar el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) – VIH-SIDA y sus medidas preventivas en estudiantes de Medicina Humana, Enfermería y Obstetricia. Este estudio metodológicamente fue descriptivo, prospectivo, transversal y comparativo con un muestreo probabilístico, en total se encuestaron 290 estudiantes. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y como instrumento el cuestionario. Los resultados obtenidos, en forma global predomina el conocimiento medio en Obstetricia con 81.8% y en Enfermería con 76.8%, mientras que en Medicina predomina el nivel alto con 45.6%. En la dimensión del conocimiento, predomina el nivel bajo en Enfermería con 78.51% y en Obstetricia con 50.9%, mientras que en Medicina predomina el nivel alto con 36.8%. Se obtuvo como conclusiones; que los estudiantes de Medicina presentan un mejor nivel de conocimientos, seguido de Obstetricia y por último los de Enfermería.

3.2. Bases Teóricas

3.2.1. Sífilis

El agente causal de la sífilis es el *treponema pallidum* (*treponema* deriva del griego que significa “hilo que da vueltas”). Es una bacteria del orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae, mide de 5 a 15 micras de longitud y 0.02 micras de ancho; es larga, delgada de forma helicoidal, con filamentos intracitoplasmáticos; tiene un movimiento de rotación flotante u ondulante sobre su eje, aerobia o anaeróbica facultativa, de poca resistencia al medio ambiente, la desecación y los cambios de temperatura. El hombre es el único reservorio natural de dicha bacteria.²³

También es definida como una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual, causada por la espiroqueta llamada *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas.²⁴

Los factores de riesgo que se evidencian son: las prácticas sexuales de alto riesgo, el inicio precoz de las relaciones sexuales precoz, la actividad comercial sexual y el VIH-SIDA, consumo de drogas y alcohol. El tratamiento para la sífilis durante la gestación se realiza con el propósito de eliminar la infección materna y evitar la sífilis congénita. La penicilina es el tratamiento adecuado, en ciertos análisis, se ha probado que la Penicilina G Benzatínica sana la infección gestacional a tiempo y evita la sífilis neonatal en 98% de los casos. El tratamiento consiste en 2.4 millones de UI de Penicilina Benzatínica intramuscular semanal por 3 semanas.²⁵

Fisiopatología: La bacteria entra rápidamente a las mucosas de la piel e invade el tejido linfático. El tiempo de incubación en el hombre es de 21 días para introducir un promedio de 500 a 1000 microorganismos. Para que se encuentre lesión clínica tiene que ser una concentración de 107 microorganismos por gramo de tejido. El estadio primario es el inicio de la

lesión: chancro, que se evidencia en la zona afectada y que luego de 2 a 6 semanas desaparece.

La sífilis secundaria aparece 3 a 6 meses que desaparece el chancro, y se presenta por síntomas generales, mucocutáneas y parenquimatosas que se asocian con la mayor tasa de treponema Pallidum en el cuerpo y con la respuesta inmune contra el Treponema Pallidum. Estas lesiones desaparecen en 2 a 6 semanas para entrar a la fase latente que sólo se diagnostica por pruebas serológicas.

.
El 25% de las personas que presentaron sífilis tienen una recaída entre los 2 a 4 años de la enfermedad, en donde el 75 a 90% se da en el primer año. Por lo tanto, da inicio a la división para la fase latente. Esta división se da en los primeros 2 años, porque la recaída es posible y es poco probable una manifestación secundaria. Sífilis tardía (latente después de 2 años) se refiere a la condición clínica que se presenta en un tercio de los pacientes no tratados. Estas lesiones comprometen los vasos de la aorta y Sistema Nervioso Central; el resto pueden comprometer cualquier parte del cuerpo, pero principalmente la piel, hígado, huesos y bazo.²⁵

Epidemiología: La sífilis se contrae por contacto sexual, vía transplacentaria, transfusión sanguínea y transmisión directa. Una persona puede contagiar más rápido al inicio de la enfermedad (especialmente cuando existe el chancro, placas mucosas y condilomas). Luego disminuye gradualmente hasta desaparecer la infección a los 4 años de adquirida la enfermedad.

La adquisición de la bacteria por transfusión sanguínea es rara ya que se solicita una prueba serológica en los donantes y porque la bacteria sobrevive 24 a 48 en la sangre donada. La tasa de casos reportados en el Perú no ha sido alterada en las últimas tres décadas, con mayor compromiso de las personas sexualmente activa, lo que ocasiona un

riesgo constante en las mujeres en edad fértil y, por consiguiente, a los fetos.²⁶

El *Treponema pallidum* se describe como un organismo que tiene forma espiral, fina y delgada, que se caracteriza por tener una pared celular flexible y rodeando la pared se encuentran unas pequeñas microfibrillas, que tienen una estructura.

Las espiroquetas delgadas y en forma de espiral (0,1 a 0,2 x 6 a 20 μ m) Se observan con un microscopio de campo oscuro, no pueden crecer in vitro, excepto en cultivos celulares seleccionados. Cubriendo a la pared celular y a los endoflagelos encontrados en la bicapa externa, que tiene una estructura similar a la de las capas de las bacterias Gram negativas; no se tiñe con colorantes de Gram.

Es una bacteria de difícil visibilidad; que no se observa al microscopio de luz normal ya que es sumamente fina y que tiene el mismo índice de refracción de la luz al medio que la contiene. Esta bacteria puede sintetizar la glucosa en presencia de oxígeno. La visualización de ésta bacteria se logra con microscopía de campo oscuro, anticuerpos fluorescentes, microscopio electrónico y por tinciones especiales.

El *Treponema pallidum* es frágil a los estados ambientales, por lo que es una bacteria que muere rápidamente en estas condiciones. A continuación, se relacionan otros factores que la afectan:

- a) No resiste a la desecación.
- b) Muere ante los desinfectantes utilizados en nuestro medio.
- c) Sensible a la penicilina, aunque recientemente se reporta la presencia de algunas cepas de *Treponema pallidum* resistentes a la penicilina, aunque antes la penicilina era muy efectiva.
- d) Débil a concentraciones bajas de antibióticos como son la tetraciclina y eritromicina.

3.2.1.1. Estructura antigénica

El *Treponema pallidum* cuenta con escasos antígenos en su membrana externa, siendo capaz de incitar la creación de anticuerpos antitreponémicos, no se sabe que tan protectores son para la inmunidad, ni usarse para el diagnóstico. Así mismo generan anticuerpos anticardiolipina que son conducidos a una sustancia llamada cardiolipina (difosfatidilglicerol); estos son utilizados frecuentemente en el diagnóstico de la enfermedad.

3.2.1.2. Patogenia e inmunidad

La incapacidad de la bacteria para desarrollarse *in vitro* ha reducido el hallazgo de los factores de virulencia de este microorganismo. No obstante, los investigadores han alcanzado clonar genes del *Treponema pallidum* en *Escherichia coli*, aislando sus productos proteicos.

La destrucción tisular y las lesiones que se observan en la sífilis se deben fundamentalmente a la respuesta inmunitaria de cada paciente a la infección.²⁶

3.2.1.3. Principales Formas de transmisión

Mantener relaciones sexuales con una persona infectada. Tanto por vía oral, anal o vaginal. Quiere decir que puede contraer sífilis cuando su boca, genitales u otra parte de su cuerpo tocan la zona infectada o chancro sifilítico de una persona que tiene la enfermedad. Si está embarazada, puede transmitirle sífilis a su bebé, aunque usted no sepa que está infectada.

Formas para disminuir el contagio de la sífilis:

- La forma más segura de prevenir es la abstinencia y tener una sola pareja.
- Uso de preservativos masculinos y femeninos.
- Evitar el consumo de alcohol y drogas.

- Acudir al centro de salud para su chequeo u orientación.²⁷

Fuente de transmisión

La sífilis se transmite por el contacto sexual, cuando las parejas no usan el preservativo, también las personas promiscuas lo contraen rápidamente, a su vez se incluye como una infección de transmisión sexual, donde El hombre es el principal vector de dicha enfermedad que es un problema de salud pública.²⁸

3.2.1.4. Complicaciones

El 90% de las mujeres que presentan esta enfermedad no saben que la padecen ya que, en la mayoría de casos, el chancro se presenta en el cuello uterino. Cuando la bacteria se introduce al cuerpo, se extiende y poco a poco ataca todos los órganos y tejidos.²⁹

Tempranas

- Anemia, ictericia, leucocitosis (reacción leucemoide), trombocitopenia, hidrops fetal.
- Rinitis sanguinolenta, condilomas, petequias.
- Lesiones óseas.
- Manifestaciones renales: síndrome nefrótico.
- Manifestaciones de SNC: meningitis aséptica.
- Manifestaciones oculares: corioretinitis, retinitis en sal y pimienta.
- Retardo de crecimiento intrauterino.
- Otros hallazgos: pancreatitis, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, neumonía alba, neumonitis, miocarditis, fiebre.

Tardías

Las alteraciones tardías se evidencian después de la edad preescolar.²⁹

- Nariz en silla de montar.
- Dientes de Hutchinson.
- Queratitis intersticial hasta atrofia óptica.

