

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
HUANCAVELICA**

(Creada por Ley N°. 25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**TESIS**

---

**CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON SÍFILIS EN EL  
DISTRITO DE PANGOA – JUNÍN - 2017**

---

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL**

**PRESENTADO POR:**

**OBSTA. TUNCAR QUISPE EDITH MAGALI**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**

**ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO  
OBSTÉTRICO**

**HUANCAVELICA – PERÚ  
2019**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los ..... 04 ..... días del mes de ..... abril ..... a las ..... 08:00 ..... horas del año ..... 2019 ..... se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado:  
..... Tuncar Quispe Edith Magali .....

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : ..... Dr. Leonardo Leyva Yataco .....  
Secretario : ..... Mg. Rossibel Juana Muñoz De la Torre .....  
Vocal : ..... Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman .....

Para calificar la Tesis titulada:

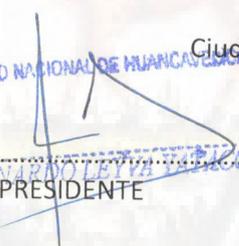
..... "Características de las gestantes con sífilis en el Distrito de Pangoa - Junín - 2017" .....

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° ..... 483-2018 ..... concluyendo a las ..... 09:00 ..... horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de:  
..... APROBADO por ..... UNANIMIDAD .....

Observaciones:

.....  
.....  
.....

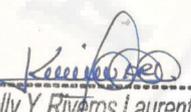
Ciudad Universitaria de Paturpampa, ..... 04 ..... de ..... abril ..... 2019

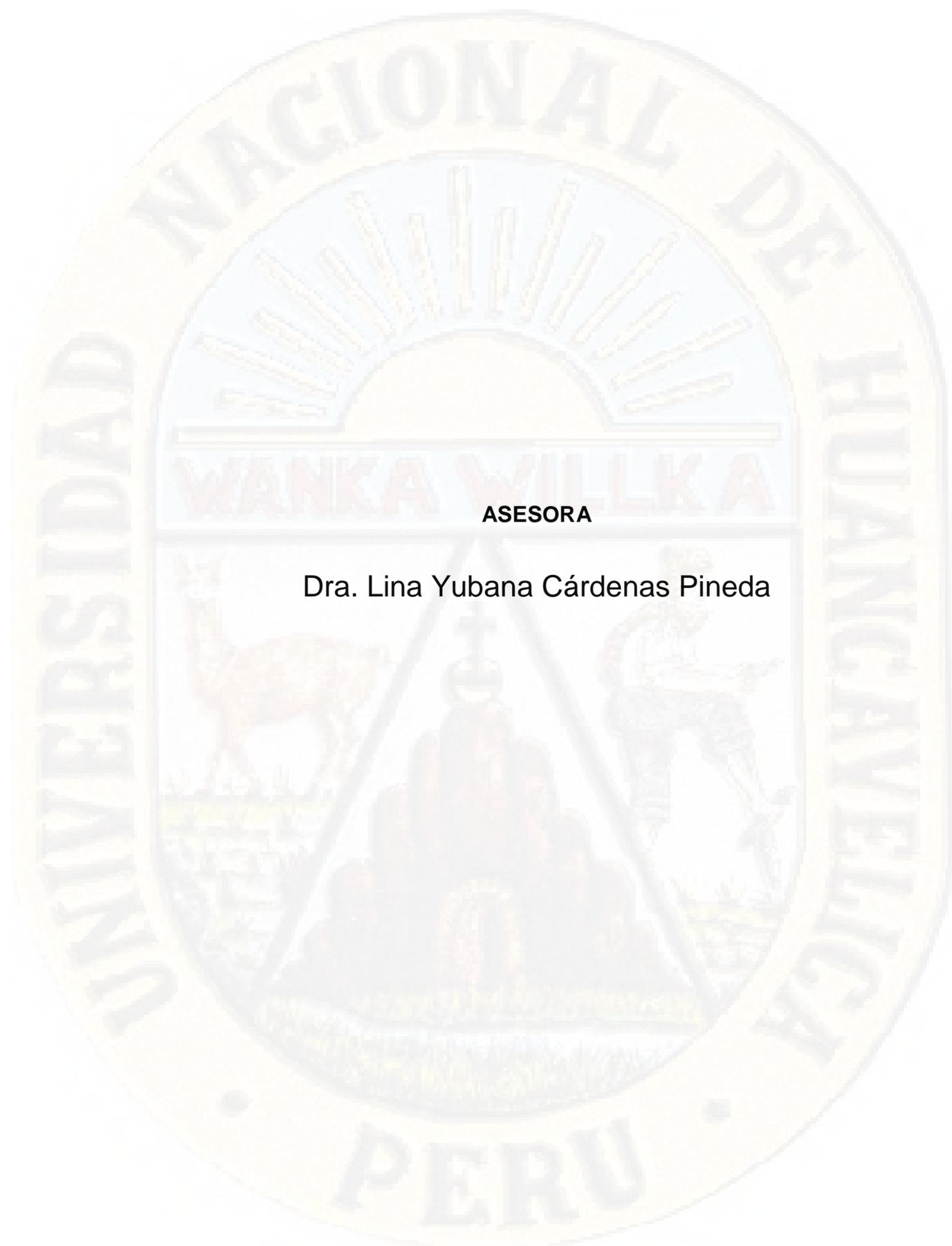
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
  
Dr. LEONARDO LEYVA YATACO  
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
E. P. OBSTETRICIA  
  
SECRETARIO  
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

  
Mg. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN  
VOCAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

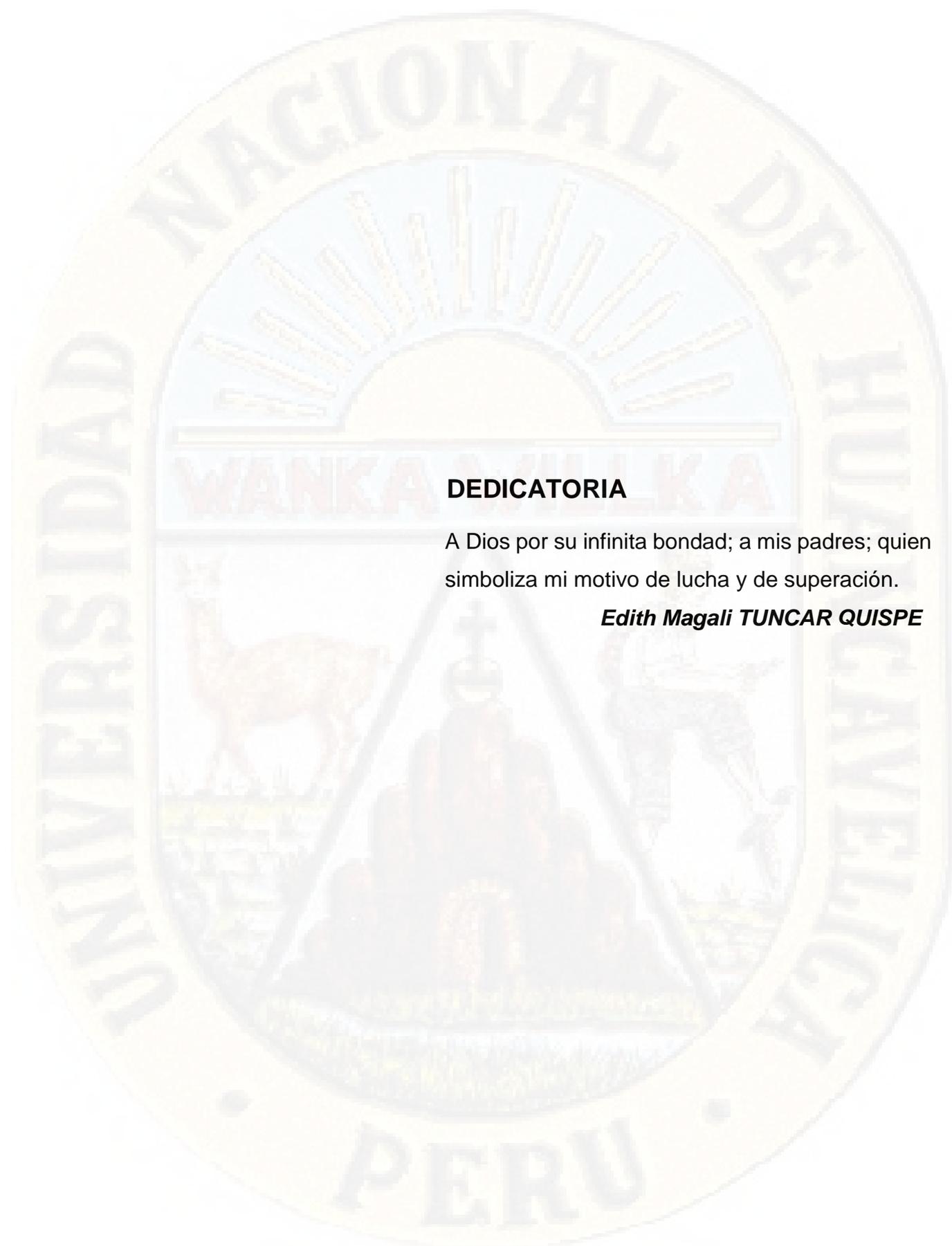
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO: .....  
Mg. JULIA SUSANA GUERRA OLIVARES  
V. B. DECANO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA  
DOCENTE  
  
Kelly Y. Riveros Laurente  
OBSTETRA  
C.O.P. N° 38739  
V. B. SECRETARIA DOC.



**ASESORA**

Dra. Lina Yubana Cárdenas Pineda



### **DEDICATORIA**

A Dios por su infinita bondad; a mis padres; quien simboliza mi motivo de lucha y de superación.

***Edith Magali TUNCAR QUISPE***

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios porque está con cada uno de nosotros en cada paso que damos, cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida vela por mi bienestar y educación siendo nuestro apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presenta sin dudar ni un solo momento en nuestra inteligencia y capacidad.

Mi gratitud infinita a mis maestros de la especialidad que supieron volcar sus conocimientos, por el apoyo y dedicación como profesional. Gracias por guiarme y brindarme su apoyo en el desarrollo de esta especialidad y de este trabajo.

Al Programa de Segunda Especialidad Profesional de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional de Huancavelica por brindarnos los conocimientos y capacidades que requiere el mercado laboral del sector público y privado en el mundo laboral.

## RESUMEN

El Objetivo del estudio fue determinar las características de las gestantes con sífilis del distrito de San Martín de Pangoa – Junín en el año 2017, metodología: se realizó un estudio descriptivo simple - retrospectivo de corte transversal; la investigación se desarrolló en 31 gestantes con diagnóstico de sífilis de distrito de la técnica fue revisión documentaria, los datos se analizaron con la hoja de cálculos del Microsoft office Excel 2010, Resultados, la prevalencia de sífilis fue de 2,49%, se da más en adolescentes (51,61%), y convivientes (54,84%). El 45,16% fueron primigestas, el 48,39% de los casos se diagnosticaron en el primer trimestre, y casi todos (96,77%) durante el primer control prenatal, y todos recibieron tratamiento de acuerdo a la norma técnica, Conclusión, la prevalencia de la sífilis en San Martín de Pangoa es alta, similar a lo que presentó el Perú en el año 2000, y las características sociodemográficas han cambiado, ya que predomina en los adolescentes y en procedentes de la zona rural.

