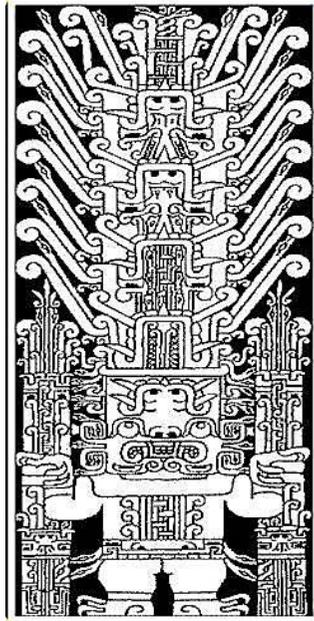


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



**SEROPREVALENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA Y FACTORES
ASOCIADO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
2010-2017**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

AUTORA:

CHUCOS URCUHUARANGA GABRIELA ROCÍO

ASESOR

Dr. WILFREDO CASTILLO BAZAN

LIMA - PERU

2018



DEDICATORIA

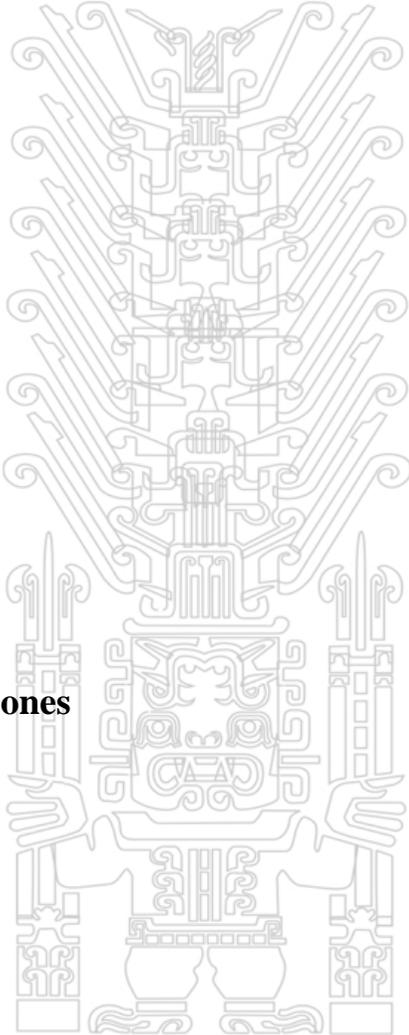
A mis padres por su amor sincero y por estar siempre en cada paso que doy, siendo la fuerza que me impulsa a ser mejor cada día.

A mis hermanos por brindarme su apoyo incondicional

A todos aquellos que de alguna manera me impulsaron a crecer como profesional y persona.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	6
Materiales y Métodos	8
Resultados	20
Discusión	31
Conclusiones y recomendaciones	33
Referencias Bibliográficas	36
Anexos	38



RESUMEN

Objetivos: Determinar la seroprevalencia de sífilis congénita además de los factores asociados en las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Material: ficha de recolección de datos, programa SPSS 20.0.

Métodos: Descriptivo, retrospectivo, de corte transversal de los expedientes clínicos de los pacientes ingresados a los servicios de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante enero del 2010 a diciembre del 2017.

Resultados: La prevalencia de sífilis en gestantes para el año 2010 – 2017 fue de 2.11 por cada 1000 nacidos vivos. Un 65.6 % de madres con sífilis se encontraba entre 20 - 35 años de edad, un 76,6% son convivientes, el 90.7% son amas de casa, un 39.1% se expuso a algún habito nocivo. El análisis de riesgo mostro, sin CPN 2.4. Consumo de drogas 7.28 secundaria incompleta 3.72 y prematuridad 2.5

Conclusiones: La Prevalencia de sífilis en gestantes para el año 2010-2017 en el Hospital encuentra en 2.11 por cada 1000 nacidos vivos. En mayor porcentaje: la mayoría eran convivientes, amas de casa, consumidoras de alcohol, la mitad de gestantes no culmino la secundaria. Un 70.3% tuvo de 2 -3 parejas sexuales. La mayoría de mujeres no tuvo un buen control prenatal según lo establecido.

Palabras clave: sífilis gestacional, sífilis congénita, factores de riesgo, prevalencia.

ABSTRACT

Objectives: To determine the seroprevalence of congenital syphilis in addition to the associated factors in pregnant women treated at the Hipolito Unanue National Hospital.