- Sordera.
- Lesión de SNC: retardo mental, hidrocefalia, convulsiones.
- Ceguera.
- Lesiones osteoarticular aparecen en forma temprana y en forma tardía y está dada a nivel óseo por la osteocondritis, la periostitis y la osteomielitis diafisiaria.²⁹

3.2.1.5. Puerta de entrada o salida

La vía de transmisión es por las relaciones sexuales, los fluidos mediante los genitales o la boca; o donde hayan sido introducido los fluidos, llegando a ser la puerta de entrada, mientras que la puerta de salida son los genitales.³⁰

3.2.1.6. Fuente de infección

Sudor de la zona infectada de la piel y mucosas de las personas. También la saliva, el semen, la sangre y las secreciones vaginales.³¹

3.2.1.7. Periodo de incubación

Es de tres semanas a 90 días, dependiendo de los factores que guardan relación con el hospedador y el tamaño de la zona infectada.³²

3.2.1.8. Manifestaciones clínicas

Sífilis primaria: Se diagnostica por el chancro característico, que aparece en el lugar de la zona infectada, siendo indoloro, irritado. Puede presentarse una linfadenopatía no purulenta.

Sífilis secundaria: Se diagnostica cuando la enfermedad se expande y afecta a órganos y sistemas. Puede observarse una erupción, lesión anormal de las palmas y plantas. Síntomas generales como: fiebre, malestar general, anorexia, cefaleas.

Sífilis terciaria o tardía: Aparece dentro de los 10 a 30 años después de haberse tenido la enfermedad. Las lesiones generalmente afectan piel y mucosas ya sea interno o externo, presenta problemas del corazón y a nivel de sistema nervioso central.¹⁶

Sífilis latente: Aparece cuando no es tratada la sífilis primaria o secundaria a tiempo. Se caracteriza por pruebas serológicas reactivas.

Sífilis congénita: Es una infección grave, incapacitante y mortal. Se transmite de la madre al niño durante el desarrollo fetal o al nacer, a través de la placenta. Casi la mitad de los fetos infectados con sífilis que están en el útero mueren poco antes o después del nacimiento.

Diagnóstico:

El *treponema pallidum* no ha logrado cultivarse de muestras clínicas. Las lesiones en su etapa inicial se han diagnosticado mediante el examen en campo oscuro y las pruebas de anticuerpos fluorescente de lo segregado por la lesión. En pacientes que no se manifestaron los síntomas o en aquellos con detección sistémica, se ha realizados pruebas serológicas. En pacientes asintomáticas o con detección sistemática, se utilizan los análisis serológicos. Al iniciar el control prenatal se realiza la prueba de laminilla de venereal disease research laboratory (VDRL). O la prueba de reagina plasmática rápida (RPR).

Efectos:

Antes de las 18 semanas la infección suele ser poco frecuente, no obstante, al presentarse la sífilis fetal, se da con una afección continua.

Placenta: se muestra grande y edematosa, así mismo se evidencia hidropesía placentaria, proliferación fibrosa perivelloosa, normoblastemia, funisitis necrotizante, corioamnionitis aguda, deciduitis.

Feto: el daño ocasionado se da según el estadio de desarrollo y el tiempo de la infección sin tratamiento, causando aborto, muerte fetal intrauterina, restricción del crecimiento intrauterino, hidropesía fetal, parto prematuro y muerte neonatal, si se asocia a la placenta puede generar disfunción hepática, infección del líquido amniótico, anomalías hematológicas y ascitis.³³

Etapas de la sífilis congénita:

- **Sífilis congénita precoz:** se presenta hasta los dos primeros años de vida, pudiéndose expresar en:
 - a. Abortos
 - b. Mortinatos Recién Nacidos con lesiones ampollares al nacer
 - c. Lesiones cutáneas y mucosas a partir de las 2 a 10 semanas y hasta los 2 años de vida.

- **Sífilis congénita tardía:** se presenta después de los dos años de vida, al no ser tratada se desarrolla a una etapa de latencia. Sus manifestaciones suelen ser similares a la de la enfermedad adquirida, así como el desarrollo de neurosífilis, aunque en la sífilis cardiovascular es rara. En ciertos puede generar secuelas como: Dientes de Hutchinson, molares de mora, perforación del paladar duro, nariz en silla de montar, tibias en "sable", opacidades corneales, atrofia óptica, sordera del octavo par, hidrartrosis (articulación de Clutton).³⁴

3.2.2. La sífilis gestacional

La sífilis gestacional, se refiere aquel diagnóstico que se da en mujeres embarazadas, puérperas o con aborto reciente y presencia de úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y pruebas treponémicas o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la 20a semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) durante la presente gestación. Mientras que la sífilis congénita se origina de la transmisión de la infección por vía

perinatal al producto, que puede darse en el útero por vía transplacentaria o durante el paso a través del canal del parto, y que le es transmitida verticalmente por su madre infectada y quien no ha sido tratada adecuadamente.³⁵

El desarrollo de la sífilis no se ve perturbado por el embarazo, sin embargo, los errores diagnósticos son habituales. El chancro repetidamente pasa desapercibido o es interno. Muchas veces se suele pensar que los chancros, placas en las mucosas y condiloma plano son herpes genital. El efecto de la sífilis sobre el resultado del embarazo puede ser profundo. El riesgo de infección fetal depende del grado de espiroquetemia materna y de la edad gestacional del feto. Las treponemas pueden traspasar la placenta en todas las etapas del embarazo; pero la afección fetal es casi insólita antes de las 18 semanas debido a la inmunocompetencia fetal. Después de las 18 semanas, el feto es idóneo de producir una respuesta inmunitaria causando así un daño tisular. Se puede producir infección placentaria, con endarteritis, hiperplasia del estroma y vellosidades inmaduras. Mientras que en una paciente no tratada es más común el aborto espontáneo, sin embargo, la infección neonatal es más probable en la sífilis primaria, o secundaria que en la sífilis latente. Los recién nacidos con sífilis congénita pueden no presentar síntomas o manifiestan los signos clásicos del síndrome, sin embargo, la mayoría de los recién nacidos no se evidencia indicios de la enfermedad durante los 10 a 14 días posteriores al parto. Los indicios tempranos de la enfermedad comprenden exantema maculopapular, moqueo, zonas irregulares de la mucosa en la bucofaringe, hepatoesplenomegalia, ictericia, linfadenopatía y coriorretinitis. Los signos que aparecen posteriormente comprenden dientes de Hutchinson, molares de forma de mora, nariz en silla de montar y espinillas en forma de sable.³⁶

3.2.2.1. Tratamiento de Sífilis en el embarazo

Durante el embarazo se suele administrar Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI vía intramuscular, por dosis semanal durante 3 semanas, considerándose el tratamiento adecuado para prevenir Sífilis Congénita; la dosis final debe haber sido administrada a la gestante hasta 4 semanas previas al parto, así como a la pareja sexual, así mismo se debe suministrar el mismo tratamiento a las parejas de las puérperas, y mujeres con diagnóstico de aborto.

Al evidenciar mediante las historias clínicas que la gestante tiene alergia a la penicilina, se debe acudir a la desensibilización, en un establecimiento de salud que tenga el área de cuidados intensivos, al no contarse con esta área se debe utilizar eritromicina 500mg, por vía oral cada 6 horas. El tratamiento se debe iniciar en la primera consulta posterior al diagnóstico.

En la mayoría de las mujeres con sífilis primaria y casi la mitad de aquellas con infección secundaria, el tratamiento con penicilina es seguido por la reacción de Jarisch-Herxheimer, la cual consiste en una reacción que causa contracciones uterinas y en algunos casos genera desaceleraciones tardías de la frecuencia cardíaca fetal.³⁷

Lactantes con diagnóstico de Sífilis comprobado o muy probable

- Examen físico anormal compatible con Sífilis Congénita.
- Título serológico cuantitativo no treponémico que es 4 veces mayor que el de la madre.
- Test de anticuerpos IgM o examen de campo oscuro de fluidos corporales positivo.³⁶

Evaluación recomendada

- Análisis de líquido cefalorraquídeo para citobioquímico y VDRL.
- Hemograma y recuento de plaquetas.

- Radiografía de huesos largos.
- Radiografía de tórax si hay sintomatología respiratoria.

Tratamiento recomendado

- Tiene una duración de 10 días.
- Penicilina G Sódica 50,000 UI/kg/dosis vía endovenosa cada 12 horas para recién nacidos menores de 7 días de vida, se modificará la dosis diaria a Penicilina G Sódica 50,000 UI/kg/dosis vía endovenosa cada 8 horas para recién nacidos mayores de 7 días de vida hasta a llegar a culminar el tratamiento.

Tratamiento alternativo:

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

Seguimiento:

- Evaluaciones mensuales durante el primer año de vida.
- Realizar pruebas de VDRL / RPR para Sífilis a los 3, 6 y 12 meses de edad, o hasta lograr la negativización.
- Ante la elevación de los títulos serológicos re investigar el caso.
- Se recomienda evaluación oftalmológica, neurológica y auditiva semestral.³⁶

3.2.2.2. Pruebas de laboratorio sífilis materna

3.2.2.2.1. Diagnóstico directo: encarga de hallar la detección del mismo microorganismo *Treponema Pallidum*, que causa la sífilis en las lesiones que aparecen durante los estadios de la infección: el chancro en el caso de la sífilis primaria, lesiones cutáneas o en mucosas en la sífilis secundaria y en algunas lesiones de la sífilis congénita.

a) Microscopía de campo oscuro: se utiliza dicho método en los estadios iniciales, al visualizar el chancro sifilítico.

b) PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa): encargada de detectar el material genético del *Treponema Pallidum*, que se obtiene mediante la ulcera sifilítica, en sangre o en líquido cefalorraquídeo.³⁸

3.2.2.2. Pruebas treponémicas: Son pruebas concretas, entre ellas tenemos:

FTA-ABS (Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes): Procedimiento de observación directa, que se utiliza para confirmar cuando una prueba no treponémica es positiva. La reacción se reporta en cruces de 1+ a 4+.³⁹

MHA-TP: Es la prueba semicuantitativa al usar diluciones seriadas, se puede emplear suero y líquido céfalo raquídeo, sin embargo, tiene como desventaja la menor sensibilidad en sífilis temprana, sífilis latente y sífilis tratada.