**Palabras clave:** sífilis, embarazo, treponema pallidum. prevalencia

## ABSTRACT

The objective of the study was to determine the characteristics of pregnant women with syphilis in the district of San Martín de Pangoa - Junín in 2017, methodology: a simple descriptive study was carried out - retrospective cross section ;, the research was developed in 31 pregnant women with diagnosis of syphilis, the technique was documentary review, the data were analyzed with the spreadsheet of the Microsoft office Excel 2010, Results, the prevalence of syphilis was 2.49%, it is more in adolescents (51.61%) , and cohabitants (54.84%). 45.16% were primitive, 48.39% of the cases were diagnosed in the first trimester, and almost all (96.77%) during the first prenatal control, and all received treatment according to the technical norm. Conclusion, the prevalence of syphilis in San Martín de Pangoa is high, similar to what Peru presented in 2000, and sociodemographic characteristics have changed, since it predominates in adolescents and those from rural areas.

Keywords: syphilis, pregnancy, treponema pallidum. Prevalence.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT .....	vi
ÍNDICE .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	13
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	13
1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	14

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.2. BASES TEÓRICAS.....	17
2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS .....	23
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	23
2.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES. ....	23
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	25

### CAPÍTULO III

#### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO.....	26
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	26
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.4. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO .....	28
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
3.8. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	28
--	----

CAPÍTULO IV  
RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	29
---------------------------------------	----

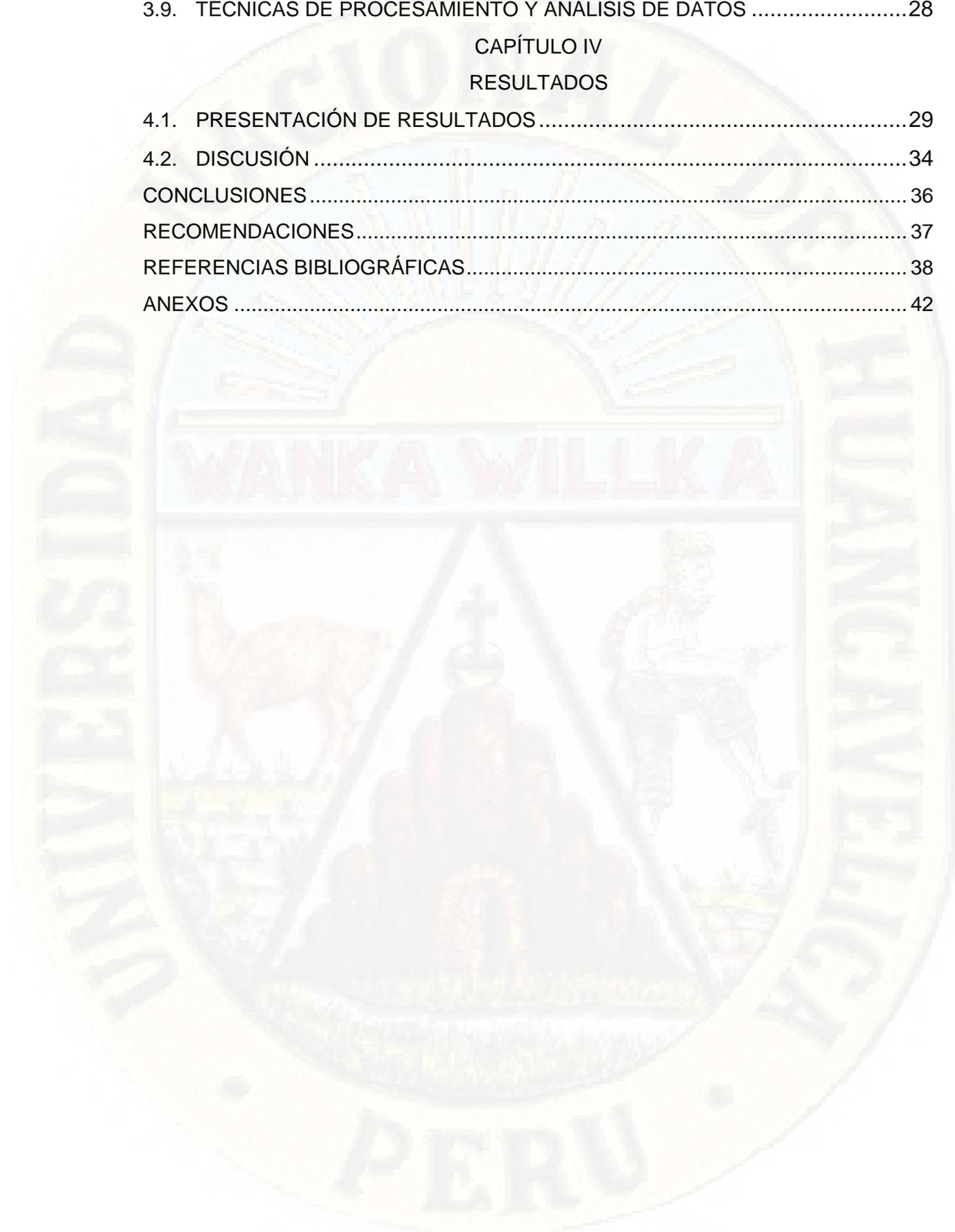
4.2. DISCUSIÓN .....	34
----------------------	----

CONCLUSIONES .....	36
--------------------	----

RECOMENDACIONES .....	37
-----------------------	----

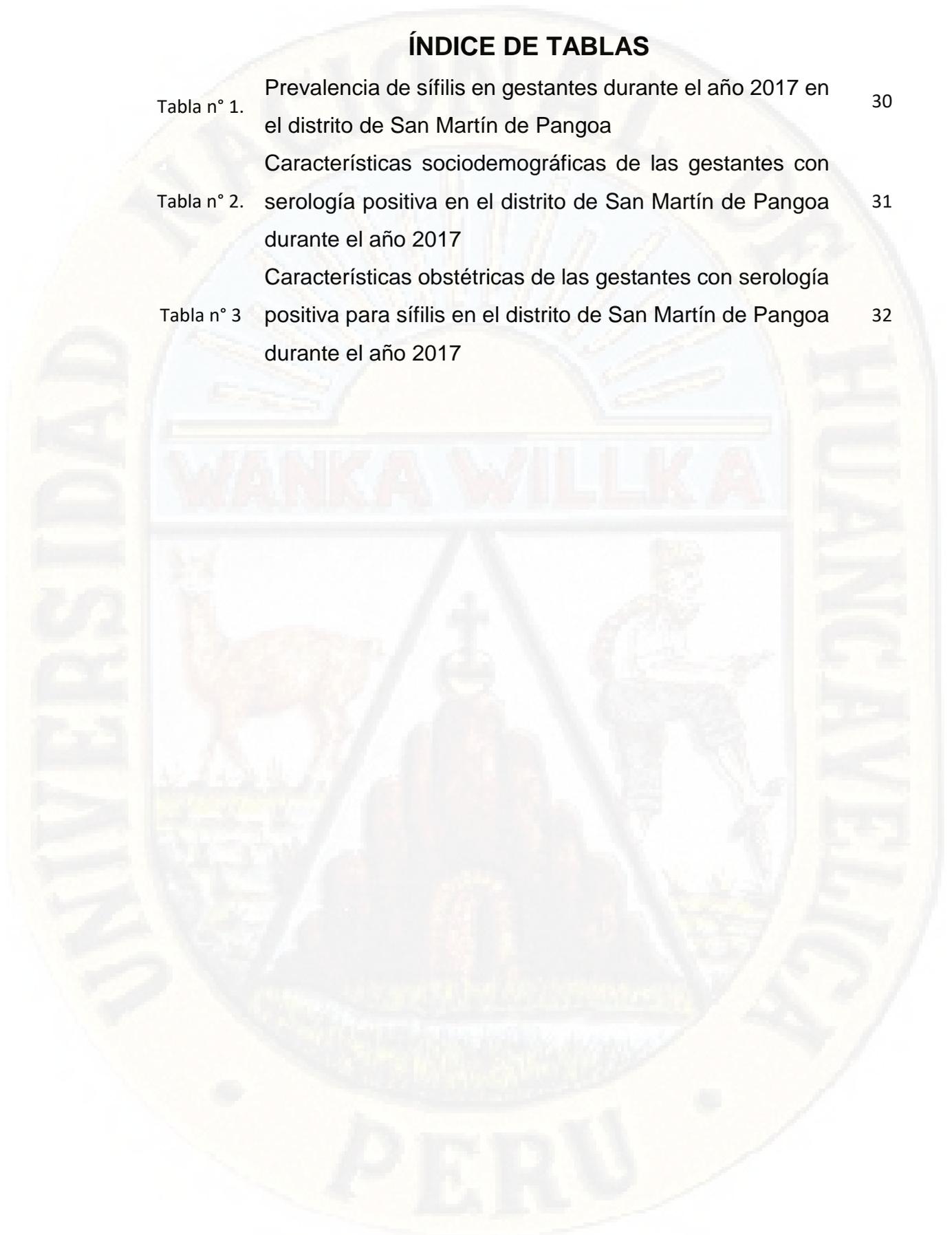
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	38
----------------------------------	----

ANEXOS .....	42
--------------	----



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla n° 1.	Prevalencia de sífilis en gestantes durante el año 2017 en el distrito de San Martín de Pangoa	30
Tabla n° 2.	Características sociodemográficas de las gestantes con serología positiva en el distrito de San Martín de Pangoa durante el año 2017	31
Tabla n° 3	Características obstétricas de las gestantes con serología positiva para sífilis en el distrito de San Martín de Pangoa durante el año 2017	32