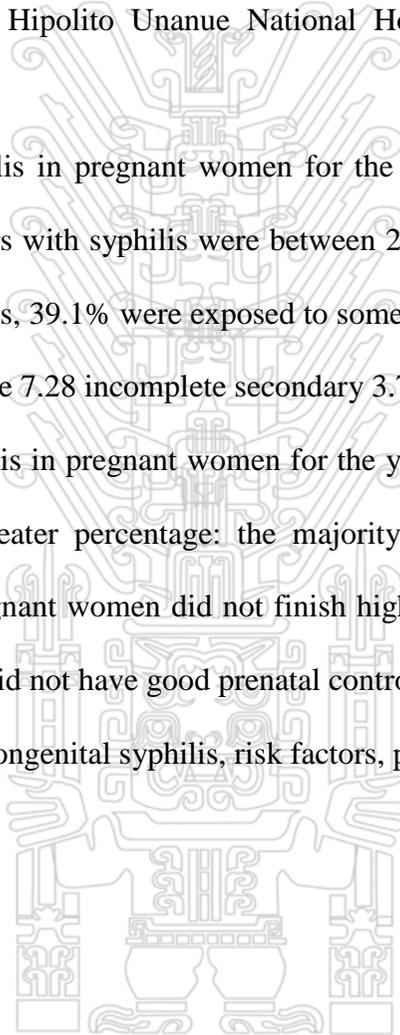
Material: data collection form, SPSS 20.0 program.

Methods: Descriptive, retrospective, cross section of the clinical files of the patients admitted to the Neonatology services of the Hipolito Unanue National Hospital during January 2010 to December 2017.

Results: The prevalence of syphilis in pregnant women for the year 2010 - 2017 was 2.11 per 1,000 live births. 65.6% of mothers with syphilis were between 20 - 35 years of age, 76.6% were cohabiting, 90.7% were housewives, 39.1% were exposed to some harmful habit. The risk analysis showed, without CPN 2.4. Drug use 7.28 incomplete secondary 3.72 and prematurity 2.5

Conclusions: Prevalence of syphilis in pregnant women for the year 2010-2017 in the Hospital is 2.11 per 1,000 live births. In greater percentage: the majority were cohabitants, housewives, consumers of alcohol; half of pregnant women did not finish high school. 70.3% had 2 -3 sexual partners. The majority of women did not have good prenatal control as established.

Key words: gestational syphilis, congenital syphilis, risk factors, prevalence.



I. INTRODUCCIÓN

Se realizó un estudio sobre Seroprevalencia de Sífilis en mujeres embarazadas en San Luis Potosí. México 2010 donde se afirma que “En los 6 meses de estudio se encontró 12 mujeres con VDRL positiva de un total de 1857. Del total la mayoría eran mayores en edad, mayor de 2 embarazos, solteras La seroprevalencia sífilis en la población fue de 0.27%” (Noyola, Malacara, & Torres, 2010,p.152).

En el estudio Situación de la sífilis en 20 Países de Latinoamérica y el Caribe 2009. Se refiere que:

De los 19 países de un total de 72.625 se encontró 8423 con sífilis congénita y 31688 casos de sífilis. En Perú se encontró 4521 casos de sífilis y 517 casos de sífilis congénita. Las ITS son enfermedad a nivel mundial en su mayoría de los países de América Latina , teniendo consecuencias económicas, sociales y de salud muy importantes, la sífilis suele afectar a las mujeres en edad reproductiva y a la vez a sus hijos, por este motivo los programas de salud deben brindar atención preferencial en este grupo poblacional (...) De las 20 naciones en estudio en 12 se presentó que la tasa de incidencia se encuentra por encima de 0,5 x 1000 nacidos vivos (...) La importancia radica en la capacidad de transmisión que tiene una mujer gestante con sífilis de infectar a su hijo, en cualquier momento de la gestación, lo que puede originar elevadas tasas de mortalidad perinatal(...) Se evidencia que la edad promedio de las primeras relación sexuales se encuentra entre 18 años en Perú (Galban & Benzaken, 2009,p.170).

Se realizó un estudio de Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. 2012, concluyéndose que:

Se estudió a 652 636 gestantes encontrándose 3580 casos de sífilis materna. Un 67.7 % se encontraba entre 20-34 años de edad, 59 % presento estudios de secundaria, un 73.8 % eran

convivientes, el 36.1 % presento de 1-5 CPN. Se detectó sífilis gestacional en 1957 en gestantes menor a 24 semanas, un 53.8 % tuvo de 1-3 hijos. 309 madres refirieron muerte perinatal previa. La autora también compara a gestantes por regiones evidenciando que las mujeres de la selva en comparación con las de la costa son de menor edad, convivientes en su mayoría, nivel de educación baja, acudieron a menos controles prenatales y tienen mayor antecedentes de niños con bajo peso al nacer y muerte perinatal. La prevalencia de sífilis materna en el Perú es de 0.7. **(Gonzales, Tapia, & Serruya, 2012,p.214).**

En el estudio de Factores de riesgo sociodemográficos y de prestación de servicios relacionados con la transmisión materno infantil de la sífilis congénita en el departamento de magdalena enero de 2010 a agosto 2013. (2015) se concluye que:

Durante el periodo de estudio se encontró 124 casos de gestantes con sífilis y un 51,2 % de los casos de sífilis se encuentran entre los 25 a 35 años de edad, perteneciendo a un nivel económico bajo (62,2%). La mayoría de madres culminaron secundaria (64.6 %), un 84.3 % viven en pareja. Más de la mitad de las madres (83,5%) acudió a CPN teniendo entre 4-6 controles (37.8 %) realizando el CPN en el primer trimestre de embarazo (40.2%) y un 81.9 % refieren no tener ninguna ITS. **Ponzón, H. (2015) *Factores de riesgo sociodemográficos y de prestación de servicios relacionados con la transmisión materno infantil de la sífilis congénita en el departamento de magdalena enero de 2010 a agosto 2013*(Tesis de Maestría) Universidad del Norte, Colombia.p.54.**

Se realizó un estudio sobre la sífilis gestacional e congénita en Palmas, Tocantins, 2007-2004. 2014, donde se concluye que:

Durante el 2007 al 2014 se identificaron 171 gestantes con sífilis y 204 de sífilis congénita. El 2014 presenta un mayor número de notificados de sífilis gestacional con una prevalencia

de 7,5 por cada 1000 nacidos vivos. Los años anteriores fue de 4,2 por 1000 nacidos vivos. La mayoría de las gestantes (116) se encontraba entre 20-34 años. 76.0 % tenían secundaria incompleta y un 71.9 % con diagnóstico tardío de sífilis, control prenatal un 81.4 %.(Alves de Mendonça, Bernrdes, & Diaz, 2014, p.257).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la seroprevalencia de sífilis congénita y factores asociados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo comprendido entre los años 2010-2017?

Objetivo general:

- Determinar la seroprevalencia de sífilis congénita en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2010-2017

Objetivos específicos:

- Determinar las características generales de los recién nacidos con sífilis congénita en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2010 2017
- Determinar las características serológicas de los recién nacidos con sífilis congénita en el Hospitales Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2010-2017
- Determinar las características maternas de los recién nacidos con sífilis congénita en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2010-2017
- Determinar la morbilidad de los recién nacidos con sífilis congénita en los Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2010-2017

Hipótesis

- Existe una alta seroprevalencia de sífilis congénita en los Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2010-2017

- HIPOTESIS NULA: No Existe una alta seroprevalencia de sífilis congénita en los Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2010-2017

II. MÉTODO

Tipo de estudio:

- Descriptivo, retrospectivo, corte transversal de los expedientes clínicos de los pacientes ingresados a los servicios de neonatología de los Hospitales Nacional Hipólito Unanue en el periodo comprendido de enero del 2010 a diciembre del 2017.

Área de estudio:

Hospital Nacional Hipólito Unanue, servicio de neonatología.

Población/muestra

Población

- Pacientes ingresados al servicio de neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo comprendido de enero del 2010 a diciembre del 2017.

Muestra

- Pacientes ingresados a los servicios de neonatología de los Hospital Nacional Hipólito Unanue con el diagnóstico de sífilis congénita en el periodo comprendido de enero del 2010 a diciembre del 2017.

Unidad de análisis

- Pacientes con sífilis congénita que ingresan a los servicios de neonatología de los Hospitales Nacional Hipólito Unanue servicio en el periodo que comprende el estudio.

Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión para los casos fueron:

- Recién nacidos que hayan nacido en Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Diagnóstico de sífilis congénita a través de la serología.

Criterios de exclusión:

Los criterios de exclusión para casos y controles fueron:

- Neonatos que no tengan diagnóstico de sífilis congénita a través de la serología
- Neonato de madre serológicamente positiva, pero, con FTA abs. negativo confirmatorio

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumentos de recolección de datos

- Se usó una ficha de recolección de datos validada por expertos en la materia. El Jefe del departamento de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue y colaboradores.

Validez y precisión de los instrumentos

- El instrumento está validado porque a juicio de expertos es factible la realización del presente trabajo de investigación.

Codificación

- Las variables que se usan se codificaran para su análisis estadístico.

Proceso de recolección, procesamiento y análisis de datos

Para la realización del presente trabajo se procederá de la siguiente manera:

- Previa autorización del Jefe de neonatología del Hospital Hipólito Unanue se procederá a la búsqueda del número de historia (previo permiso y autorización del jefe de la Unidad de

Archivo de Historias Clínicas) de aquellos pacientes que ingresaron al servicio durante el periodo que comprende el estudio, utilizando para esto, el libro de ingresos con que cuenta cada servicio y se procederá a seleccionar a los pacientes que ingresaron con diagnóstico de sífilis congénita.

- Después de obtener las historias clínicas con los pacientes cuyo diagnóstico era confirmatorio por serología se procederá a la recolección de datos usando una Ficha de Recolección de datos.