3.2.2.3. Pruebas no treponémicas: Incluyen las pruebas no treponémicas RPR y VDRL.⁴⁰ Una prueba no treponémica reactiva puede deducir una infección presente, tratada o no tratada, o brindar un falso positivo, los cuales ocurren en 1 al 3% de la población, como en el caso de pacientes con colagenopatías.

- **VDRL:** reconoce los anticuerpos contra el *Treponema Pallidum*. El sistema inmune fabrica un anticuerpo específico cuando protege al organismo contra la sífilis. La detección de este anticuerpo decreta si una persona tiene o no sífilis.

- **RPR:** busca anticuerpos expuestos en las muestras sanguíneas de personas con sospecha de infección. Según Tramont y Syphilis (2015). la prueba también sirve para ver la evolución del tratamiento, y después de este.

- **El TRUST (Toulidine red unheated serum test):** al inicio es semejante al del VDRL, no se requiere la inactividad del suero, siendo el

rojo de toluidina el gestor de dar color a la reacción. La sensibilidad y especificidad son semejantes a la prueba de RPR.

- **La USR (Unheated serum reagin):** esta prueba es económica, tampoco es necesaria la inactivación de suero por calor y, y cuenta con sensibilidad y especificidad.

3.2.3. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es una predisposición de un sujeto a incrementar sus posibilidades de padecer una enfermedad o patología. Entre ellos podemos destacar 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.

- **Edad:** Tiempo transcurrido de un ser vivo, desde su nacimiento hasta la actualidad.
- **Grado de instrucción:** Es el nivel más alcanzado de estudios realizados o en curso.
- **Etnia:** Conjunto de personas pertenecientes a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.
- **Estado civil:** Es la condición de las personas, provenientes del matrimonio o del parentesco.
- **Lugar de residencia:** Espacio donde reside una persona.
- **Inicio de relaciones sexuales:** Es la edad considerada en que una persona inicia su vida sexual.
- **Número de parejas sexuales:** Cantidad de parejas sexuales que una persona ha tenido.
- **Edad gestacional en que se diagnostica la sífilis:** Es la semana de gestación en la que se diagnostica la sífilis en la paciente.
- **Número de controles prenatales:** Cantidad de atenciones realizadas durante su gestación.
- **Paridad:** Total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo partos, nacidos muertos, abortos.¹⁹

3.2.3.1 Inicio de vida sexual

Hoy en día se inicia a más temprana edad las relaciones sexuales, promediando edades ente los 13.5 a 16 años, esto aumenta el riesgo de tener un número mayor de parejas sexuales dejando como secuelas infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados. A nivel mundial, se tiene un gran porcentaje de adolescentes que inician su vida sexual antes de cumplir 20 años de edad, y la gran mayoría no utiliza ningún método anticonceptivo, ni ninguna protección para evitar el contagio de las infecciones de transmisión sexual. En el mundo anualmente se estima que 16 millones de adolescentes dan a luz, el 90% ocurre en los países desarrollados, 38% en América Latina y el Caribe.²⁰

Las consecuencias que tiene iniciar tempranamente las relaciones sexuales, han ocasionado un gran interés por investigar los factores que determinan la edad de la primera relación sexual, particularmente de las ciencias sociales y de la salud.²¹

Entre las conductas de riesgo para la transmisión de la sífilis se encuentran:

- Las prácticas sexuales de alto riesgo: las personas usan ciertas partes de su cuerpo para la satisfacción de sus necesidades sexuales, pero si es promiscua y no usa medidas de protección en las relaciones sexuales, puede portadora de muchas enfermedades.

- El inicio de la vida sexual a una edad precoz: Cuando la persona ya sea homosexual, heterosexual, bisexual inicia su relación a una edad muy precoz sin tener conocimiento que está enfrentándose a un riesgo mayor a contraer muchas infecciones de transmisión sexual, y por ende a un embarazo no deseado.

- Múltiples parejas sexuales: Cuando la persona tiene relaciones sexuales con más de 1 pareja.

- El sostener relaciones sexuales bajo efecto de las sustancias psicoactivas ya que no se encuentra lucido ni en facultad de tomar medidas acertadas sobre prácticas sexuales: Cuando la persona del género femenino o masculino usa sustancias psicoactivas como la cocaína, marihuana, opio, y/o otras sustancias que le va afectar su sistema inmune y a su vez va hacer que pierda el control de sus actos y no se cuide al momento de tener un acto coital con la otra persona del genero opuesto o bisexual, heterosexual, homosexual.²²

Definición de términos básicos

- **Edad:** Es el tiempo determinado que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el presente.
- **Estado civil:** Condición que tiene una persona según el parentesco amoroso que tenga.
- **Edad gestacional en que se diagnostica la sífilis:** es la semana de gestación donde se diagnostica la sífilis gestacional.
- **Grado de instrucción:** es el nivel alcanzado de estudios, estén en curso o ya culminados.
- **Inicio de relaciones sexuales:** Edad en que el individuo inicia por primera vez su actividad sexual.
- **Motivo del despistaje:** Razón por el cual el paciente o profesional de salud indica por diferentes motivos como son: vigilancia de la gestación, contacto reactivo, demanda espontánea o intervención quirúrgica.
- **Número de controles prenatales:** Total de controles prenatales que tiene la gestante durante todo el embarazo.
- **Número de parejas sexuales:** Cantidad de parejas sexuales que una persona ha tenido.
- **Número de controles prenatales:** Total de Controles prenatales que una gestante tiene durante su gestación.

-Ocupación: Actividad o trabajo que realiza un individuo a tiempo completo o parcial.

- Pareja infectada: Persona que presenta la infección con diagnóstico cero reactivos con la prueba de RPR O VDRL positivo.

- Sífilis en gestantes: Diagnóstico de sífilis durante el periodo gestacional mediante cualquier prueba no treponémica (RPR, VDRL) y posteriormente confirmada por la prueba treponémica (FTA - abs, TPHA).

- Uso del preservativo: Individuo que utiliza el preservativo como medio de protección.

3.3. Identificación de las variables

3.3.1. Variable independiente: Factores de Riesgo.

3.3.2. Variable dependiente: Sífilis en gestantes.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y Nivel de Investigación

4.1.1. Tipo de Investigación

Básica, porque los resultados obtenidos van a servir a futuras investigaciones y aportar a los conocimientos científicos. Retrospectiva, ya que los datos se obtendrán de las historias clínicas y registro de seguimiento de ITS de las gestantes que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco en este año.

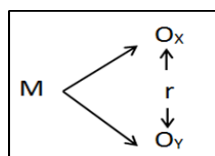
4.1.2. Nivel de Investigación

Descriptivo, porque se describen los sucesos y fenómenos que van a suceder durante todo el trayecto de la investigación.

4.2. Diseño de la investigación

No experimental, porque los datos obtenidos no han sido manipulados, ni alterados.

Descriptivo correlacional



Donde:

O_x: Factores de riesgo

O_y: Sífilis en gestantes

M: Muestra

r: Relación

4.3. Operacionalización de las variables

TIPOS DE VARIABLE	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Variable independiente	Factores de riesgo	Inicio de relaciones sexuales	1. ≤ 13 2. ≥ 14	Cuantitativa
		Número de parejas sexuales	1. ≥ 2 parejas 2. 1 pareja	Cuantitativa
		Uso del preservativo	1. Siempre 2. Nunca	Ordinal
		Antecedentes de ITS	1. Si 2. No	Ordinal
		Grado de instrucción	1. Primaria 2. secundaria 3. Superior	Ordinal
Variable dependiente	Sífilis en gestantes	Edad gestacional en que se diagnostica la sífilis	1. 1 a 28 semanas 2. 28 a 40 semanas	Ordinal

4.4. Hipótesis general y específicos

4.4.1 Hipótesis general

Existirá relación significativa entre los factores de riesgo y la sífilis en gestantes a término atendidas en el Hospital San Juan de Dios- Pisco, 2019.

4.4.2. Hipótesis específica

- a) Existirá relación significativa con el inicio de la vida sexual y las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital San Juan de Dios- Pisco.
- b) Existirá relación significativa con el número de parejas sexuales y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco.
- c) Existirá relación significativa entre el uso de preservativo y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios- Pisco.
- d) Existirá relación significativa con los antecedentes de ITS y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco.
- e) Existirá relación significativa con el grado de instrucción y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco.
- f) Existirá relación significativa con la edad gestacional de la gestante que fue diagnosticada con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco.

4.5. Población – Muestra

4.5.1. Población

Está conformada por todas las gestantes que se realizaron su descarte de sífilis atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el mes de febrero- junio 2019, que fueron 70.