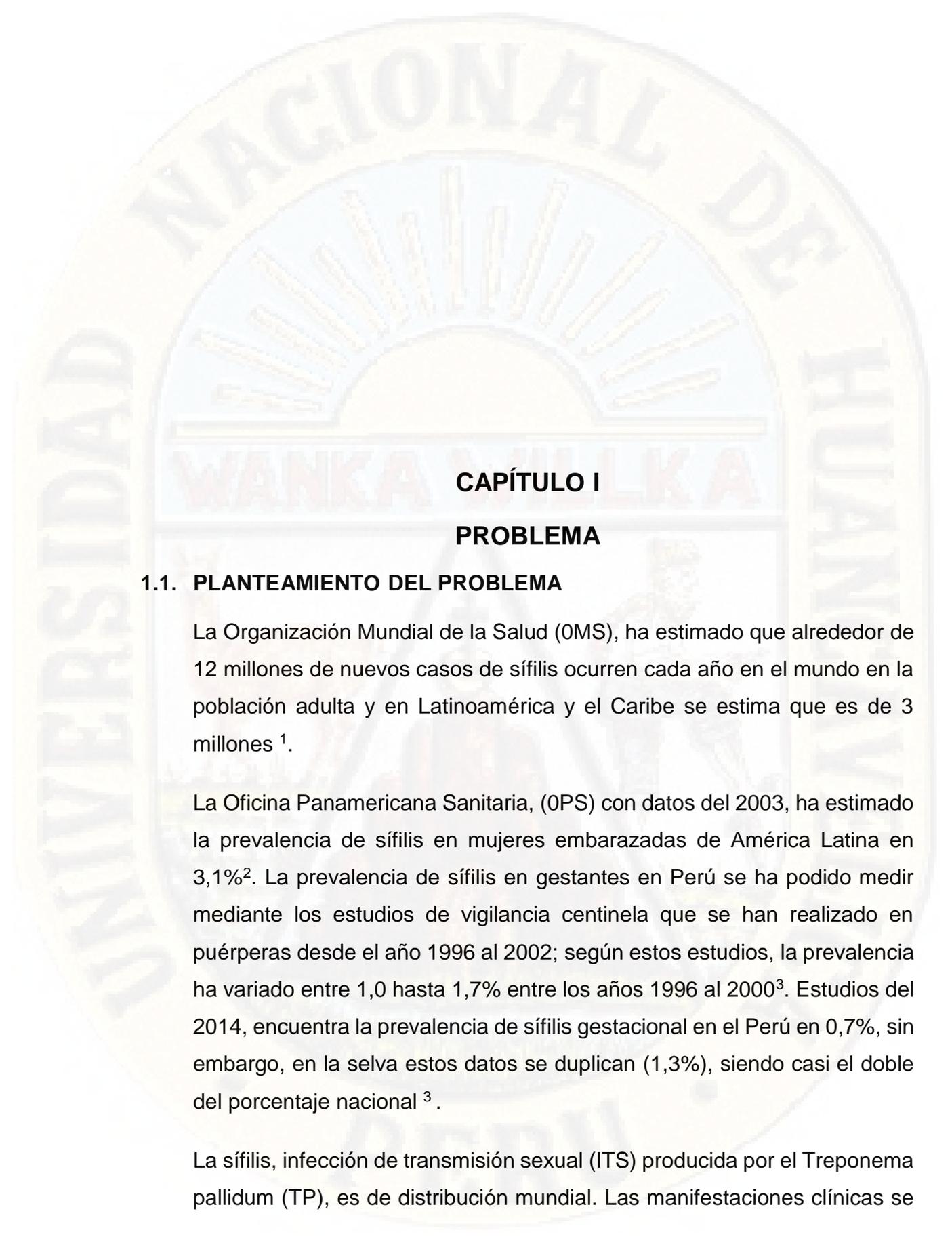


## INTRODUCCIÓN

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

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

La sífilis temprana es referida como sífilis primaria, secundaria y latente temprana, los cuales ocurren típicamente dentro del primer año de adquisición de la infección. La sífilis latente es definida como infección asintomática con serología positiva y sin hallazgos al examen físico. Esta puede ser latente temprana (menos de un año de adquisición), tardía (más de un año de adquisición) o de duración desconocida. La sífilis terciaria se refiere a estadios que ocurren después de sífilis temprana o sífilis latente. Típicamente involucra el sistema nervioso central, sistema cardiovascular, piel y tejido celular subcutáneo.

The background of the page features a large, semi-transparent watermark of the logo of the Universidad Nacional de Huancayo. The logo is circular and contains a sun with rays, the text 'UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYO' around the perimeter, and 'WANKA WILKA' at the bottom.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA**

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estimado que alrededor de 12 millones de nuevos casos de sífilis ocurren cada año en el mundo en la población adulta y en Latinoamérica y el Caribe se estima que es de 3 millones <sup>1</sup>.

La Oficina Panamericana Sanitaria, (OPS) con datos del 2003, ha estimado la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas de América Latina en 3,1%<sup>2</sup>. La prevalencia de sífilis en gestantes en Perú se ha podido medir mediante los estudios de vigilancia centinela que se han realizado en puérperas desde el año 1996 al 2002; según estos estudios, la prevalencia ha variado entre 1,0 hasta 1,7% entre los años 1996 al 2000<sup>3</sup>. Estudios del 2014, encuentra la prevalencia de sífilis gestacional en el Perú en 0,7%, sin embargo, en la selva estos datos se duplican (1,3%), siendo casi el doble del porcentaje nacional <sup>3</sup>.

La sífilis, infección de transmisión sexual (ITS) producida por el *Treponema pallidum* (TP), es de distribución mundial. Las manifestaciones clínicas se

agrupan cronológicamente en varios periodos.<sup>1</sup> La infección por TP es un grave problema cuando ocurre en la embarazada, ocasionando sífilis gestacional (SG), debido a que se transmite fácilmente al feto provocando sífilis congénita (SC) y produciendo – hasta en un 81% de los casos – complicaciones que incluyen hidrops neonatal, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad y bajo peso al nacer, incremento del riesgo de aborto y muerte fetal o neonatal temprana, e infección congénita<sup>2,3</sup>. No existen estudios locales acerca de sífilis gestacional y el distrito de Pangoa por su ubicación geográfica se encuentra en zona de alta prevalencia según boletines y estudios nacionales revisados por todos estos motivos anteriormente descritos es importante analizar las características de las gestantes que tuvieron sífilis en el distrito de Pangoa.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuáles son las características de las gestantes con sífilis en el distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2017?

### **1.2.2 Problemas específicos**

¿Cuál será la prevalencia de la sífilis en gestantes en el distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2017?

¿Cuáles serán las características sociodemográficas de las gestantes que presentaron sífilis en el distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2017?

¿Cuáles serán las características obstétricas de las gestantes que presentaron sífilis en el distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2017?

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

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar las características de las de gestantes con sífilis del distrito de San Martín de Pangoa - Junín, 2017

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Determinar la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en los establecimientos de salud del distrito de San Martín de Pangoa – Junín, 2017.
- Determinar las características socio demográficos de las gestantes con sífilis atendidas en el distrito de San Martín de Pangoa – Junín, 2017.
- Determinar las características obstétricas de las gestantes con sífilis atendidas en el distrito de San Martín de Pangoa – Junín, 2017.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

El distrito de San Martín de Pangoa se encuentra en la provincia de Satipo y departamento de Junín, cuenta con diversos establecimientos de salud del primer nivel y uno del segundo nivel que es el hospital de San Martín de Pangoa que pertenece al segundo nivel. La población de la selva está más propensa a adquirir infecciones de transmisión sexual como la sífilis, al cual no son ajenas las gestantes y/o pareja, haciéndole vulnerable al producto de la concepción a una serie de padecimientos. En muchas ocasiones el nivel de instrucción y/o socioeconómico de la población condiciona a la propagación de enfermedades infectocontagiosas como el que estudiamos, por tal motivo es importante caracterizar a las gestantes para poder ubicar los grupos más vulnerables y priorizar en estos grupos actividades preventivo promocionales a los grupos vulnerables.

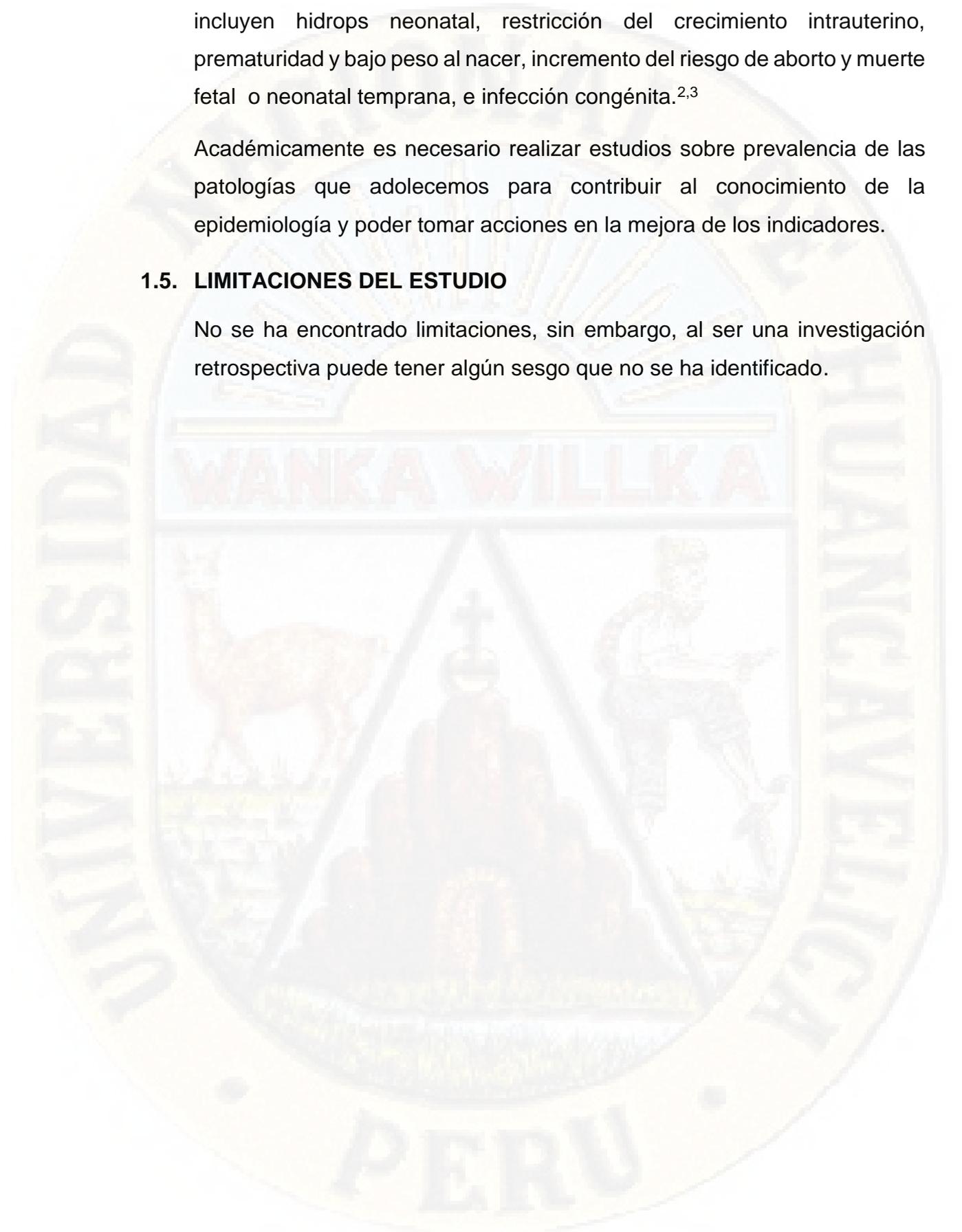
La sífilis gestacional (SG), debido a que se transmite fácilmente al feto puede provocar sífilis congénita (SC) y produciendo complicaciones que