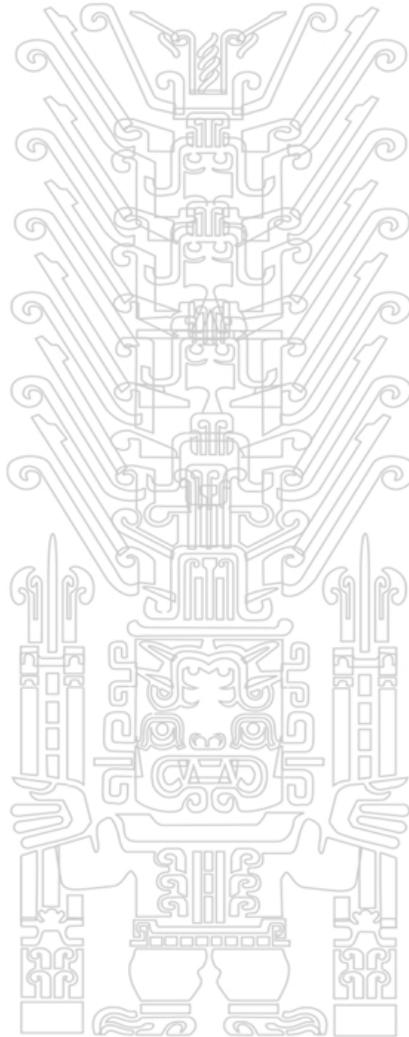
Procesamiento y pruebas de análisis estadísticos:

Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenarán y procesarán en una computadora personal, valiéndonos de los programa SPSS 20.0. y Excel 2013.

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Edad de la madre
- Clasificación del recién nacido.
- APGAR al nacimiento.
- Peso al nacer.
- Estado civil
- ocupación
- Grado de instrucción
- Número de embarazos
- Control prenatal
- Edad gestacional
- N° de parejas sexuales

- Hábitos nocivos(Consumo de drogas)
- Rotura membranas >24hs
- Contracepción al alta
- Prematuros
- Mortalidad Neonatal precoz



Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías/ Dimensiones	Nivel de Medición	Unidad de Medida	Instrumento
Edad de la madre	cuantitativa	Edad cronológica en años de madre.	Edad cronológica en años de madre.	<ul style="list-style-type: none"> • De 15 a 19 años • De 20 a 35 años • De 36 a 43 años 	Discreta	Años	Referencia de hoja de obtención de datos
Clasificación del recién nacido.	cualitativa	Clasificación por peso y edad gestacional por examen físico por el método de Capurro	Clasificación por peso y edad gestacional por examen físico.	<ul style="list-style-type: none"> • PEG • GEG • AEG 	Nominal	Clasificación	Referencia de hoja de obtención de datos

APGAR al nacimiento.	Cualitativo	Puntaje de APGAR al nacimiento, al minuto y a los 5 minutos.	APGAR al minuto y a los 5 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> • 7-10 • 4 - 6 • 0 - 3 	Ordinal	Puntaje de 0 a 10	Referencia de hoja de obtención de datos
Peso al nacer.	Cualitativo	Peso en gramos al nacimiento	Peso en gramos al nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Peso adecuado. • Bajo peso al nacer • Muy Bajo peso al nacer 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 2500-3999 gr. • <2500 gr • <1000 gr. 	Referencia de hoja de obtención de datos
Estado Civil	Cualitativo	Relación de la madre según el registro civil	Condición de una persona en relación con otra según el registro civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Conviviente • Casada • Divorciada • Viuda 	Nominal	Estado civil	Referencia de hoja de obtención de datos

ocupación	Cualitativa	Trabajo de manera regular que realiza la madre y le reporta ingresos económicos	Trabajo diaria que realiza la madre y le reporta ingresos económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleada de hogar • Negociante • otro 	Nominal	• Ocupación	Referencia de hoja de obtención de datos
Grado de instrucción	Cualitativa	Grado de estudios alcanzado por la madre.	Grado de instrucción alcanzado por la madre.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Superior técnica 	Ordinal	• Grado de instrucción	Referencia de hoja de obtención de datos

				<ul style="list-style-type: none"> • Superior universitario 			
Número de embarazos	Cuantitativa	Numero de gestaciones incluyendo la actual	Numero de gestaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Un embarazo • Dos embarazos • Tres embarazos • Cuatro embarazos • Cinco embarazos • Seis embarazos 	Ordinal	• Gestaciones	Referencia de hoja de obtención de datos
Control prenatal	Cualitativo	Número de consultas durante la gestación a un establecimiento de salud	Número de consultas durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si (mayor o igual a 6) • No (menor de 6) 	Nominal	• CPN	Referencia de hoja de obtención de datos

Edad gestacional	Cualitativa	Edad gestacional evaluado en las primeras 24 horas de vida, mediante el método de Capurro	Edad gestacional evaluado en las primeras 24 horas de vida, por examen físico	<ul style="list-style-type: none"> • 9 sem • 10 sem • 12 sem • 15 sem • 21 sem • 32 sem • 35 sem • 36 sem • 37 sem • 38 sem • 39 sem • 40 sem • 41 sem 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • semanas 	Referencia de hoja de obtención de datos
-------------------------	-------------	---	---	---	---------	---	--