4.5.2. Muestra

Se obtuvo el 100% de la población para lograr resultados verídicos, ya que estos favorecieron al estudio.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Historias clínicas completas de gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco.
2. Historias clínicas de gestantes con resultado de RPR > 8 dil.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Historias clínicas incompletas de gestantes que no cuentan con resultados de sífilis.
2. Historias clínicas de gestantes atendidas con resultado de RPR < 8 dil.
3. Historias clínicas de gestantes con problemas medico legales.
4. Historias clínicas de gestantes con embarazo ectópico, óbito feta

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de información

4.6.1. Técnicas

Se elaboró un cuestionario de manera documental, donde se recolectó la información a través de la revisión de las historias clínicas y registro de seguimiento de ITS del Hospital San Juan de Dios de Pisco, los cuales contaron con los diferentes criterios de inclusión a investigar.

4.6.2. Instrumentos

Se elaboró la encuesta para la recolección de datos, el cual ha cumplido los criterios de validación por los juicios de expertos, conformado por 6 preguntas.

4.7. Recolección de datos

Se recolecto los datos con el cuestionario, el cual consta de 6 preguntas.

4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos

Los datos que se obtuvieron fueron tabulados en el programa SPSS v23 donde han sido analizados y representados en forma de tablas y gráficos. Donde el investigador en ningún momento ha manipulado los datos obtenidos de las historias clínicas y registro de seguimiento de ITS.

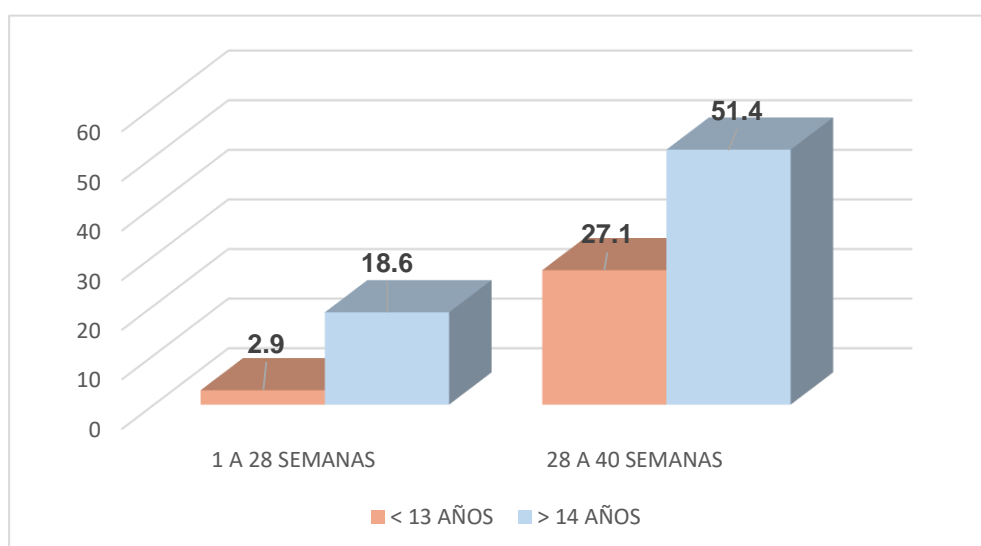
V. RESULTADOS

5.1. Presentación de resultados

CUADRO N° 01

RELACION ENTRE EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES Y LA EDAD GESTACIONAL EN LA QUE SE DIAGNOSTICA LA SIFILIS.

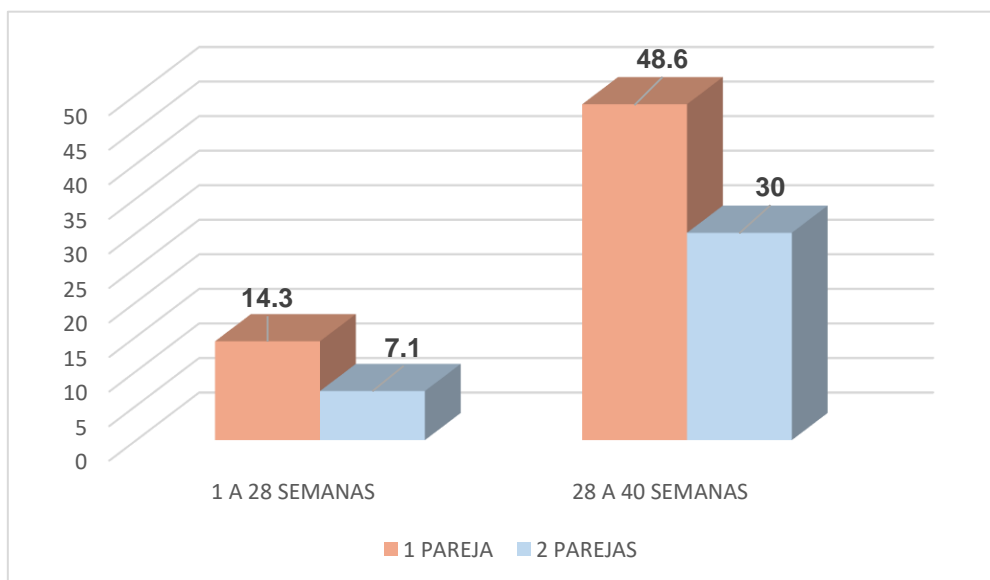
INICIO DE RELACIONES SEXUALES		DIAGNOSTICO DE SIFILIS		TOTAL
		1 A 28 SEMANAS	28 A 40 SEMANAS	
< 13 AÑOS	Recuento	2	19	21
	% del total	2,9%	27,1%	30,0%
> 14 AÑOS	Recuento	13	36	49
	% del total	18,6%	51,4%	70,0%
TOTAL	Recuento	15	55	70
	% del total	21,4%	78,6%	100,0%



CUADRO Nº 02

RELACION ENTRE EL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES Y LA EDAD EN LA QUE SE DIAGNOSTICA LA SIFILIS.

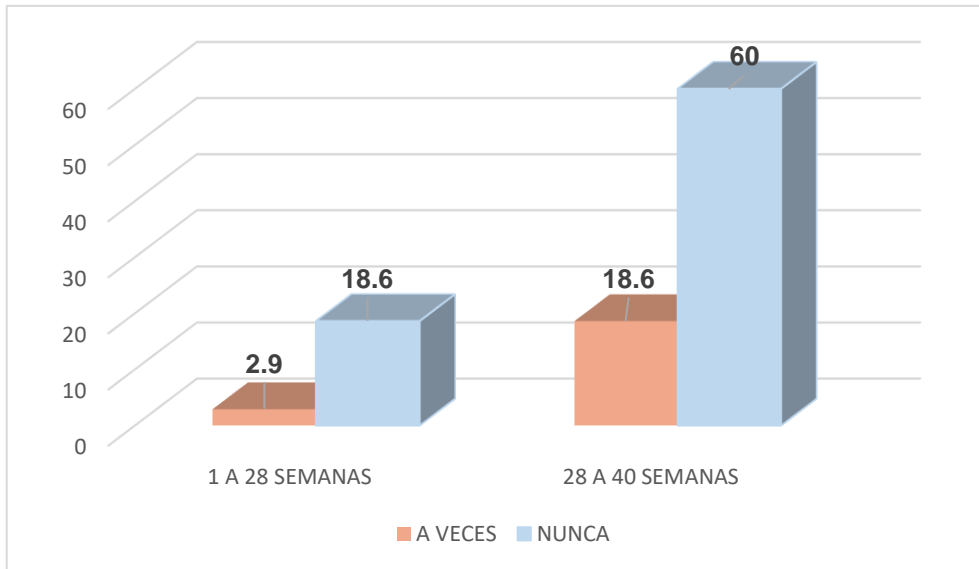
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES		DIAGNOSTICO DE SIFILIS		TOTAL
		1 A 28 SEMANAS	28 A 40 SEMANAS	
1 PAREJA	Recuento	10	34	44
	% del total	14.3%	48.6%	62.9%
2 PAREJAS	Recuento	5	21	26
	% del total	7.1%	30.0%	37.1%
TOTAL	Recuento	15	55	70
	% del total	21.4%	78.6%	100.0%



CUADRO N° 03

RELACION ENTRE EL USO DEL PRESERVATIVO Y LA EDAD EN LA QUE SE DIAGNOSTICA LA SIFILIS.