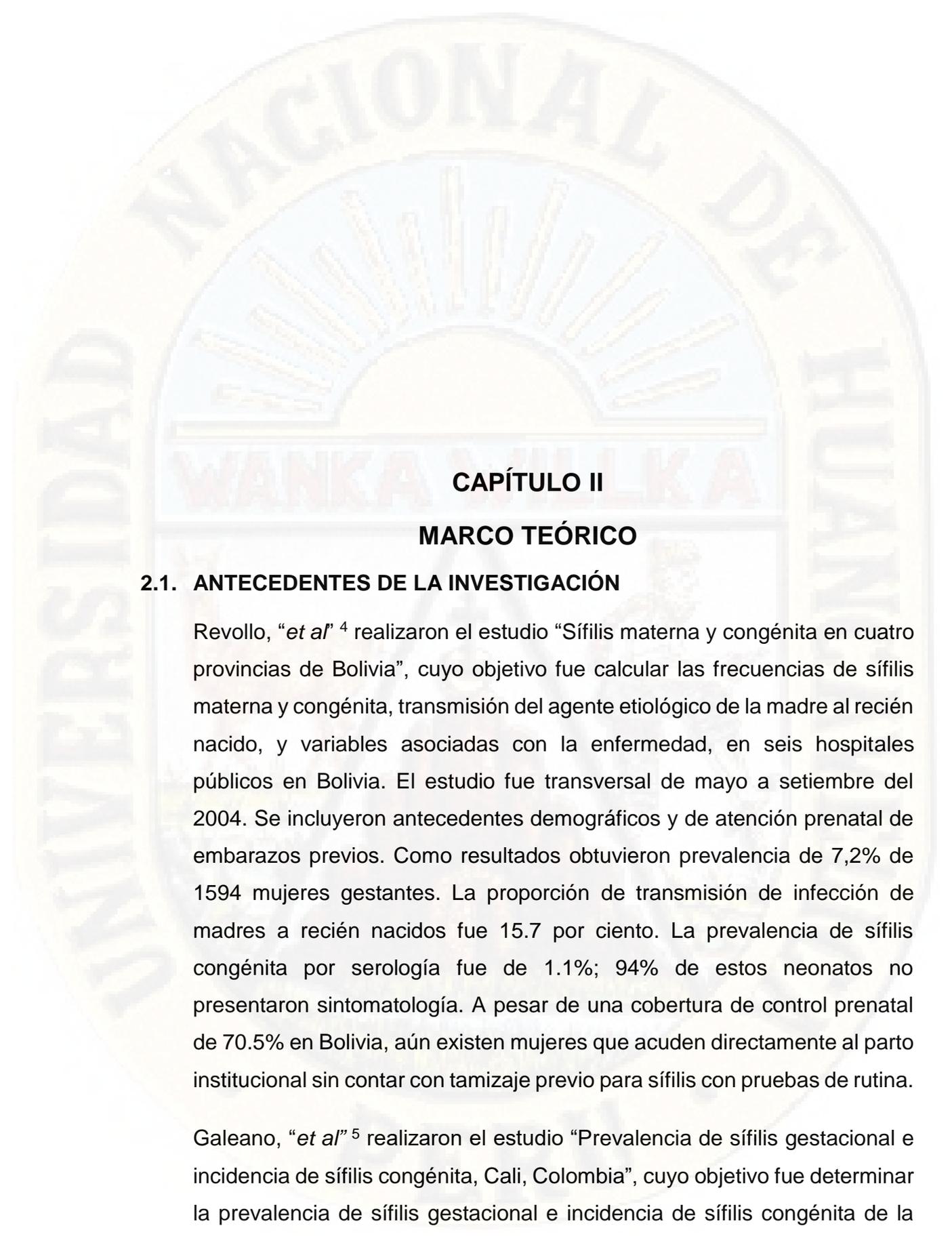
incluyen hidrops neonatal, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad y bajo peso al nacer, incremento del riesgo de aborto y muerte fetal o neonatal temprana, e infección congénita.<sup>2,3</sup>

Académicamente es necesario realizar estudios sobre prevalencia de las patologías que adolecemos para contribuir al conocimiento de la epidemiología y poder tomar acciones en la mejora de los indicadores.

#### **1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

No se ha encontrado limitaciones, sin embargo, al ser una investigación retrospectiva puede tener algún sesgo que no se ha identificado.



The logo of the Universidad Nacional de Huancayo is a large, semi-circular emblem. It features a central sun with rays, set against a light blue background. The sun is positioned above a horizontal line. Below the line, the word "WANKA" is written in a stylized, reddish-brown font. The entire emblem is enclosed within a yellow border that contains the text "UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYO" in a light blue, sans-serif font, arranged in a semi-circle.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Revollo, “*et al*”<sup>4</sup> realizaron el estudio “Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia”, cuyo objetivo fue calcular las frecuencias de sífilis materna y congénita, transmisión del agente etiológico de la madre al recién nacido, y variables asociadas con la enfermedad, en seis hospitales públicos en Bolivia. El estudio fue transversal de mayo a setiembre del 2004. Se incluyeron antecedentes demográficos y de atención prenatal de embarazos previos. Como resultados obtuvieron prevalencia de 7,2% de 1594 mujeres gestantes. La proporción de transmisión de infección de madres a recién nacidos fue 15.7 por ciento. La prevalencia de sífilis congénita por serología fue de 1.1%; 94% de estos neonatos no presentaron sintomatología. A pesar de una cobertura de control prenatal de 70.5% en Bolivia, aún existen mujeres que acuden directamente al parto institucional sin contar con tamizaje previo para sífilis con pruebas de rutina.

Galeano, “*et al*”<sup>5</sup> realizaron el estudio “Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, Colombia”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita de la

ciudad de Cali, Colombia en el año 2010. El estudio fue de corte transversal descriptivo. La población de estudio correspondió a las embarazadas que tuvieron control prenatal y asistieron para la atención de parto en Cali, y cuyo resultado materno y perinatal se conoció. La prevalencia de sífilis gestacional fue 1,4 % y la incidencia de sífilis congénita fue de 2,5 por 1000 nacidos vivos.

Agudelo, “*et al*”<sup>6</sup> realizaron un estudio “Caracterización de la sífilis congénita y gestacional en Caldas, Colombia” cuyo objetivo fue caracterizar el comportamiento de la sífilis congénita y gestacional en el departamento de Caldas durante el periodo 2009-2013 según las características socio demográficas y de la atención en salud del binomio madre-hijo con sífilis. La muestra total fue 71 casos de sífilis congénita y 316 casos de sífilis gestacional. Resaltan que en el año 2009 tuvieron 59 casos incrementándose para el 2012 a 71 casos decreciendo para el año 2013 en 58 casos. El 22,7% de los casos se registraron en áreas rurales o dispersas. El 80 % de los casos se notificaron en los controles prenatales.

Leguizamon, “*et al*”<sup>7</sup> realizaron un estudio “Sífilis en gestantes y en recién nacidos” cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de sífilis en embarazadas y recién nacidos (RN); así como abortos y mortinatos por dicha patología. Estudio observacional retro y prospectivo realizado en mujeres embarazadas y sus correspondientes RN con diagnóstico de sífilis, que asistieron al Hospital Nacional de Paraguay de enero del 2011 a octubre del 2012. Durante el año 2011 se estudiaron 2073 embarazadas, 86 (4,1%) fueron diagnosticadas con sífilis, En el 2012, de 1152 mujeres, se diagnosticó en 40 (3,4%). En cuanto a características de la población, 76% de las embarazadas eran adultas jóvenes. el nivel de instrucción de las mismas fue primaria en 63%, secundaria en 21% y universitaria en 3%. El número de visitas prenatales fue de 1 a 3 en 66 pacientes, y más de 3 en 20 casos. El diagnóstico de la infección se efectuó con  $\geq 29$  semanas en 40 (38,4%) de las mismas. Recibieron tratamiento completo para sífilis 82 (95%) de las embarazadas en el 2011; en tanto que en el 2012 sólo 34

(85%). Las parejas tratadas fueron 16 (19%) en el año 2011 y 4 (10%) en el 2012. En el 2011 se obtuvieron 2889 RN vivos en la institución, de los cuales 79 fueron diagnosticados con sífilis congénita; y en el 2012, de 2624 RN vivos, 57 presentaron esa infección. De los RN con sífilis, 16% fueron prematuros, 22% de bajo peso al nacer y 1% de muy bajo peso al nacer.

Gonzáles, “*et al*”,<sup>8</sup> realizaron un estudio “Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010”, cuyo objetivo fue determinar el perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y factores asociados en una población peruana. Se incluyeron datos de 652 636 gestantes de 37 ciudades y de 45 establecimientos de salud del Perú. De la población estudiada, 526 452 gestantes presentaron evaluación para sífilis (80,7%). En total se han registrado 3680 casos de sífilis materna. La prevalencia de la muestra global estudiada para sífilis materna en el Perú es de 0,7%. Este valor prácticamente se dobla para la selva (1,3%) y es menor en la región geográfica de la sierra (0,5%) y la costa (0,5%). En la costa hay una disminución de 1,1% en el 2000 a 0,2% en el 2010. En la sierra, la prevalencia de sífilis materna disminuye de 0,7-0,8% en los años 2000-2001 a 0,2% en el 2010. Las prevalencias de sífilis en la selva es alta en el 2000 (2,4%) y se reduce a 0,5% en el 2010.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 Definición**

La Sífilis es una infección de transmisión sexual que puede adquirirse también por vía transfusional, vertical y menos frecuentemente accidental en el personal del equipo de Salud.<sup>9</sup> Su origen es muy antiguo, de acuerdo a evidencia arqueológica y con pruebas de DNA, apareció en África por mutaciones de los treponemas hace por lo menos 10.000 años; de allí se diseminó a Europa, Asia y América antes de la venida de Colón a América y su regreso a Europa.<sup>10, 11</sup>

### **2.2.2 Agente etiológico**

Su agente causal TP, fue descubierto en 1905 por el zoólogo alemán Fritz Schaudinn, pertenece a la familia Spirochaetaceae, de la cual se han descrito un género y cuatro especies: TP que se transmite por contacto sexual, vertical, accidental y transfusional en todo el mundo; T. Pertenuae, agente del Píam o Frambesia (Yaws) que se transmite especialmente por contacto estrecho y duradero no sexual en zonas tropicales; T. Endemicum, causa del Bejel, que se transmite por contacto estrecho y duradero no sexual en el norte de África; T. Carateum, causa el Carate o Pinta, que se transmite especialmente por contacto estrecho y no sexual en zonas tropicales.<sup>12,13</sup>

La forma más frecuente de transmisión de T. pallidum es la sexual; pero la congénita sigue siendo importante. También puede haber transmisión por accidentes ocupacionales de pinchazos y cortadas.<sup>11</sup>

### **2.2.3 Descripción Nosológica.**

La enfermedad se presenta clínicamente en varias formas: Sífilis primaria. Se caracteriza por un chancro de bordes levantados, no doloroso, de fondo sucio y generalmente acompañado de una gran adenopatía inguinal (ganglio de Fournier) que aparece 3 – 6 semanas después de la relación sexual, en el lugar de la infección. Sífilis secundaria. Aparece en forma variada con lesiones secas y descamantes en piel y mucosas, semanas o meses después de resolverse el chancro inicial.<sup>11</sup> Es frecuente que se presente como una erupción generalizada conocida como roséola sifilítica. A veces se desarrollan úlceras en la mucosa bucal y pueden aparecer lesiones verrugosas en sitio de infección (condilomas), cefaleas, fiebre y adenopatías. Se resuelve de forma espontánea en 3 a 12 semanas después de aparecida. Sífilis Latente. Resuelto el período secundario, la Sífilis entra en latencia clínica con ausencia de signos

o síntomas, aunque órganos internos pueden resultar afectados. Este período puede durar de 20 a 30 años y en el 75% de los casos no vuelve a haber clínica clara. En el 25% restante se desarrolla el estadio final conocido como sífilis terciaria. Sífilis Terciaria. Se caracteriza por nódulos duros llamados gomas sifilíticas, que aparecen bajo la piel, en las mucosas y en los órganos internos como huesos, hígado y riñones. La infección del corazón y los grandes vasos destruye sus estructuras y ocasiona grandes aneurismas aórticos, disfunciones valvulares cardíacas causa de muchas muertes. En el 15% de los casos la Sífilis afecta al sistema nervioso central. Esta neurosífilis puede presentarse en tres formas distintas: demencia parálítica, parálisis general progresiva (PGP) y tabes dorsalis.<sup>11</sup>

#### **2.2.4 Factores de Riesgo**

Entre los factores de riesgo para la transmisión de la sífilis se han descrito los siguientes: <sup>14</sup>

- 1) Prácticas sexuales de alto riesgo (sexo vaginal, oral o anal sin protección).
- 2) Inicio de la actividad sexual a temprana edad.
- 3) Promiscuidad sexual.
- 4) Actividad comercial sexual y el VIH/SIDA.
- 5) Consumo de drogas ilícitas y alcohol.
- 6) Diagnóstico de otra enfermedad de transmisión sexual (ETS).
- 7) Compañero sexual diagnosticado con otra ETS.
- 8) Ausencia de control prenatal o control prenatal inadecuado: gestantes que acceden al control, pero no se les solicita una prueba para sífilis.
- 9) Vivir en zona de alta prevalencia o de difícil acceso a los servicios de salud.
- 10) Infección temprana con respuesta inmune aún no detectable o inadecuada interpretación de las pruebas diagnósticas. Cambios propios del embarazo en el cérvix: hiperemia, eversión y friabilidad.<sup>15</sup>

### 2.2.5 Epidemiología

Se producen más de 5 millones de casos nuevos de sífilis en todo el mundo, y la mayoría de las infecciones ocurre en los países de ingresos bajos y medios, donde la infección es endémica y las infecciones congénitas no son infrecuentes. Por el contrario, en los países de ingresos más elevados, la infección es común y ocurre desproporcionadamente en personas de sectores marginales de la sociedad, como los que viven en la pobreza, con un acceso deficiente a la atención de la salud, o las minorías raciales, étnicas y sexuales. En los países de altos ingreso, la sífilis se transmite principalmente dentro de estrechas redes sexuales y sociales, una característica que permite observar que aunque la enfermedad es relativamente poco frecuente, más del 15 - 20% de los casos de sífilis diagnosticados anualmente en EE. UU. Fueron diagnosticados antes.