N° de parejas sexuales	Cuantitativa	Numero de ´parejas sexuales que tuvo durante su vida	Número de parejas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • 01 pareja (incluida a la actual) • De 2 a 3 parejas • De 4 a más parejas 	Ordinal	• numero	Referencia de hoja de obtención de datos
Hábitos nocivos (Consumo de drogas)	Cualitativo	Hábitos considerados que afectan integridad de la salud de la madre o el RN	Hábitos que afectan la salud del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Alcohol Drogas Tabaco Otros	Referencia de hoja de obtención de datos
Rotura membranas >24hs	Cualitativo	Ruptura de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto	Ruptura de las membranas antes del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	RPM	Referencia de hoja de obtención de datos

Contracepción al alta	Cualitativo	Método anticonceptivo a utilizar antes del trabajo de parto	Método anticonceptivo a utilizar antes del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Contracepción	Referencia de hoja de obtención de datos
Prematuros	Cualitativo	Recién nacido con edad gestacional por examen físico menor de 37 semanas	Recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Prematuridad	Referencia de hoja de obtención de datos
Mortalidad neonatal precoz (hasta 7 días)	Cualitativo	Recién nacido fallecido antes de los 7 días de vida post neonatal	Recién nacido fallecido antes de los 7 días de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Fallecido	Referencia de hoja de obtención de datos

III. RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2017, se registraron un total de 60637 recién nacidos, observándose que el 2010 se tuvieron 8662 nacidos vivos, en el 2011 fueron 7648 en el 2012 fueron 6669, en el 2013 7868 nacidos, en el 2014 fueron 7607, en el 2015 fueron 7757, en el 2016 fueron 6790, en el 2017 fueron 7636 recién nacidos llegando a tener en ese periodo 128 casos de seroprevalencia entre nuestros recién nacidos. De los cuales se tuvieron 128 casos de sífilis congénita por lo que se tomaron 128 controles.

TABLA 1: Edad de la madre diagnosticada con sífilis.

Intervalo de edad	Frecuencia	Porcentaje
De 15 a 19 años	34	26.6%
De 20 a 35 años	84	65.6%
De 36 a 43 años	10	7.8%
Total	128	100%

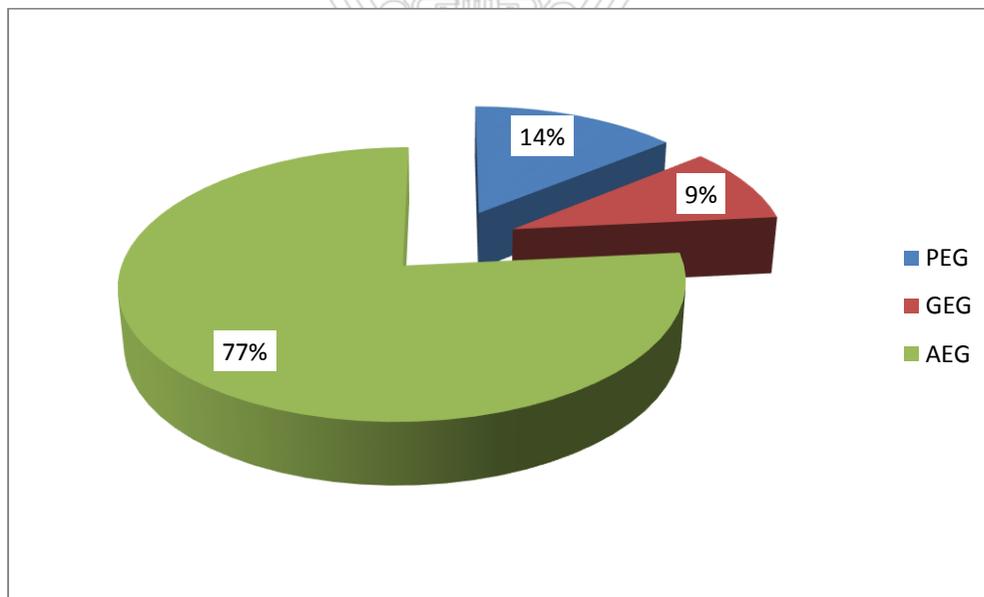
Se evidencia que de las 128 pacientes con diagnóstico de sífilis, un 65.6% de ellas tuvo de 20 a 35 años de edad, un 26,6% entre 15 a 19 años y un 7.8% entre 36 a 43 años de edad. La clasificación de intervalo según la OMS(2018) refiere: adolescente, 10 a 19 años; mujeres adultas, 20 a 35 años; de avanzada edad, de 36 años a más.

TABLA 2: Tipo de terminación

TERMINACION	N	%
Espontánea:	78	60.9%
Cesárea	50	39.1%
TOTAL	128	100%

En nuestro estudio se encontró que la cesárea se realizaron en el 39.1% de los casos, siendo PEG el 14% y GEG 9% de los nacimientos (Gráfico 1). Con APGAR de 4 a 6 en el 9.4% de los casos y de 0 a 3 en el 3.1% de nuestros pacientes (Gráfico 2).