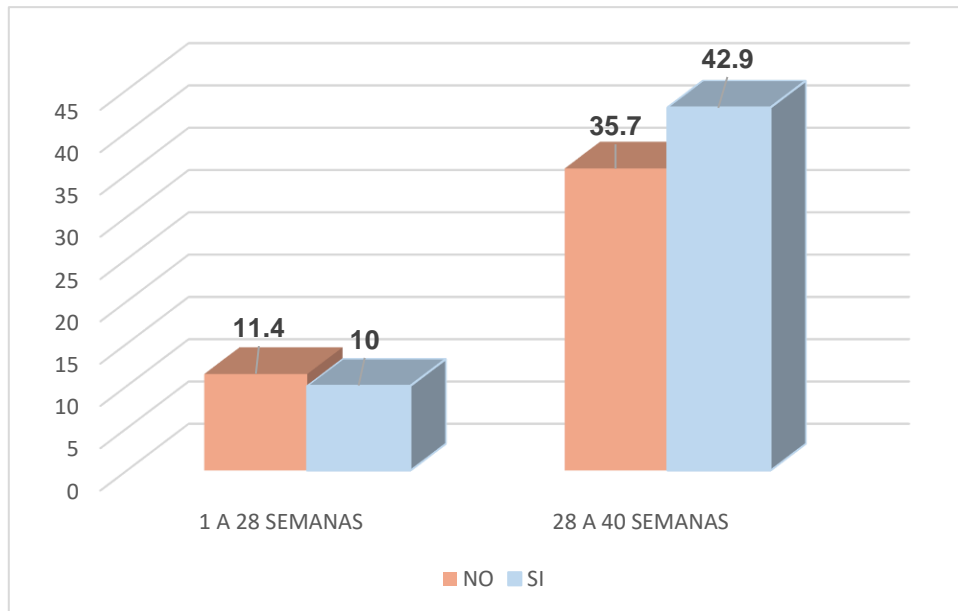
USO DEL PRSERVATIVO		DIAGNOSTICO DE SIFILIS		TOTAL
		1 A 28 SEMANAS	28 A 40 SEMANAS	
A VECES	Recuento	2	13	15
	% del total	2.9%	18.6%	21.4%
NUNCA	Recuento	13	42	55
	% del total	18.6%	60.0%	78.6%
TOTAL	Recuento	15	55	70
	% del total	21.4%	78.6%	100.0%



CUADRO N° 04

**RELACION ENTRE ANTECEDENTES DE ITS Y LA EDAD EN LA QUE SE
DIAGNOSTICA LA SIFILIS.**

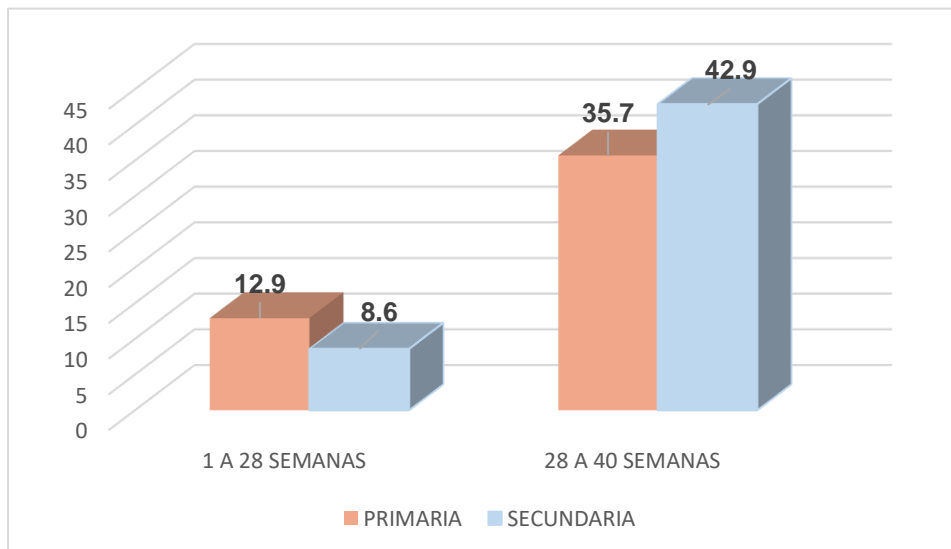
ANTECEDENTES DE ITS		DIAGNOSTICO DE SIFILIS		TOTAL
		1 A 28 SEMANAS	28 A 40 SEMANAS	
NO	Recuento	8	25	33
	% del total	11.4%	35.7%	47.1%
SI	Recuento	7	30	37
	% del total	10.0%	42.9%	52.9%
TOTAL	Recuento	15	55	70
	% del total	21.4%	78.6%	100.0%



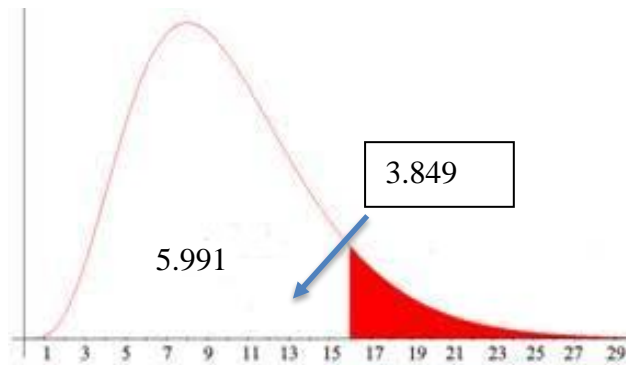
CUADRO N° 05

**RELACION ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCION Y LA EDAD EN LA QUE SE
DIAGNOSTICA LA SIFILIS.**

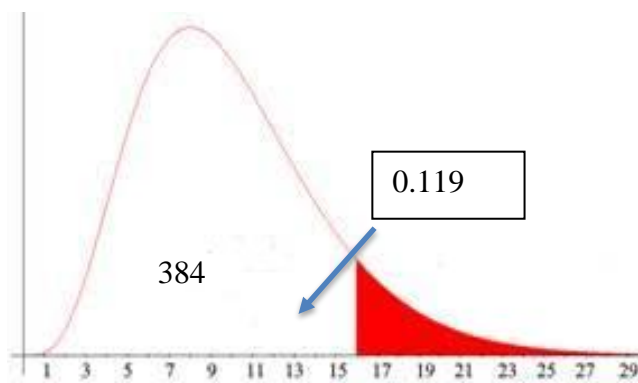
GRADO DE INSTRUCCIÓN		DIAGNOSTICO DE SIFILIS		TOTAL
		1 A 28 SEMANAS	28 A 40 SEMANAS	
PRIMARIA	Recuento	9	25	34
	% del total	12.9%	35.7%	48.6%
SECUNDARIA	Recuento	6	30	36
	% del total	8.6%	42.9%	51.4%
TOTAL	Recuento	15	55	70
	% del total	21.4%	78.6%	100.0%



Comprobación de Hipótesis

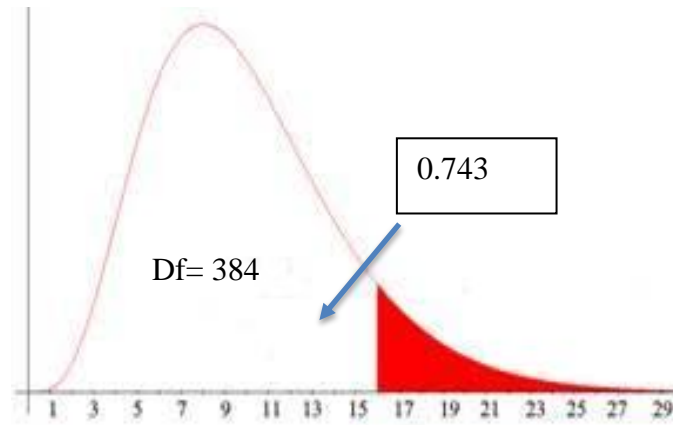


1. Observamos para la hipótesis específica que existió relación significativa con el inicio de la vida sexual y las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital San Juan de Dios- Pisco, obtuvimos 2 grados de libertad y comparándola con la tabla de chi cuadrado² el límite es de 5.991 con un margen de error del 5%, nuestro resultado obtenido en Chi-cuadrado de Pearson 3,849, por lo cual se rechazó la hipótesis y aceptamos la hipótesis alterna.

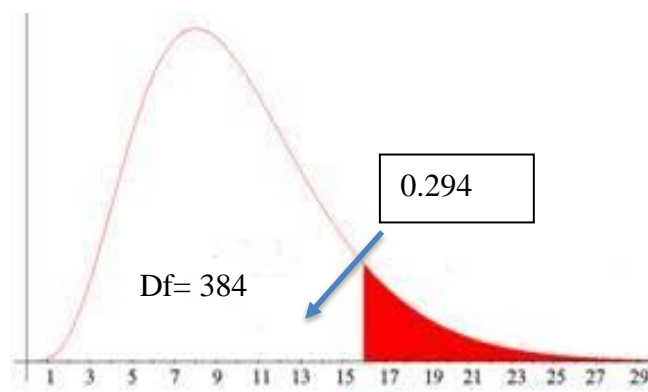


2. Observamos para la hipótesis específica que existió relación significativa con el número de parejas sexuales y las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital San Juan de Dios-Pisco, obtuvimos 1 grado de libertad y comparándola con la tabla de chi cuadrado² el límite es de 3.841 con un margen

de error del 5%, nuestro resultado obtenido en Chi-cuadrado de Pearson 0,119, por lo cual se rechazó la hipótesis y aceptamos la hipótesis alterna.

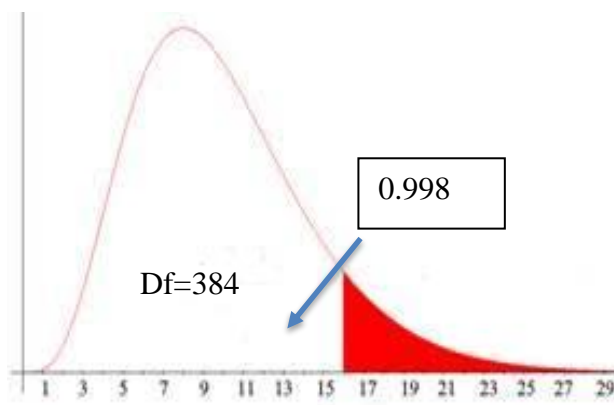


3. Observamos para la hipótesis específica que existió relación significativa entre el uso de preservativo y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios- Pisco, obtuvimos 1 grado de libertad y comparándola con la tabla de chi cuadrado² el límite es de 3.841 con un margen de error del 5%, nuestro resultado obtenido en Chi-cuadrado de Pearson 0,743, por lo cual rechazamos la hipótesis y aceptamos la hipótesis alterna.