En EE. UU., en 2014, casi el 40% de las personas diagnosticadas con sífilis temprana estaban infectadas con el VIH en el momento del diagnóstico de sífilis y, en algunos lugares, el 3,54% de los que eran VIH negativos en el momento de la infección se infectaron con VIH en el año posterior al diagnóstico. La incidencia del VIH en la década posterior al diagnóstico de sífilis el diagnóstico de VIH fue de una incidencia del 20%.

Aunque la sífilis es una enfermedad infecciosa crónica que puede causar morbilidad a lo largo de su historia natural, la infección es transmisible a otros (con excepción de la infección congénita), solo durante los primeros años de la infección, lo que ha llevado a que las medidas de control se centren en las etapas primaria, secundaria y latente temprana, algunas veces llamada sífilis infecciosa. Después de 23 años de infección no tratada, la transmisión es rara y la atención principal se enfoca en la morbilidad individual, incluida

la neurosífilis tardía, la sífilis cardiovascular y las infecciones gomatosas.<sup>16</sup>

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que alrededor de 12 millones de nuevos casos de sífilis ocurren cada año en el mundo en la población adulta, 90% de ellos en países en desarrollo. Para Latinoamérica y el Caribe el estimado de la incidencia anual de casos de sífilis en población adulta es de 3 millones.<sup>17, 18,19</sup>

La Oficina Panamericana Sanitaria, con datos del 2003, ha estimado la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas de América Latina en 3,1% (rango: 0,4–6,2). En orden decreciente, la prevalencia estuvo como sigue: El Salvador 6,2; Paraguay 6,0; Bolivia 4,0; Honduras 3,1; Colombia 2,2; Chile 2,2; Cuba 1,8; Brasil 1,6; Perú 0,8 y Panamá 0,4 por cien gestantes evaluadas.<sup>8,20</sup>

La prevalencia de sífilis en gestantes en Perú se ha podido medir mediante los estudios de vigilancia centinela que se han realizado en púerperas desde el año 1996 al 2002. La prevalencia, según estos estudios, ha variado entre 1,0 hasta 1,7% entre los años 1996 al 2000.<sup>8,23</sup>

La población del Perú se distribuye en tres regiones geográficas en las cuales también se observan diferencias conductuales en relación a la sexualidad.<sup>8, 22</sup> En la selva priman las actividades sexuales a más temprana edad, alta tasa de embarazo en adolescentes, mayor número de parejas sexuales por persona y alta tasa global de fecundidad.<sup>23</sup>

Estos hallazgos se asocian también a prevalencias diferentes de sífilis. En una muestra poblacional de bajos ingresos en ciudades de la costa del Perú se ha estimado una prevalencia de sífilis de 0,5% en hombres y de 1% en mujeres, mientras que en la Amazonía la prevalencia de sífilis es alta entre hombres (3,2%) y mujeres (2,7%).

<sup>25</sup> Estas cifras contrastan con las observadas en cuatro ciudades de la costa del Perú (Lima, Ica, Trujillo y Chiclayo), donde se ha demostrado una prevalencia de 1,6% de sífilis en las parejas varones de mujeres embarazadas. <sup>26</sup>

En el Perú, la prevalencia de sífilis materna ha variado de 1,7% en 1996, a 1,0%; 1,5%; 1,6%; 1,4% en los años 1997, 1998, 1999 y 2000. El porcentaje de tamizaje de prueba Regina Plasmática Rápida (RPR) que identifica la presencia de anticuerpos no específicos contra *Treponema pallidum* ha ido en aumento de 35,9% en 1997 a 75,7% en 2005. Para el 2002, de acuerdo al MINSA, la tasa de sífilis materna en el Perú se encuentra en 0,56% (IC 95%: 0,43-0,73) con diferencias entre regiones geográficas, 0,19% (0,09-0,35) en la costa, 0,94 (0,65-1,32) en la sierra y 0,95 (0,52-1,60) en la selva. Para el mismo año este estudio reporta prevalencias de 0,6% para costa, 0,8% para sierra y 1,9% para selva.<sup>8, 21</sup>

### **2.2.6 Diagnóstico**

Para la detección directa del *Treponema Pallidum* se usa la microscopia de campo oscuro o la microscopia de fluorescencia, ambas no son de fácil acceso y por lo tanto son poco usadas.<sup>16</sup>

El método más común para la detección, diagnóstico y seguimiento de los factores que influyen en el rendimiento de la prueba es el análisis serológico.<sup>16</sup>

Las pruebas para la sífilis no treponémicas se basan en la detección de los antígenos que reaccionan con los anticuerpos producidos en respuesta a la presencia del *T. pallidum*, estas pruebas son RPR (Rapid Plasma Reagin), que en español significa “reagina plasmática rápida”; y la reagina es la denominación de la inmunoglobulina E, y la prueba de laboratorio para la investigación de enfermedades venéreas (VDRL), la cual detecta los anticuerpos IgG e IgM.<sup>16</sup>

La Norma Técnica NTS N° 108 - MINSA/DGSP - V. 01 refiere que toda gestante que acuda a un establecimiento de salud para atención prenatal, deberá recibir consejería pre test y proceder a tomar la muestra de sangre para la prueba de RPR para descartar la infección por *Treponema pallidum*, de preferencia en la primera atención prenatal. Además a toda gestante que acuda a un establecimiento de salud, para atención del parto en cualquiera de sus fases (fase latente, fase activa o expulsivo), y en la que se desconoce o no se evidencia el resultado de su estado serológico para Sífilis, se procederá a realizarle la prueba de RPR, previa consejería. Las pruebas confirmatorias de Sífilis serán procesadas en el laboratorio del establecimiento o laboratorio referencial de la región, según lo establecido por el INS y los resultados estarán disponibles en un plazo no mayor de 10 días hábiles.<sup>27</sup>

#### **2.2.7 Tratamiento**

Según NTS N° 108 - MINSA/DGSP - V. 01 el tratamiento para la Sífilis en la gestante es con Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI vía intramuscular, por dosis semanal durante 3 semanas. Para ser considerado tratamiento adecuado para prevenir Sífilis Congénita la última dosis de Penicilina Benzatínica debe haber sido aplicada a la gestante hasta 4 semanas previas al parto; así como a la pareja sexual.<sup>27</sup>

#### **2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

En la presente investigación no se vio por conveniente formular una hipótesis.

#### **2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

Sífilis gestacional

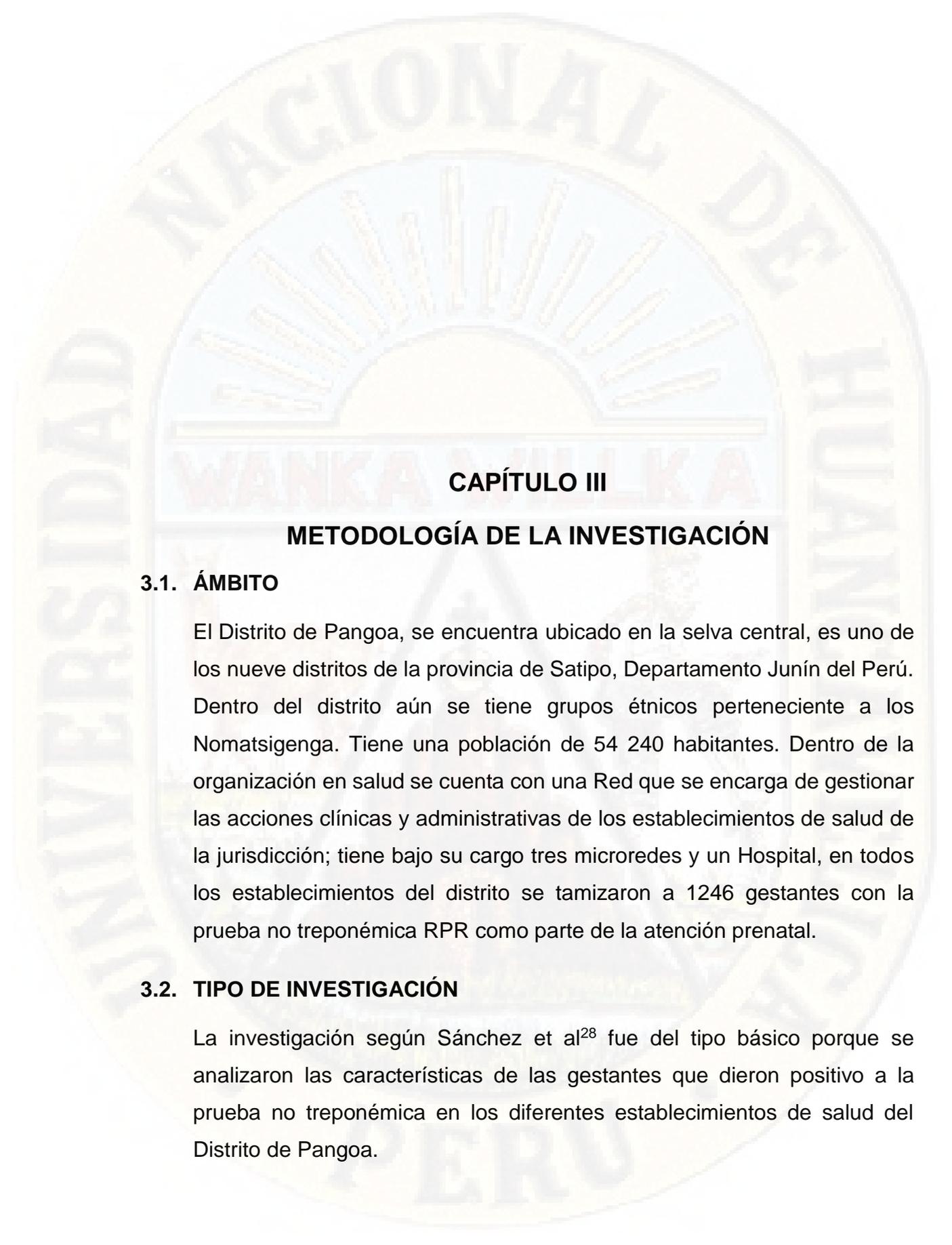
Características de las gestantes con sífilis. - son atributos que se registraron en la historia clínica de las pacientes.