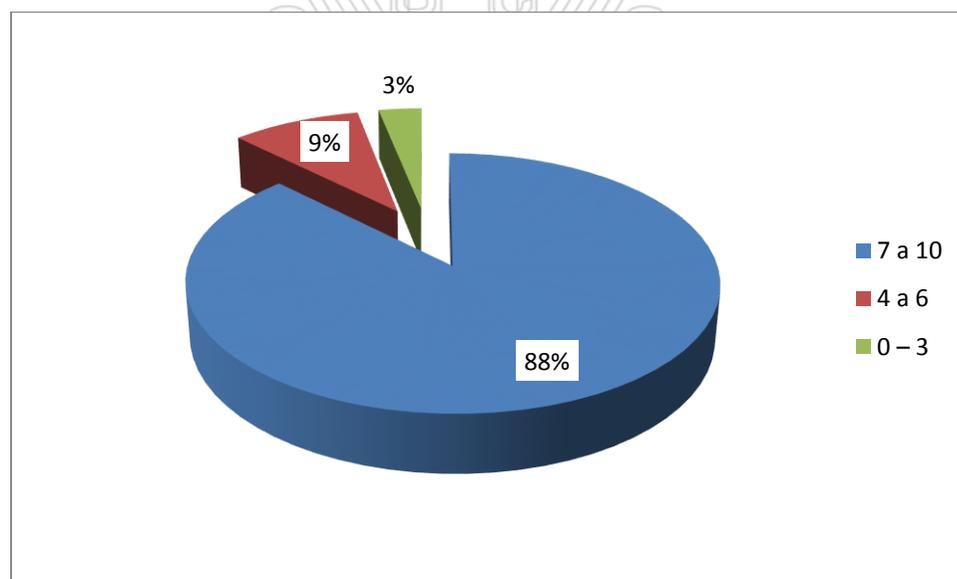
GRAFICO 1: Clasificación de peso y edad gestacional.



Categoría	Frecuencia	Porcentaje
PEG	18	14.1%
GEG	12	9.4%
AEG	98	76.5%
TOTAL	128	100

Se evidencia que un 14.1 % de recién nacido fue PEG. Clasificación obtenida de (MINISTERIOS DE SALUD, 2011,p30).

GRAFICO 2: APGAR al nacimiento.



APGAR A LOS 5 MIN	N	%
7-10	112	87.5%
4 - 6	12	9.4%
0 – 3	4	3.1%
TOTAL	128	100%

TABLA 3: Clasificación de peso.

Clasificación por peso	N	%
Peso adecuado (2500 a 4000 g)	110	85.94%
Bajo peso al nacer (BPN<2500g)	16	12.50%
Muy Bajo peso al nacer (MBPN<1500g-1000gr)	2	1.56%
TOTAL	128	100%

Se tuvieron con bajo peso 16 casos (12.5%) y solo 2 de muy bajo peso 1.56% (tabla N 03). Clasificación de intervalo obtenido de (MINSA, 2017,p15). “donde se considera Peso adecuado (2500 a 4000 g), Bajo peso al nacer (BPN<2500g), Muy Bajo peso al nacer (MBPN<1500g-1000gr)”.

TABLA 4: Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	19	14.8%
Conviviente	98	76,6%
Casada	8	6,3%
Divorciada	3	2,3%
Viuda	0	0%
Total	128	100%

En el cuadro anterior se observa que en cuanto al estado civil de las pacientes un 76,6% son convivientes, un 14.8% son solteras, 6.3% casadas y solo un 2,3 % son divorciadas.

Clasificación de intervalo obtenida (MINSA, 2010,p66).

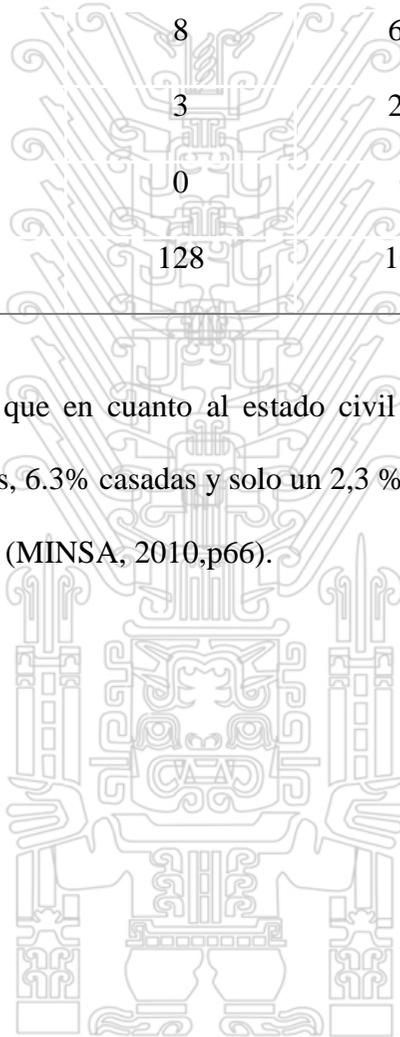


TABLA 5: Grado de instrucción

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	2	1.6%
Primaria incompleta	2	1.6%
Primaria completa	16	12.5%
Secundaria incompleta	36	28%
Secundaria completa	66	51.6%
Superior técnica	4	3.1%
Superior universitario	2	1.6%
Total	128	100%

En la tabla sobre el nivel de estudios, se observa que un 51.6% del total culminó el 5to de secundaria, un 28% tiene secundaria incompleta y 12.5% con primaria completa.