4. Observamos para la hipótesis específica existió relación significativa con los antecedentes de ITS y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco, obtuvimos 1 grado de libertad y comparándola con la tabla de

chi cuadrado² el límite es de 3.841 con un margen de error del 5%, nuestro resultado obtenido en Chi-cuadrado de Pearson 0,294, por lo cual rechazamos la hipótesis y aceptamos la hipótesis alterna.



5. Observamos para la hipótesis específica existió relación significativa con el grado de instrucción y las gestantes con sífilis atendidas del Hospital San Juan de Dios-Pisco, obtuvimos 1 grado de libertad y comparándola con la tabla de chi cuadrado² el límite es de 3.841 con un margen de error del 5%, nuestro resultado obtenido en Chi-cuadrado de Pearson 0,998, por lo cual rechazamos la hipótesis y aceptamos la hipótesis alterna.

5.2. Interpretación de los resultados

1. Interpretación

1. Interpretación:

En el cuadro 1, se observa que del 100% de las gestantes, 70% iniciaron sus relaciones sexuales mayor igual de los 14 años de edad y que fueron diagnosticadas con sífilis entre las 28 a 40 semanas con un 51.4%, y el 18.6% entre 1 a 28 semanas; a comparación de las gestantes menores de 13 años que fueron diagnosticadas con sífilis con un 30%, del cual el 27.1% fueron diagnosticadas entre las 28 a 40 semanas, y el 2.9% entre 1 a 28 semanas de gestación. Esto quiere

decir que el inicio de relaciones sexuales y el diagnóstico de la sífilis se producen en mayor frecuencia en gestantes mayores de 14 años y en la semana 28 a 40 de gestación.

2. Interpretación:

En el cuadro 2, se observa que del 100% de las gestantes, el 62.9% tuvieron 1 pareja sexual, siendo un 48.6% diagnosticada entre las 28 a 40 semanas, y el 14.3% se diagnosticaron entre 1 a 28 semanas; a comparación de las gestantes que tuvieron 2 a más parejas sexuales con 37.1%, donde al 30% se le diagnosticó entre las 28 a 40 semanas y el 7.1% entre 1 a 28 semanas de gestación. Esto quiere decir que el número de parejas sexuales de una gestante y el diagnóstico de la sífilis se producen en mayor frecuencia con una pareja sexual y en la semana 28 a 40 de gestación.

3. Interpretación:

En el cuadro 3, se observa que del 100% de las gestantes, 78.6%% nunca utilizaron el preservativo, donde el 60% fueron diagnosticadas con sífilis entre las 28 a 40 semanas, y el 18.6% fueron diagnosticadas entre 1 a 28 semanas, a comparación de las gestantes que a veces usaron el preservativo con un 21.4%, siendo 18.6% las gestantes diagnosticadas entre 28 a 40 semanas, y 2.9% entre 1 a 28 semanas de gestación. Esto quiere decir que las gestantes no utilizaban el preservativo como método de protección y el diagnóstico de la sífilis se produce en mayor frecuencia en la semana 28 a 40 de gestación.

4. Interpretación

En el cuadro 4, se observa que del 100% de las gestantes, el 52.9% si tuvieron antecedentes de ITS, 42,9% se diagnosticó entre las 28 a 40 semanas y el 10% entre 1 a 28 semanas, a comparación de las gestantes que no tuvieron antecedentes de ITS con un 47.1%, donde el 35.7% se diagnosticó entre 28 a 40 semanas, y el 11.4% entre 1 a 28 semanas de gestación. Esto quiere decir que las gestantes que tuvieron antecedentes de ITS y la semana gestacional que fue

diagnosticada la sífilis se produce en mayor frecuencia en la semana 28 a 40 de gestación.

5. Interpretación

En el cuadro 5, se observa que del 100% de las gestantes, el 51.4% tuvieron un nivel de educación secundaria, donde el 42.9% se le diagnosticó la sífilis entre las 28 a 40 semanas de gestación y el 8.6% entre 1 a 28 semanas de gestación, a comparación del 48.6% que tuvieron un nivel de instrucción primaria, siendo 35.7% diagnosticadas a las 28 a 40 semanas de gestación, y el 12.9% fueron diagnosticadas entre la semana 1 a 28 de gestación. Esto quiere decir que la sífilis se diagnostica con mayor frecuencia a las 28 a 40 semanas y en nivel secundaria.

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. Análisis de los resultados

1. En el cuadro 1, se puede analizar que las gestantes que iniciaron sus relaciones sexuales fueron mayores de 14 años y que fueron diagnosticadas con sífilis en mayor frecuencia en la semana gestacional de 28 a 40 con un 51.4% a comparación de aquellas que iniciaron antes de los 13 años. Esto quiere decir que es muy importante el inicio de la edad de las relaciones sexuales a mayor edad se reduce el riesgo reproductivo, obstétrico.
2. En el cuadro 2, se puede analizar que las gestantes que tuvieron 1 pareja sexual y que fueron diagnosticadas con sífilis con mayor frecuencia en la semana gestacional 28 a 40 semanas un 48.6% a comparación de aquellas que tuvieron más de dos parejas sexuales. Esto quiere decir que a más parejas sexuales que una gestante tenga mayor es el riesgo de ser diagnosticada con sífilis y por ende producir en el feto una sífilis congénita que afectara el desarrollo del bebe.
3. En el cuadro 3, se puede analizar que las gestantes no utilizaron nunca el preservativo y que fueron diagnosticadas con sífilis con mayor frecuencia en la semana gestacional 28 a 40 semanas con un 60.0%. Esto quiere decir que las gestantes no utilizan el preservativo como método de protección y no esta concientizada que utilizar el método la va a proteger de muchas infecciones en especial del VIH/SIDA.
4. En el cuadro 4, se observa que las gestantes que tuvieron antecedentes de ITS y que fueron diagnosticadas de sífilis con mayor frecuencia en la semana gestacional 28 a 40 semanas con un 42.9%. Esto quiere decir que las gestantes que tuvieron antecedentes de ITS fueron porque no usaron preservativo y porque tienen más de 1 pareja sexual.

5. Podemos analizar en el cuadro 5, que las gestantes del nivel secundaria y que fueron diagnosticadas de sífilis con mayor frecuencia en la semana gestacional 28 a 40 semanas con un 42.9%. a comparación del nivel primaria. Esto quiere decir que las gestantes en mayor porcentaje son de nivel secundario donde debemos concientizarlas sobre métodos de protección.

6.2. Comparación resultados con antecedentes

1. En el cuadro 1 se observa ,que las gestantes que iniciaron sus relaciones sexuales fueron mayores de 14 años donde tuvieron una sola pareja sexual con un 51.4% a comparación en la comunidad de Tanguarín donde las mujeres que iniciaron su vida sexual a los 16 años, han tenido como máximo 3 compañeros sexuales, la mayoría (70%) no utiliza preservativos, y no tienen un control ginecológico regular, los métodos de planificación familiar utilizados por la mayoría son anticonceptivos orales, 3 de cada 10 mujeres indica que no utiliza ningún método de planificación familiar. Entre los problemas de ITS en este grupo poblacional se encontró vaginitis en un 60% y en el 32% enfermedad inflamatoria uterina.¹¹
2. En el cuadro 2, se puede analizar que las gestantes que tuvieron 1 pareja sexual y que fueron diagnosticadas con sífilis con mayor frecuencia en la semana gestacional 28 a 40 semanas un 48.6% a comparación al Municipio Niquero de Granma donde los resultados encontrados se abstuvieron adolescentes con conocimiento intermedio sobre las infecciones de transmisión sexual y las conductas de riesgo que más hacen referencia son las relaciones sexuales sin protección y varias parejas a la vez. Las vías por las cuales los adolescentes adquieren mayor información sobre las ITS son la escuela y los medios de difusión masiva.¹⁷

3. En el cuadro 3, se puede analizar que las gestantes no utilizaron nunca el preservativo y que fueron diagnosticadas con sífilis con mayor frecuencia en la semana gestacional 28 a 40 semanas con un 60.0%. a comparación al Hospital Nacional Sergio E. Bernales Donde os factores estudiados con asociación son: edad ≤ 19 años ($\chi^2: 8,851$ $p < 0.05$ OR=3,750), múltiples parejas sexuales ($\chi^2: 13,866$ $p < 0.05$ OR=1,635), práctica sexual sin protección ($\chi^2: 22,626$ $p < 0.05$ OR=18,600), con antecedente de aborto ($\chi^2: 4,247$ $p < 0.05$ OR=2,375) y parto vaginal ($\chi^2: 14,588$ $p < 0.05$ OR=5,647). Conclusiones: Los factores personales maternos asociados: edad (≤ 19 años), múltiples parejas sexuales (2 a más) y práctica sexual sin protección. Los factores obstétricos maternos asociados: con abortos y parto vaginal; están asociados significativamente a la sífilis congénita en recién nacidos.¹⁴