#### **2.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.**

Características de las gestantes con sífilis

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	VALOR	NIVEL DE MEDICIÓN			
<b>CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON SÍFILIS</b>	Son las bondades sociales, físicas, y de organización que tiene la persona.	Son las características socioculturales, biológicas, registradas en las historias clínicas de las pacientes.	socio demográficos	Grupo etario en el que se diagnosticó sífilis.	grupo etario al que pertenece la gestante	≤de 15 años (1) 16 a 19 años (2) 20 a 34 años (3) ≥ 35 años (4)	Ordinal			
				Grado de instrucción	Grado de instrucción de la gestante	Analfabeta (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior(4)	Ordinal			
				Lugar de procedencia	lugar de procedencia de la gestante	Rural (1) Urbano(2)	Nominal			
				Estado civil	Estado civil de la gestante	Soltera (1) Casada/Conviviente (2) Separada/Divorciada (3) Viuda(4)	Nominal			
						características obstétricas	Trimestre de embarazo en el que se diagnosticó sífilis.	Trimestre en el que se diagnosticó sífilis	Primer Trimestre (1) Segundo Trimestre (2) Tercer Trimestre (3)	Ordinal
							Número de embarazo	Número de embarazos incluido el actual	primigesta (1) segundigesta (2) multigesta (3)	Ordinal.
							Número de hijos vivos	Número de hijos vivos	ninguno (1) Uno (2) Dos (3) tres (4) más de tres (5)	ordinal
							Antecedentes patológicos	Abortos	No (0), Si (1)	ordinal
						Partos pre-término		No (0) ó Si (1)		



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. ÁMBITO**

El Distrito de Pangoa, se encuentra ubicado en la selva central, es uno de los nueve distritos de la provincia de Satipo, Departamento Junín del Perú. Dentro del distrito aún se tiene grupos étnicos perteneciente a los Nomatsigenga. Tiene una población de 54 240 habitantes. Dentro de la organización en salud se cuenta con una Red que se encarga de gestionar las acciones clínicas y administrativas de los establecimientos de salud de la jurisdicción; tiene bajo su cargo tres microredes y un Hospital, en todos los establecimientos del distrito se tamizaron a 1246 gestantes con la prueba no treponémica RPR como parte de la atención prenatal.

#### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación según Sánchez et al<sup>28</sup> fue del tipo básico porque se analizaron las características de las gestantes que dieron positivo a la prueba no treponémica en los diferentes establecimientos de salud del Distrito de Pangoa.

### 3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación según Hernández et al<sup>29</sup> fue del nivel descriptivo simple, ya que se revisaron los registros de atención para determinar las características de las gestantes con sífilis que acudieron a los establecimientos de salud del distrito de San Martín de Pangoa.

### 3.4. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández et al<sup>29</sup> los métodos que se usaron son: desde una perspectiva general el método científico, porque se hace una observación estructurado y como método específico el descriptivo, primero se describió la variable de estudio y luego se analizó el comportamiento de la misma en su estado natural.

### 3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según Sánchez et al<sup>28</sup> la investigación se basó en un diseño descriptivo simple - retrospectivo, de corte transversal, ya que los datos se obtuvieron por medio de revisión documentaria de los registros consolidados reportados a la Red de San Martín de Pangoa de los diferentes establecimientos de salud, la unidad de análisis fue la gestante con RPR positivo.

El diseño responde al siguiente esquema:

**M O**

Donde:

**M:** gestantes con sífilis en el distrito de Pangoa durante el periodo 2017

**O:** observación a la variable.

### **3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO**

La población estuvo conformada por 31 gestantes con diagnóstico de sífilis, atendidas en los establecimientos de salud del distrito de Pangoa durante el año 2017. La muestra fue censal, entraron al estudio todas las gestantes con diagnóstico de sífilis.

Criterio de exclusión:

- Pacientes con registro inadecuado.

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

Para identificar las características de las gestantes con prueba no treponémica positiva se empleó la técnica de revisión documental que nos ayudó observar a la muestra en forma ordenada, haciendo uso como instrumento la ficha de recolección de datos.

La información se recolectó previa autorización de las entidades, para guardar la calidad de los datos se tuvo mucho cuidado en el manejo de los datos en todos los procedimientos y procesos.

### **3.8. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- 1º. Se solicitó autorización a la Dirección de la red de salud.
- 2º. Se revisó cada ficha e historia clínica con el objetivo de que los datos no tengan errores.
- 3º. Se usó la ficha de recolección de datos.
- 4º. Se descargó los datos a una base en el sistema Microsoft Excel.

### **3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para organizar los resultados se usó la estadística descriptiva, presentando los datos en tablas de una entrada con distribuciones de frecuencia absoluta y porcentual, para el cual se utilizó el programa Microsoft Excel de Windows.

The background of the page features a large, semi-transparent watermark of the University of Huancayo logo. The logo is circular and contains the text 'UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYO' around the top and 'PERU' at the bottom. In the center, there is a sun with rays and the word 'WANKA' in a stylized font.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

Para el análisis ingresaron al estudio 31 gestantes que dieron positivo a la prueba no treponémica RPR, de un total de 1246 gestantes del distrito de Pangoa durante el año 2017, información usada para poder calcular la

En esta investigación se ha determinado la prevalencia, las características sociodemográficas, obstétricos de estas gestantes, además se vio el tratamiento.

**Tabla 1. Prevalencia de sífilis en gestantes durante el año 2017 en el distrito de San Martín de Pangoa.**

Serología	n	%
Positiva	31	2.49
Negativa	1215	97.51
Total	1246	100

En el distrito de San Martín de Pangoa se tamizaron 1246 gestantes durante el año 2017, 31 dieron serología positiva para sífilis que corresponde al 2,49% del total.

**Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes con serología positiva en el distrito de San Martín de Pangoa durante el año 2017.**

Variable	Serología Positiva	
	n=31	%
<b>Edad</b>		
≤ 19 a	16	51.61
20-34 a	15	48.39
> 34 a	0	
<b>Instrucción</b>		
Iletrada	2	6.45
Primaria	11	35.48
Secundaria	15	48.39
Superior / técnico	3	9.68
<b>Lugar de procedencia</b>		
Rural	16	51.61
Urbano	15	48.39
<b>Estado civil</b>		
Soltera	10	32.26
Casada	4	12.9
Conviviente	17	54.84

De las 31 gestantes 16 (51,61%) fueron menores de 19 años, 15 (48,39%) se encontraron en el grupo etario de 20 a 34 años de edad, no encontrándose gestantes con serología positiva mayores de 34 años. La mayor frecuencia en menores de 19 años puede deberse a falta de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual.

Con respecto al grado de instrucción encontramos que 15 (48,39%) tienen instrucción secundaria, 11 (35,48%) instrucción primaria, 03 (9,68%) instrucción superior/técnica y 2 son iletradas.

Los lugares de procedencia identificados fueron rural con una frecuencia de 16 (51,61%) gestantes y urbano con una frecuencia de 15 (48,39%), dándonos a conocer que el lugar de procedencia no es significativo para serología positiva.

Con respecto al estado civil tenemos que en su mayoría son mujeres convivientes 17 (54,84%), seguido por solteras en número de 10 (32,26%) y por último casadas en número de 4 (12,9%).

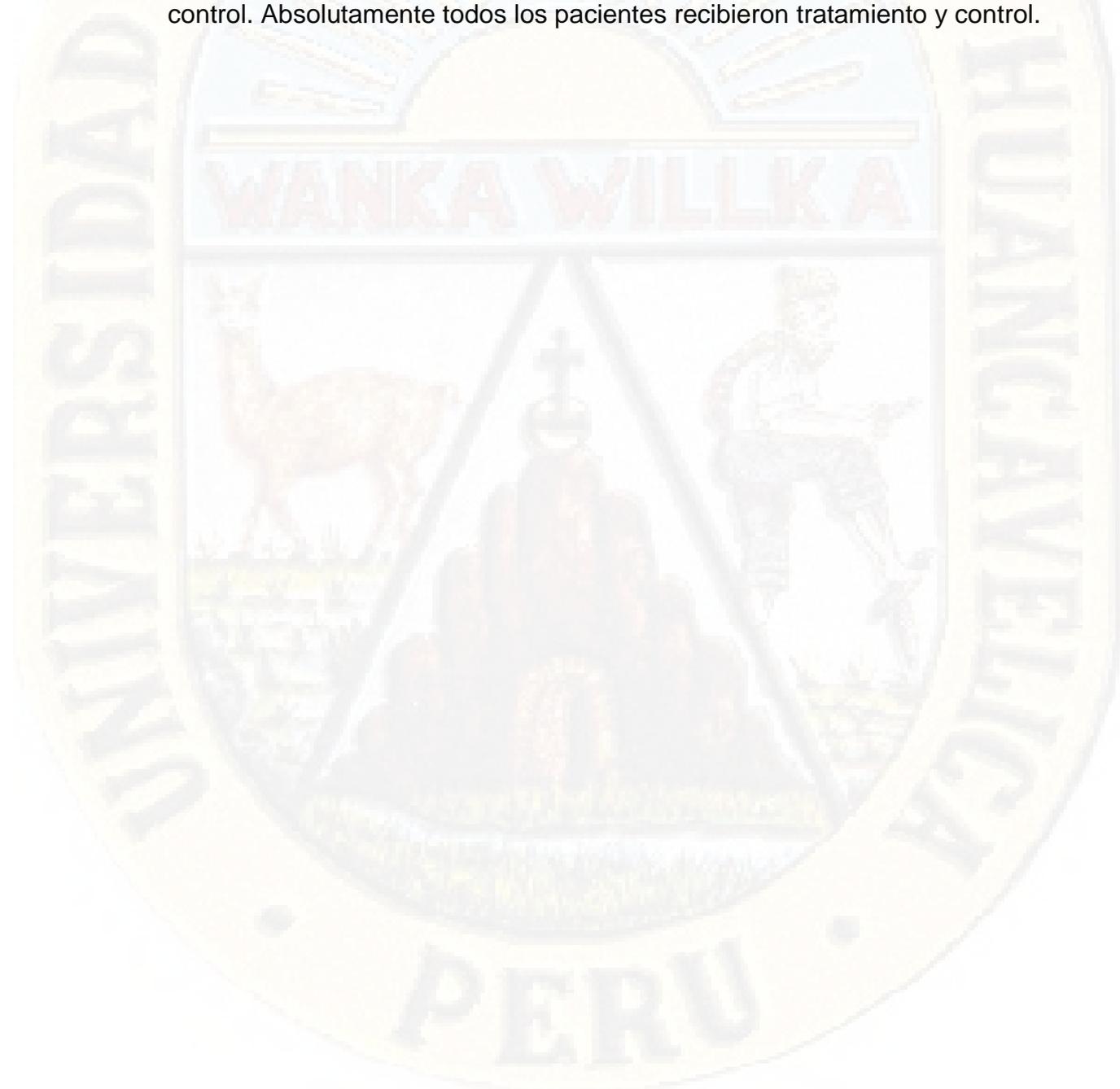


**Tabla 3. Características obstétricas de las gestantes con serología positiva para sífilis en el distrito de San Martín de Pangoa durante el año 2017.**