Clasificación de intervalo (MINSA, 2010,p66).

TABLA 6: Ocupación laboral

Ocupación	Frecuencia	Porcentajes
Ama de casa	116	90.7%
Empleada de hogar	4	3.1%
Negociante	4	3.1%
otro	4	3.1%
Total	128	100%

En esta grafica se observa que un 97.7% del total tiene como ocupación ser ama de casa, un 3.1 % laboran como empleadas de hogar, negociantes.

TABLA 7: Número de embarazos.

N ^a de embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Un embarazo	30	23.4%
Dos embarazos	22	17.2%
Tres embarazos	46	35.9%
Cuatro embarazos	12	9.4%
Cinco embarazos	14	10.9%
Seis embarazos	4	3.25%
Total	128	100%

En cuanto al número de embarazos totales se obtuvo: El 35.9% tuvieron 3 embarazos, el 23.4% tuvo 1 gestación y el 17.2% tuvo 2 gestaciones. Se observa que el máximo de gestaciones fue 6. Se obtuvo también como media 2.7 gestaciones \pm 1.4.

TABLA 8: Asistencia al control prenatal (CPN).

CPN	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	17.19
No	106	82.81
Total	128	100%

El control prenatal solo estuvo presente en el 17.19 % y no en el 82.81%.

TABLA 9: Edad gestacional en que se diagnostica la sífilis de la gestante.

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
9 semanas	4	3.1%
10 semanas	3	2.3%
12 semanas	5	3.9%
15 semanas	4	3.1%
21 semanas	6	4.6%
32 semanas	4	3.1%
35 semanas	2	1.6%
36 semanas	6	4.8%
37 semanas	8	6.3%

38 semanas	18	14.1%
39 semanas	30	23.4%
40 semanas	34	26.6%
41 semanas	4	3.1%
Total	128	100%

Se tiene como resultado que un 26.6 % de gestantes fueron diagnosticadas sifilíticas a las 40 semanas y un 23.4% a las 39 semanas; también se puede observar que la gestación mínima fue de 9 semanas y máxima de 41 semanas. Se obtuvo como media 34.56 semanas \pm 9.35.

TABLA 10: Número de parejas sexuales

N° de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
01 pareja (incluida a la actual)	18	14.1%
De 2 a 3 parejas	90	70.3%
De 4 a más parejas	20	15.6%
Total	128	100%

Se evidencia que el 70.3% tuvo entre 2 a 3 parejas sexuales, el 15.6% tuvo más de 4 parejas sexuales y el 14.1% solo tuvo una pareja sexual.

TABLA 11: Hábitos nocivos:

Hábitos nocivos	Frecuencia	Porcentajes
Si	50	39.1%
No	78	60.9%
Total	128	100%

Se observa que un 39.1 % que equivale a 50 gestantes con diagnóstico de sífilis si consumió algún tipo de alucinógeno, mientras un 60.9 % no lo hizo.

TABLA N° 12: Tipo de hábitos nocivos.

Hábitos nocivos	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	33	66%
Drogas	2	4%
Tabaco	15	30%
Otros	0	0%
Total	50	100%

Podemos observar que las 50 gestantes sífilíticas 50 de ellas consumió algún tipo de alucinógeno, siendo en un 66 % el consumo de alcohol, 4% consumo de drogas y un 30% consumió tabaco

TABLA 13: Características obstétricas neonatales.

CARACTERISTICA	N	%
Rotura membranas >24hs	2	1.6%
Contracepción al alta	126	98.4%
Prematuros	14	10.9%
MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, (1 BPN y otro mayor de 2500)	4	0.03

En nuestra serie de pacientes se presentó RPM en dos casos, siendo prematuros en 14 casos y la mortalidad se presentó en 4 casos 0.03 por 1000 nacidos vivos. Decidieron adoptar un método de contracepción antes de salir de alta en el 98.4%,

TABLA N° 14: Regresión logística de los factores de riesgo.

Factores Riesgo Para Sífilis en Recién nacidos	Sig.	OR	IC 95%	
			Lim Inf.	Lim. Super.
CPN				
No	0,001	2,4	1,03	13,14
Si				
Consumo de drogas				
Si	0,00016	7,28	1,12	28,67
No				
Prematuridad				
Si	0,0013	2,5	0,98	21,43
No				
Secundaria incompleta				
Si	0,0001	3,72	0,95	14,81
No				

* Categoría de referencia

Para el análisis multivariado se tomaron los 128 casos y 128 controles (1 control por cada caso) se analizaron todas las variables anteriormente descritas y se obtuvo en 4 OR significativos consumo de drogas con OR de 7.28, secundaria incompleta 3.72, prematuridad 2.5 y CPN 2.4.