4. En el cuadro 4, se observa que las gestantes que tuvieron antecedentes de ITS y que fueron diagnosticadas de sífilis con mayor frecuencia en la semana gestacional 28 a 40 semanas con un 42.9% a comparación de la Provincia de Gamma Cuba, el análisis de regresión logística mostró que los antecedentes de ITS antes del embarazo y la inestabilidad de la pareja sexual en los últimos 12 meses, superaron el valor del OR en dos, significando que existe el doble del riesgo para enfermar con sífilis en las embarazadas en ambos grupos. La residencia en zona urbana, estar desvinculada laboralmente, no protegerse en las relaciones sexuales, inestabilidad de la pareja sexuales en los últimos 12 meses y presentar antecedentes de ITS antes del embarazo, constituyen factores de riesgo prevenibles, por lo que se pudiera reducir la aparición de la sífilis en las embarazadas y por tanto la eliminación de transmisión de la sífilis congénita.¹⁰

5. Podemos analizar en el cuadro 5, que las gestantes del nivel secundaria y que fueron diagnosticadas de sífilis con mayor frecuencia en la semana gestacional 28 a 40 semanas con un 42.9%. a comparación Hospital Universitario Maternidad nuestra señora de la Altigracia. Donde el 14 por ciento se le

diagnosticó sífilis en el primer trimestre del embarazo, el 30 por ciento el segundo trimestre y 56 por ciento en el tercer trimestre siendo este el más prevalente. De acuerdo con el tratamiento recibido el 100 por ciento de nuestras pacientes fueron tratadas, 23 por ciento completaron el tratamiento y 77 por ciento no lo completaron; de las que fueron tratadas completamente el 11.5 por ciento le transmitió sífilis congénita a sus hijos, el 47.4 por ciento de las que recibieron el tratamiento incompleto transmitieron sífilis congénita.¹²

CONCLUSIONES

1. Se concluye que el 51.4% son las gestantes que iniciaron sus relaciones sexuales a mayor edad y que tuvieron una sola pareja sexual, podemos concluir que a mayor edad es menor el riesgo sexual, reproductivo y obstétrico.
2. Se concluye que el 48.6% son las gestantes que tuvieron 1 pareja sexual y que fueron diagnosticadas con sífilis a las 28 a 40 semanas, podemos decir a más parejas sexuales es mayor el riesgo de contraer la sífilis.
3. Se Concluye que el 60.0% de las gestantes que nunca utilizaron el preservativo fueron las que presentaron un mayor porcentaje de infección de transmisión sexual por eso es muy importante utilizar el preservativo como método de protección para evitar adquirir cualquier infección.
4. Se concluye que el 42.9% de las gestantes que tuvieron antecedentes de ITS fueron porque no usaron preservativo y porque tienen más de 1 pareja sexual.
5. Se concluye que el 42.9% de las gestantes del nivel secundaria y que fueron diagnosticadas de sífilis en la semana gestacional 28 a 40 semanas. donde debemos concientizarlas sobre métodos de protección.

RECOMENDACIONES

1. Trabajar con el equipo multidisciplinario enfatizando los temas de infecciones de transmisión sexual con la finalidad de reducir los indicadores y así evitar complicaciones en la madre gestante y recién nacido.
2. Elaborar capacitaciones/charlas a las gestantes donde se les informe sobre los factores de riesgo de la sífilis, y a lo que conlleve la enfermedad, para así disminuir la sífilis en gestantes, y las complicaciones al binomio.
3. Realizar las visitas domiciliarias e informar sobre los signos y síntomas de la sífilis.
4. Coadyuvar que todo el profesional de salud participe en las diferentes campañas de salud realizando los tamizajes de sífilis/ VIH/SIDA.
5. Realizar la prueba de VDRL a toda gestante que acude a su primer control prenatal y repetir la prueba 3 meses después.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud, "Recomendaciones técnicas para la elaboración de protocolos para estudios de prevalencia de sífilis y VIH en parturientas y/o puérperas", Montevideo- Uruguay, 2011.
2. Marín, R. J, El Doctor Juan Marín Rojas Primer Profesor de Historia de la Medicina de la Universidad de Chile y su "Ensayo Sobre el Origen de la Sífilis". Rev chil. Infectol. [Internet]. 2014 Mare [citado 9 Mar 2016];31(3):341-5. Disponible en Url: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n3/art15.pdf>.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. VIH y Sífilis, sero prevalencia en puérperas de Argentina diciembre 2012.
4. Bowen, V. Incremento en la incidencia de sífilis congénita en Estados Unidos 2012 – 1014.
5. Araujo, C., Shimizu, H., Sousa, A., Hamann, E. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relacao com a Estratégia Saúde de Família. Rev Saúde Pública. 2012; 46 (3): 479-486.
6. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. [citado 10 Sep. 2014]; Nota descriptiva N° 110. Disponible en: Url: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
7. Organización Mundial de la Salud Boletín internacional. Url: <https://www.who.int/es>
8. Ministerio de Salud/ Boletín epidemiológico del Perú volumen 27-sem epidemiológica 32 Lima 2018. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/52.pdf>
9. Aguilar, Ticavilca R.P, Factores de riesgo de Sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho Lima en el año 2013
10. Castro, R. AC, at Zamora, R. BS, at Lemes, B. JJ, at Maillo, F. AE, at Espinosa. G. AI, Factores sociodemográficos y de comportamiento sexual, asociados a la aparición de sífilis en embarazadas. Granma Cuba Enero 2012 – 2015

11. Tingo, Chicaiza, A.K Análisis de los factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual en la comunidad de Tanguarín. Ecuador 2016. URL: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8035>
12. Monte de Oca, Leon Y.G, at Burgos, Feliz J. Riesgo y consecuencia de la transmisión vertical de sífilis en pacientes adolescentes embarazadas en el Hospital Universitario Maternidad nuestra señora de la Altagracia Republica dominicana 2019.
13. Churacutipa, Arcaya S. Factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa Puerto Maldonado, 2016. Url: URI: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UJNBG/3145>
14. Chumpén, García. K, etal, Factores de riesgo asociados a sífilis congénita en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima, 2016 – 2017. Url: <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/182>
15. Dávila, Lazón J. etal Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Lima 2012 – 2015. Url: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/2569>
16. Mateo Aybar Wendy Y, Factores de riesgo asociados a confesión sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. año 2015-2017. Url: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1881>
17. Albino, Daza. O. Nivel de conocimiento sobre sífilis en gestantes adolescentes del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017. Url: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/1320;jsessionid=079323EE920C7989B78707D928738E76>
18. Meza, León. J, etal. Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA y sus medidas preventivas en estudiantes de ciencias de la salud de Ica 2017. url: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1022156>
19. Revista chilena de pediatría Desarrollo psicosocial del adolescente GAETE, Verónica, 2015; 86(6): 436-44. Url: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>

20. Diccionario electrónico médico; gestante definición. http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestante (último acceso 20 de agosto 2016)
21. Holguín, M. Yuri Paulin , at Mendoza, T. Luis Alfonso, at Esquivel, T. Claudia Marcela, at Sánchez, M. Ricardo at, Daraviña, B. Andres Felipe, at Acuña, P. María , Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev. chil. obstet. ginecol. 2013 julio; (78)3.
22. Quiñones, A. W, eat Nivel de conocimiento sobre sífilis gestacional y congénita en mujeres púerperas atendidas en el Hospital Mario Gaitán Bogota 2016.
23. Voyer L, Ruvinsky R, Cambiano C. Sífilis neonatal. En: Pediatría. 3era Edición. Buenos Aires-Argentina: Ediciones Journal; 2011. p. 422-5.
24. Cuba, S. F, at Banda, F. CL, Sífilis en la gestación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2015; 56(3):202-208
25. García, G. LM at, Almanza, G. RA, at Miranda, M. C, at Gaviria, B. JM, at Julio, G. JM, at Patemina, G. ME, at Suarez, R. LJ, Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud en Sincelejo (Colombia). Revista Cultural del Cuidado Enfermería [revista en Internet] 2011, 1 de junio [acceso 15 de octubre de 2013]; 8. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3785254.pdf>
26. Arévalo, C. OR, Determinación de sífilis por método serológico en gestantes en edad comprendida de 14 a 35 años que acuden al Centro de Salud #3. Guayaquil 2012.
27. Boletín Informativo. Proteja a su pareja. sífilis. la realidad. 2016. Url: http://www.cdc.gov/std/syphilis/thefacts/sp/Syphilis_Spanish_2011_508.pdf
28. Tramont EC. Treponema pallidum (Syphilis). En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). Principles and practice of infectious diseases (4ª ed). Churchill Livingstone, New York, 2012, pp 2117-2133.
29. Laines, A. YE, prevalencia de sífilis congénita atendida en el área de consulta externa en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala- Ecuador en el año 2012.