Variable	Serología Positiva	
	n=31	%
<b>Número de gestaciones de las usuarias</b>		
Primigesta	11	35.48
Segundigesta	12	38.71
Mayor de Tres embarazos	8	25.81
<b>Número de hijos vivos que tienen las usuarias</b>		
0	14	45.16
1	11	35.48
2	4	12.9
3	2	6.45
<b>Número de antecedentes patológicos encontradas en las usuarias</b>		
Aborto	5	16.13
Parto Pre término	0	
Sin antecedentes patológicos	26	83.87
<b>Trimestre en el que se detectó sífilis en las usuarias</b>		
Primer Trimestre	15	48.39
Segundo Trimestre	9	29.03
Tercer trimestre	7	22.58
<b>Número de control pre natal en el que se diagnostica</b>		
1	30	96.77
2	1	3.23

En lo que refiere a las características obstétricas observamos que se encontró mayor frecuencia de serología positiva en según digesta alcanzando un número de 12 (38,71%), seguido por primigestas con un número de 11 (35,48%) y multigesta 8 (25,81%). Con respecto al número de hijos vivos que tenían las

usuarias la distribución fue la siguiente: 14 (45,46%) no tenían hijos vivos, 11 tenían 01 (35,48%) hijo vivo, 04 (12,9%) tenían 02 hijos vivos y 02 (6,45%) tenían 03 hijos vivos. Referente a los antecedentes patológicos destacamos que 5 (16,13%) usuarias tuvieron abortos previos. Los trimestres en que se detectaron la serología positiva fueron: primer trimestre con 15 casos (48.39%), segundo trimestre con 9 casos (29.03) y en el tercer trimestre con 7 casos (22.58). El número de control prenatal en el que se diagnostica fueron 30 usuarias (96,77%) en el primer control y 1 (3,23%) usuaria en el segundo control. Absolutamente todos los pacientes recibieron tratamiento y control.



## 4.2. DISCUSIÓN

La política del sector salud, para disminuir la sífilis congénita es diagnosticar la sífilis cuanto antes en la madre y dar el tratamiento, por ello se trata de implementar pruebas rápidas como el RPR, que resulta adecuado para el primer nivel y luego se confirma con pruebas treponémicas, como podemos ver de acuerdo a los años se ve un descenso en la prevalencia de esta enfermedad en el Perú. en la selva Gonzales <sup>8</sup>, encuentra una prevalencia de 2.4%, el que disminuye a 0.5% al año 2010, sin embargo, en nuestro estudio encontramos similar al del año 2000 2,49%; situación que nos pone en alerta, y nos invita a trabajar para prevenir el problema. En Bolivia en el año 2004, Rebollo <sup>4</sup> obtiene una prevalencia de 7,2%; mientras en Colombia en el año 2010 muestra cifras (1,4%) <sup>5</sup> ; Leguizamón <sup>7</sup> en el 2011 y 2012, encuentra una prevalencia de sífilis gestacional de 4,1% en el primer año y de 3,4% en Paraguay, Gonzáles<sup>8</sup> en un período de evaluación mucho más prolongado (2000-2010) realizado en establecimientos de salud en Perú presenta una prevalencia de 0,7% de sífilis gestacional, como podemos ver inferior a los citados anteriormente. Por todo lo mencionado, es importante seguir realizando en monitoreo y vigilancia de la prevalencia de esta enfermedad con técnicas de diagnóstico confirmaría.

El 51,61% de las gestantes con sífilis fueron menores de 19 años, resultados que no coinciden con los obtenidos por Leguizamón (7) quien encuentra como grupo más predominante (76%) a las adultas jóvenes. El grado de instrucción predominante alcanzado por las gestantes en el presente estudio fue el secundario, datos que no coinciden con Leguizamón (7) quien encuentra como grado de instrucción más frecuente el primario (63%). La mayoría de las gestantes con sífilis (51,61%) de nuestro estudio eran de procedencia rural, lo cual no coincide con Agudelo (6) quien registra en sus resultados que la procedencia rural de las gestantes es menor que la urbana. Se puede denotar que los perfiles sociodemográficos de nuestras gestantes son preocupantes ya que encontramos en adolescentes y mujeres de la zona rural en su mayoría lo

que nos hace ver que la población susceptible son los adolescentes y de la zona rural donde debemos enfocar nuestras intervenciones preventivas sin dejar de lado los otros grupos atareos y la zona urbana.

Todas las gestantes que padecieron sífilis tuvieron controles pre natales y fueron diagnosticadas en su mayoría (96,77%) en el primer control y en el primer trimestre (48,39%), lo que nos hace saber que el control prenatal está cumpliendo su rol; resultados similares encontró Agudelo<sup>6</sup>, quien concluye que el 80% de sus casos notificaron en sus controles prenatales. Leguizamón<sup>7</sup> quien afirma que, de 86 gestantes, 66 tuvieron de 1 a 3 controles pre natales y 20 más de 3 controles, pero la mayoría de sus casos (40) se diagnosticaron a las 29 semanas o mayor a esta edad gestacional.

En nuestro estudio todas las gestantes implicadas recibieron tratamiento lo cual difiere con Leguizamón<sup>7</sup>, quien afirma que en el primer año de su investigación 95% recibieron tratamiento y en el segundo año 85%.

## CONCLUSIONES

- La prevalencia de sífilis gestacional de los establecimientos de salud del distrito de Pangoa - Junín en el año 2017 fue 2,49%.
- Se presentaron más casos de sífilis gestacional (51,61%) en mujeres menores o igual a 19 años, la mayoría de ellas (48,39%) con grado de instrucción secundaria; de procedencia rural (51,61%) y convivientes (54,84%).
- Las gestantes que presentaron sífilis en su mayoría fueron primigestas (45,16%); la mayoría (83,87%), no presentaron antecedentes obstétricos patológicos. El diagnóstico fue realizado en el primer trimestre (48,39%) y durante el primer control pre natal (96,77%).
- La totalidad de las gestantes con diagnóstico de sífilis recibieron tratamiento y control de acuerdo a la norma técnica.

## RECOMENDACIONES

Al personal de salud que trabaja en los diferentes establecimientos de salud del distrito de Pangoa:

- Se recomienda redoblar esfuerzos en la prevención de las ITS, y se continúe aplicando estrategias exitosas como el tamizaje rápido del Treponema Pallidum en la primera atención prenatal.
- Mejorar el registro electrónico y físico en el programa.

Al personal obstetra

- Proponer estrategias para hacer un sistema de seguimiento e innovar las herramientas en la prestación de servicios que respondan a las necesidades de las usuarias de acuerdo a las características encontradas.

A la comunidad científica

- Continuar investigando para mejorar el servicio de obstetricia de los establecimientos de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

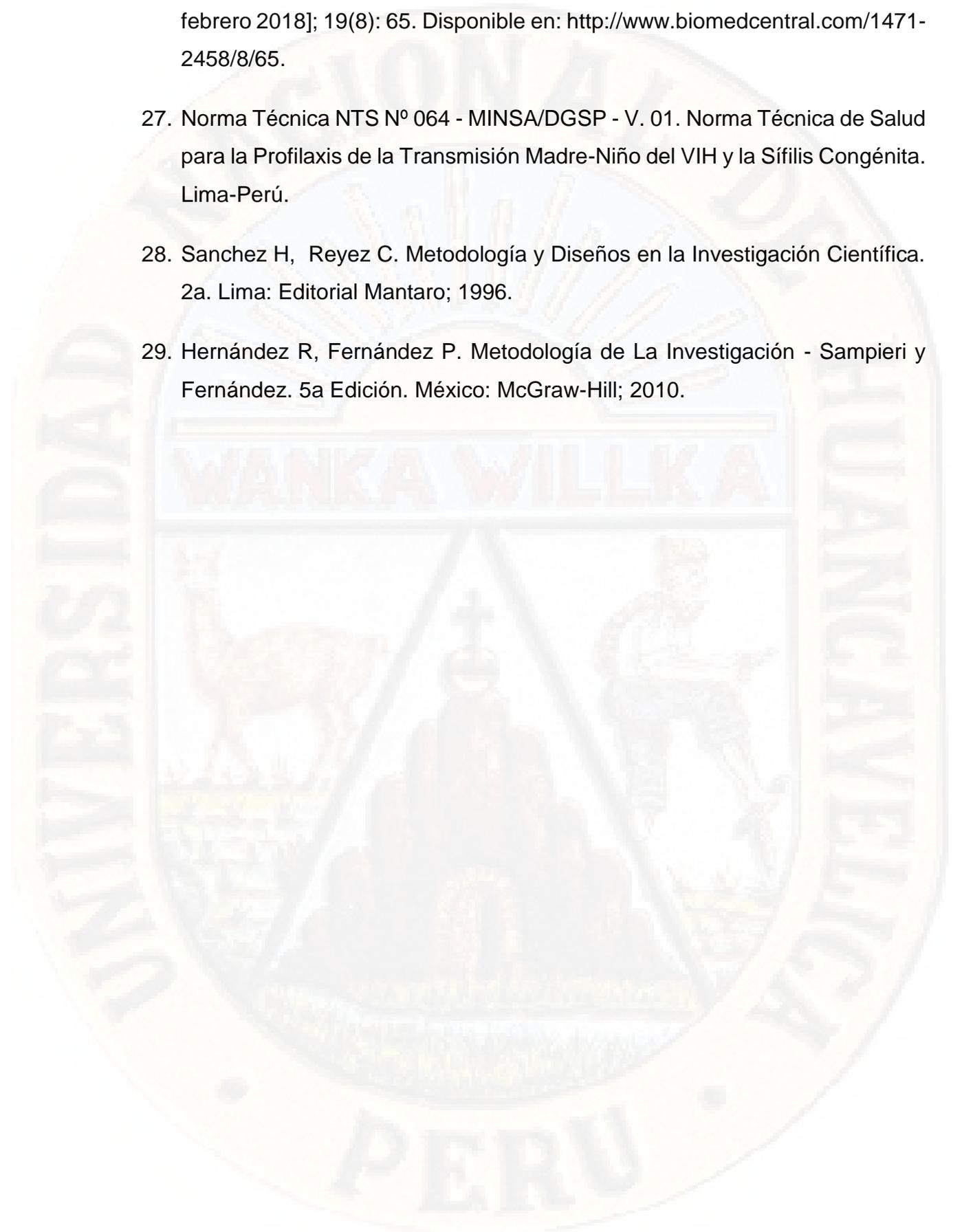
1. World Health Organization. Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections Overview and Estimates. Geneva; 2011.
2. Arnesen L, Martínez G, Mainero L, Serruya S, Durán P. Gestational syphilis and stillbirth in Latin America and the Caribbean. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 128(3):241-5.
3. Bradley H, Tapia V, Kamb ML, Newman LM, García PJ, Serruya SJ, et al. Can the Perinatal Information System in Peru be used to measure the proportion of adverse birth outcomes attributable to maternal. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 36(2): 73-9.
4. Revollo et al. Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia. *Salud Publica Mex* 2007; 49(6):422-8.
5. Galeano C, García W, Congote L, Vélez M, Martínez D. prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, colombia, 2010. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2012; 63(4):321-6.
6. Agudelo R, Medina M, Cardona D. Caracterización de la sífilis congénita y gestacional en Caldas, Colombia. *Arch Med* 2016; 16(2):326-4.
7. Leguizamón R, Vega M, Godoy G. Sífilis en gestantes y en recién nacidos. *Rev. Nac.* 2013; 5(1):28-33.
8. Gonzales GF, Tapia V, Serruya SJ. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2014; 31(2):211-21.
9. E. H. Hudson. Treponematosi in Perspective. *Bull. World Health Org.* 32: 737,1965.