30. Salud en las Américas Organización Panamericana de la Salud 2013. Enlace: <http://www.paho.org/hia/index.html>
31. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed. London: Churchill Livingstone; 2012:2274-2276.
32. Barra, M. y Et Al. Conocimientos y Actitudes Sexuales de los adolescentes del 5to. Grado de Secundaria de la Institución Educativa Técnica María Inmaculada – Huancayo 2016.
33. Choccare, S. C. Nivel de conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión sexual-VIH/SIDA y sus medidas preventivas en los estudiantes de Enfermería de la UNMSM, 2007. Url: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/521>
34. Álvarez, G. Guía: diagnóstico y manejo de la sífilis en el embarazo y prevención de la sífilis congénita; Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora-México 2012.
35. Díaz, S. TM, at Martínez, M. JF, Comportamiento epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en usuarios de una e.p.s en Córdoba- Colombia durante el periodo 2015-2017
36. Norma técnica de salud para la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y la sífilis congénita, NTS N° 946 - MINSA/DGSP - V. 02 Lima 2013. Url: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4088.pdf>
37. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual – OMS pdf: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43188/1/9243546260_spa.pdf?ua=1 Recuperado (20 de junio 2012)
38. Fard, 16 de junio de 2017 Hoja informativa. Síntomas de la sífilis latente, terciaria y congénita. Estados Unidos Url: <http://etsonline.info/sintomas-de-la-sifilis-2-sifilislattente-congenita-y-terciaria/>
39. Underwood, 2017 Análisis de sangre FTA-ABS. Estados Unidos. Url: <http://es.healthline.com/health/analisis-de-sangre-fta-abs#Overview1>.
40. Morales. 2017 Diagnóstico Serológico de Sífilis Técnicas no treponémicas. Ecuador. Url: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/Sifilis%20Tecnicas%20No%20Treponemicas.pdf>.

ANEXOS

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TIPOS DE VARIABLE	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Variable independiente	Factores de riesgo	Inicio de relaciones sexuales	3. ≤ 13 4. ≥ 14	Cuantitativa
		Número de parejas sexuales	3. ≥ 2 parejas 4. 1 pareja	Cuantitativa
		Uso del preservativo	3. Siempre 4. Nunca	Ordinal
		Antecedentes de ITS	3. Si 4. No	Ordinal
		Grado de instrucción	4. Primaria-secundaria 5. Superior	Ordinal
Variable dependiente	Sífilis en gestantes	Edad gestacional en que se diagnostica la sífilis	1. 1 a 28 semanas 2. 28 a 40 semanas	Ordinal



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA SIFILIS EN GESTANTES A TERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS- PISCO”

N° HCL.....

Fecha:.....

1. EDAD MATERNA

- 1. 14 a 18 años ()
- 2. De 19 a 24 años ()
- 3. De 25 a 35 años ()

2. OCUPACIÓN

- 1. Ama de casa ()
- 2. Otros ()

FACTORES DE RIESGO

1. ¿INICIO DE RELACIONES SEXUALES?

- 1. ≤ 13 años ()
- 2. ≥ 14 años ()

2. ¿NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES?

- 1. ≥ 2 parejas ()
- 2. 1 pareja ()

3. ¿EL USO DEL PRESERVATIVO?

- 1. A veces ()
- 2. Nunca ()

4. ¿ANTECEDENTE DE ITS?

- 1. Si ()
- 2. No ()

5. ¿Grado de instrucción?

- 1. Primaria ()
- 2. Secundaria ()
- 3. Superior ()

6. ¿Edad gestacional en que se diagnostica la sífilis?

- 1. 1 a 28 semanas ()
- 2. 28 a 40 semanas ()



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Anexo: 4 Ficha de validación de instrumentos de medición

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Factores de riesgo asociados a la Sepsis en gestantes a Tumbes atendidos en el HSTO - Pisco, 2019

Nombre del Experto: Chanco Hernández Rocio Magali

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Coherencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintaxis en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos técnicos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES


 Mg. Rocio M. Chanco Hernández
OBSTETRA
 C.O.P. 31185

Nombre:

No. DNI: 46281445

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación : Factores de riesgo asociados a las sífilis infectadas a
pacientes atendidos en el HSDO-Pisco,
 Nombre del Experto: Mg. Doris Espinoza Bellido 2011

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintaxis en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Nombre: Doris Espinoza Bellido

No. DNI: 22257614

Anexo: 4 Ficha de validación de instrumentos de medición

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación : *factores de riesgo asociados a la Sífilis en gestantes a Término atendidos en el HSTO - Pisco, 2019*

Nombre del Experto: *Hg : Venero Gallardo Lopez*

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	<i>Cumple</i>	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	<i>Cumple</i>	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	<i>Cumple</i>	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintaxis en el cuestionario	<i>Cumple</i>	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	<i>Cumple</i>	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	<i>Cumple</i>	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	<i>Cumple</i>	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	<i>Cumple</i>	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	<i>Cumple</i>	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	<i>Cumple</i>	

III. OBSERVACIONES GENERALES



MINISTERIO DE SALUD
Venero Gallardo Lopez
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIONES
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS
INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD
BOGOTÁ, COLOMBIA

Nombre:

No. DNI: *41269283*

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Por la presente yo, _____ Con Dirección en _____, con DNI _____ autorizo y acepto participar en el proyecto titulado “Factores de riesgo asociados a la sífilis en gestantes a término atendidas en el hospital san juan de dios- pisco, febrero-junio 2019”

La investigadora me ha explicado que esta investigación que es fundamental para Determinar los factores de riesgo asociados a la sífilis en gestantes a término atendidas en el Hospital San Juan de Dios- Pisco 2019

Estoy enterada y acepto que los datos y resultados que se obtienen de la ficha de recolección de datos serán analizados, discutidos solo para fines académico; autorizo sean publicados en revistas regionales, nacionales e internacionales si lo amerita.

Con el conocimiento de que nunca seré identificada y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal. Los resultados se analizarán como grupo y mi nombre no aparecerá en la publicación.

Estoy enterada de que este estudio es confidencial y libre de costo.

ATENTAMENTE

Investigadora
DNI

Usuaría
DN

ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH

ALFA DE CRONBACH	ALFA DE CRONBACH BASADA EN ELEMENTOS ESTANDARIZADOS	N DE ELEMENTOS
0,091	0,097	6

P=91%

Confiabilidad del instrumento es válido ya que $p > 0.60$

BASE DE DATOS

ITEMS/ PARTICIPANTE	Inicio de relaciones sexuales	Número de parejas sexuales	El uso del preservativo	Antecedente de ITS	Grado de instrucción	Edad gestacionD x de la sífilis
1	2	1	2	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2
3	2	2	2	2	1	2
4	1	2	1	1	1	2
5	2	2	1	2	1	2
6	2	1	2	1	2	1
7	1	2	2	2	1	2
8	2	1	1	1	1	2
9	2	2	2	2	2	2
10	2	1	1	2	1	2
11	2	1	1	2	1	1
12	2	2	2	1	2	1
13	1	2	1	2	1	2
14	2	1	2	1	1	2
15	1	1	2	2	2	2
16	1	2	2	2	2	1
17	1	1	2	1	2	2
18	1	1	2	1	1	2
19	2	1	2	2	2	2
20	2	1	2	2	2	2
21	2	2	2	2	1	2
22	1	2	1	1	1	2
23	2	2	1	2	1	2
24	2	1	2	1	2	1
25	1	2	2	2	1	2
26	2	1	1	1	1	2
27	2	2	2	2	2	2
28	2	1	1	2	1	2
29	2	1	1	2	1	1
30	2	2	2	1	2	1

31	1	2	1	2	1	2
32	2	2	2	1	1	2
33	2	1	2	1	2	2
34	2	1	2	1	1	2
35	1	1	2	2	2	2
36	2	1	2	1	1	2
37	2	1	2	1	2	2
38	2	1	2	1	2	2
39	2	2	2	1	2	2
40	2	1	2	2	1	2
41	2	1	2	1	1	1
42	2	1	2	1	2	1
43	2	1	2	2	1	1
44	2	1	2	1	2	2
45	1	1	2	1	2	2
46	2	2	2	2	1	1
47	2	1	2	1	2	2
48	2	2	2	1	1	2
49	1	2	2	1	2	2
50	2	2	2	1	2	2
51	2	1	2	2	2	2
52	3	2	2	1	1	2
53	2	2	2	2	1	2
54	3	1	2	2	2	2
55	2	1	2	2	2	2
56	3	1	2	1	2	2
57	3	1	2	2	2	2
58	1	1	2	2	1	1
59	2	2	2	1	1	1
60	3	1	1	2	2	2
61	3	2	2	2	2	2
62	3	1	2	1	1	2
63	3	2	2	2	2	2
64	2	1	1	2	2	2
65	2	1	2	2	1	1
66	2	1	2	1	1	1
67	2	1	1	1	2	2
68	1	1	2	2	2	2
69	2	1	2	2	2	2
70	2	1	2	1	1	2

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA SIFILIS EN GESTANTES A TERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS- PISCO, 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	www.revmultimed.sld.cu Fuente de Internet	2%
3	repositorio.upsb.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.ual.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	2%
6	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	1%

9	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
10	repository.udca.edu.co Fuente de Internet	1%
11	repositorio.utmachala.edu.ec Fuente de Internet	1%
12	es.slideshare.net Fuente de Internet	1%
13	docplayer.es Fuente de Internet	1%
14	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
15	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	1%
16	qdoc.tips Fuente de Internet	1%
17	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	1%
18	Submitted to Universidad Francisco de Paula Santander Trabajo del estudiante	1%

Excluir citas
Excluir bibliografía

Apagado
Activo

Excluir coincidencias < 1%