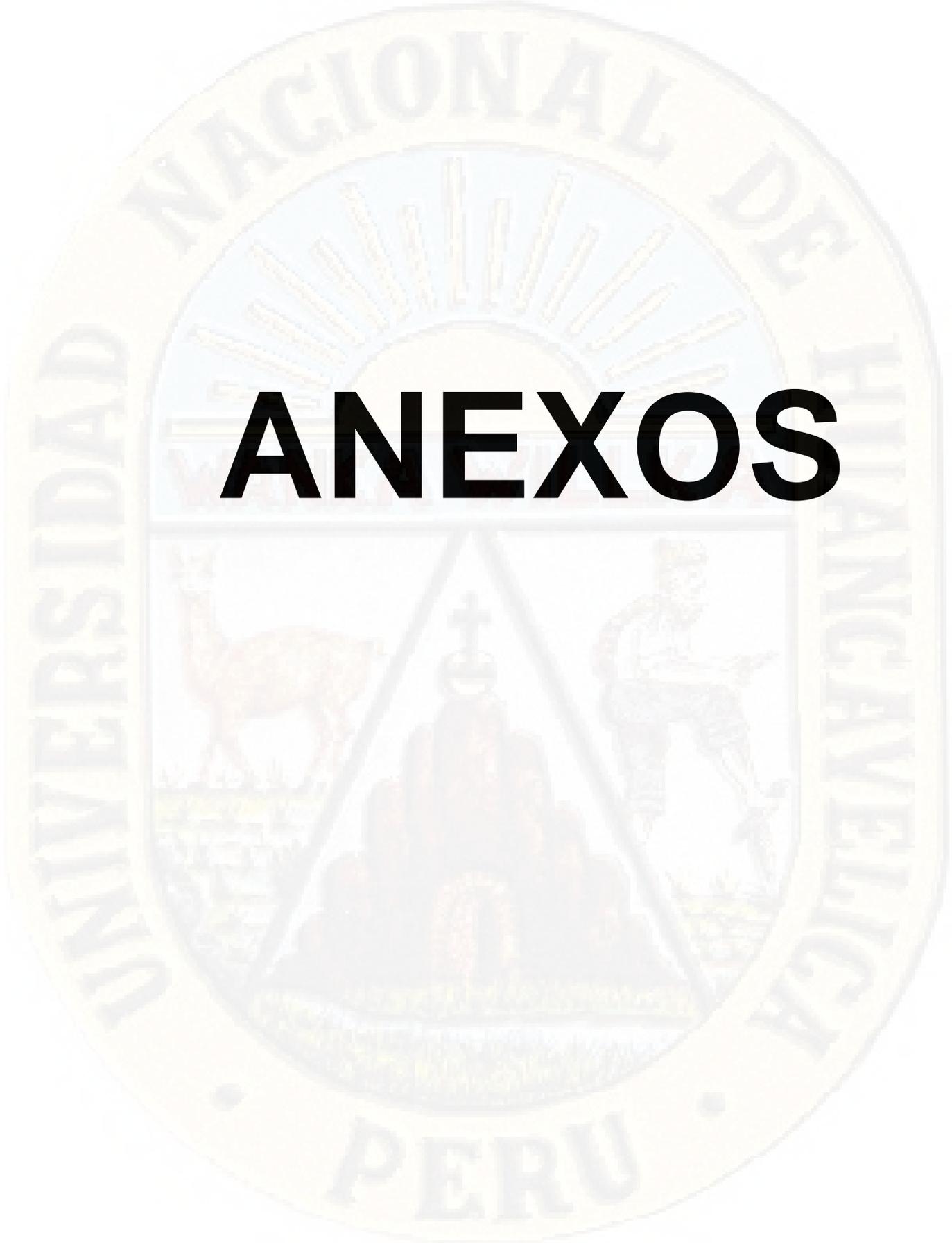
10. Rothschild, B. M. History of Syphilis. CID. 40: 1454- 1463, 2005. De Melo FL, de Mello JCM, Fraga AM, Nunes K, Eggers S. Syphilis at the Crossroad of Phylogenetics and Paleopathology. PLoS Negl Trop Dis 4(1): e575. doi:10.1371/journal.pntd.0000575, 2010
11. Jaramillo A. Sífilis en Bogotá de 1907 a 2013. Rev. Med. FCM-UCSG. 2014; 18(3):200-13.
12. Mikalová L, Pospíšilová P, Woznicová V, Kuklová I, Zákoucká H, Šmajš Mikalová D. Comparison of CDC and sequence based molecular typing of syphilis treponemes: tpr and arp loci are variable in multiple samples from the same patient. BMC Microbiology. 2013; 13:178-85.
13. Peng R, Wang A, Li J, Tucker J, Yin Y, Chen X. Molecular Typing of Treponema pallidum: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Negl Trop Dis. 2011; 5(11): e1273. doi:10.1371/journal.pntd.0001273.
14. Ministerio de Salud. Resolución 412. Normas técnicas y guías de atención integral; versión actualizada 2007. Visitada en 2017 Diciembre 10. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/Actual/htmlnormas/ntsifili.htm>
15. Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno-fetal. Enfermedades infecciosas y embarazo II. Madrid, España: Editorial Panamericana; 2007. p. 721-24.
16. Hook E. Syphilis. The Lancet. [Internet] 2016; [citado el 06 de febrero 2018]; 389(10078): 1550–7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32411-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32411-4)
17. Organización Panamericana de la Salud, Unidad VIH/SIDA. Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington DC: OPS. Febrero de 2004, Hallado en: [http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis\\_cong\\_hi.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf). Acceso en 1 de mayo de 2019.

18. NAIDS/Organización Mundial de la Salud. Vigilancia del VIH de segunda generación. El Próximo decenio. (WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5 UNAIDS/00.03S)
19. Galban E, Benzaken A, Situación de la Sífilis en 20 Países de Latinoamérica y El Caribe: Año 2006. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2007; 19(3-4): 166-172.
20. Salmavides-Cuba F, Banda-Flores CL. Sífilis en la gestación. *Rev Per Ginec Obst.* 2010; 56:202-8.
21. Perú, Ministerio de Salud. Plan nacional de prevención y control de la transmisión madre - niño de VIH y sífilis: 2007-2011 / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA - - Lima: Ministerio de Salud; 2007.
22. García PJ, Chavez S, Feringa B, Chiappe M, Li W, Jansen KU, et al. Reproductive tract infections in rural women from the highlands, jungle, and coastal regions of Peru. *Bull World Health Organ.* 2004 Jul; 82(7):483-92.
23. Gonzales GF. La adolescencia en el Perú. Lima: UPCH 1994:1-324.
24. NIMH Collaborative HIV/STD Prevention Trial Group. Sexually transmitted disease and HIV prevalence and risk factors in concentrated and generalized HIV epidemic settings. *AIDS* 2007 Apr; 21 Suppl 2:S81-90.
25. Bartlett EC, Zavaleta C, Fernández C, Razuri H, Vilcarromero S, Vermund SH, et al. Expansion of HIV and syphilis into the Peruvian Amazon: a survey of four communities of an indigenous Amazonian ethnic group. *Int J Infect Dis.* [Internet] 2008; [citado el 06 de febrero 2018]; 12(6): 89-94. Disponible en: <http://dx.doi: 10.1016/j.ijid.2008.03.036>.
26. Clark J, Konda K, Munayco C, Pún M, Lescano A, Leon S, et al. Prevalence of HIV, herpes simplex virus-2, and syphilis in male sex partners of pregnant women in Peru. *BMC Public Health.* . [Internet] 2008; [citado el 06 de

febrero 2018]; 19(8): 65. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/65>.

27. Norma Técnica NTS N° 064 - MINSA/DGSP - V. 01. Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita. Lima-Perú.
28. Sanchez H, Reyez C. Metodología y Diseños en la Investigación Científica. 2a. Lima: Editorial Mantaro; 1996.
29. Hernández R, Fernández P. Metodología de La Investigación - Sampieri y Fernández. 5a Edición. México: McGraw-Hill; 2010.





# ANEXOS

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADÍSTICO
<p>¿Cuáles son las características de las gestantes con sífilis en el distrito de San Martín de Pangoa - Junín 2017?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar las características de las de gestantes con sífilis del distrito de San Martín de Pangoa - Junín, 2017.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>a. Determinar la prevalencia de sífilis gestacional atendidas en los establecimientos de salud del distrito de San Martín de Pangoa - Junín, 2017.</p> <p>b. Determinar las características socio demográficas de las gestantes con sífilis atendidas en el distrito de San Martín de Pangoa - Junín, 2017</p> <p style="padding-left: 20px;">Determinar las características obstétricas de las gestantes con sífilis atendidas en el distrito de San Martín de Pangoa - Junín, 2017.</p> <p style="padding-left: 20px;">Determinar el cumplimiento del tratamiento de la sífilis en las gestantes del distrito de San Martín de Pangoa en el año 2017.</p>	<p>En la presente investigación no se ve por conveniente formular una hipótesis.</p>	<p><b>Variable</b> Características de las gestantes con sífilis .</p>	<p><b>POBLACIÓN</b> Está conformado por todas las gestantes con RPR (+) del distrito de Pangoa.</p> <p><b>MUESTRA Y MUESTREO.</b> La muestra es censal.</p>	<p>Descriptivo simple retrospectivo de corte transversal, La unidad de análisis será la gestante con RPR (+). Esquema:</p> <p style="text-align: center;"><b>M      O</b></p> <p>Donde: <b>M:</b> muestra <b>O:</b> Observación de la variable</p>	<p>Instrumento: ficha de recolección de datos</p>	<p>Para el procesamiento y análisis de datos se usó la hoja de cálculo de Microsoft Excel</p>

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La presente ficha tiene por finalidad obtener información sobre las características de las gestantes que tuvieron sífilis en el distrito de San Martín de Pangoa; se recolectarán los datos solicitados de forma fehaciente y tras una revisión exhaustiva de las historias clínicas de los establecimientos de salud de la jurisdicción.

EDAD: .....AÑOS CUMPLIDOS

GRUPO ETÁREO EN EL QUE DIAGNOSTICA SIFILIS

<= DE 15 AÑOS  16 A 19 AÑOS  20 A 34 AÑOS  >= 35 AÑOS

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

INICIAL  PRIMARIA  SECUNDARIA  SUPERIOR

LUGAR DE PROCEDENCIA:

RURAL  URBANO

ESTADO CIVIL:

SOLTERA  CASADA O CONVIVIENTE

SEPARADA  VIUDA

EDAD GESTACIONAL EN LA CUAL SE DIAGNOSTICÓ SIFILIS.....

NUMERO DE EMBARAZOS

PRIMIGESTA  SEGUNDIGESTA  MULTIGESTA

NUMERO DE HIJOS VIVOS

NINGUNO  UNO  DOS  TRES  MAS DE TRES

ABORTOS SI  NO

PARTOS PRE TERMINO SI  NO

NUMERO DE HIJOS FORMULA OBSTETRICA: G P

LA GESTANTE CUMPLIÓ CON EL TRATAMIENTO SI  NO

GESTANTE ACUDIÓ A SUS CONTROLES. SI  NO