IV. DISCUSIÓN

Según MINSA (2012). En el Perú la prevalencia de sífilis durante el embarazo es de 1.4 % y la tasa de recién nacidos con sífilis congénita es de 3,6 casos por 1000 nacidos vivos, siendo alta según la OPS.

La sífilis puede conllevar a parto prematuro, ceguera, sordera, natimortos, bajo peso al nacer, abortos, etc (MINSA, 2012). En nuestro estudio se encontró 14 prematuros y 4 muertes fetales.

En el presente estudio, la prevalencia de sífilis en gestantes, en el Hospital de Nacional Hipólito Unanue 2010-2017 tuvo una prevalencia de 2.11 por cada 1000 nacidos vivos. Es importante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la sífilis y así lo demuestra el estudio realizado por Galeano, García, Congote, Vélez, & Martínez (2013) Donde se obtuvo una prevalencia de sífilis gestacional de 1.4%, el autor menciona que más de la tercera parte de gestantes diagnosticadas con sífilis fueron tratadas inadecuadamente, lo que explicaría la prevalencia obtenida que es mayor a la esperada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Otro trabajo realizado por Hernandez, Hernandez, Uribe, Juárez, & Conde (2006) determinó una prevalencia de sífilis gestacional de 0.3%, la cual es baja según la OPS, Demuestra que el diagnóstico precoz de la sífilis gestacional mediante pruebas treponémicas rápidas permitió el tratamiento oportuno de las gestantes con serología positiva para sífilis. Alves de Mendonça, Bernrdes, & Diaz (2017) menciona que según la OMS en el 2011 cerca del 25 % de los casos no tratados o tratados

inadecuadamente terminaron en aborto espontaneo o natimueertos. En nuestro estudio de la poblacion estudiada se encontro un 0.03% de mortalidad.

Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto que la Sífilis es una enfermedad que sigue afectando a personas sexualmente activas, especialmente mujeres en edad fértil, que al ser infectadas antes o durante la gestación tienen posibilidad de transmitir la infección a su producto, lo que contribuye, directamente, al incremento de la tasa de incidencia de Sífilis Congénita.

Según Gonzales, Tapia, & Serruya(2012). Ponzón, H. (2015).y Alves de Mendonça, Bernrdes, & Diaz (2014) la población que mayormente se afecta de Sífilis son las personas jóvenes entre los 20 a 34 años de edad, intervalo de edad que coincide con el mayor número de mujeres de la población de referencia de este estudio (65.6%) es importante señalar que en esta etapa la mujer se encuentra en la edad reproductiva plena del ser humano y un periodo en cual la gran mayoría de mujeres son gestantes en potencia.

En cuanto a los factores de riesgo encontrados en este estudio se obtuvo principalmente que el 65.6% de las pacientes con sífilis se encontraba entre 20 a 35 años, La edad promedio fue de 26 años \pm 7.3, un 76.6% son convivientes y el 90.7% son amas de casa, situación que posiblemente podría conllevar a una limitación económica y consiguientemente a la dependencia económica de sus respectivas parejas, un 51.6% del total tiene secundaria completa, llevándola a una situación de pocas oportunidades laborales por el bajo nivel de estudios y limitación de conocimiento, además Morales (2010) menciona que un bajo nivel educativo predispone al desconocimiento de esta enfermedad (sífilis), refiere que el bajo nivel educativo presenta un probabilidad de contraer sífilis 3 veces mayor que las mujeres con nivel educativo alto ,concluyendo que conforme el nivel de estudios aumenta, el nivel de conocimientos de las gestantes mejora y viceversa. Villazón, Conde, Juárez, & Uribe (2011) concluye que las mujeres con menor nivel socioeconómico tendrían

menor acceso a la educación formal y al mismo tiempo menos recursos económicos para solventar sus necesidades en salud, haciéndolas susceptibles a las infecciones, Ponzón (2015) concluye que más de la mitad de su población de gestantes con sífilis se encuentran entre 25-35 años y se encuentran en un nivel económico bajo.

La limitación económica a causa de pocas oportunidades laborales podría conllevar a la prostitución, consumo y venta de drogas y delincuencia, factores que contribuirían al riesgo de adquirir sífilis en alguna etapa de su vida.

Según los factores obstétricos conductuales, en cuanto a la asistencia al CPN un 17.19 % tuvieron CPN y sin CPN 82.81%. El retraso en el diagnóstico dificultan un tratamiento oportuno frente a una posible infección, mediante el CPN podemos detectar e intervenir oportunamente frente a posibles infecciones no percibidas por la madre. Ponzón (2015): determinó que el 83,5%(106 gestantes) que tuvieron un control prenatal adecuado refieren ausencia de ITS en un 81.9 %.

El incumplimiento del CPN también es influenciado por el nivel de conocimiento sobre la importancia del mismo.

En el presente estudio un 39.1% confirmó consumir alucinógenos, siendo el alcohol y el tabaco los más consumidos, conllevándolos a conductas de riesgo.

V. CONCLUSIONES

Es posible concluir:

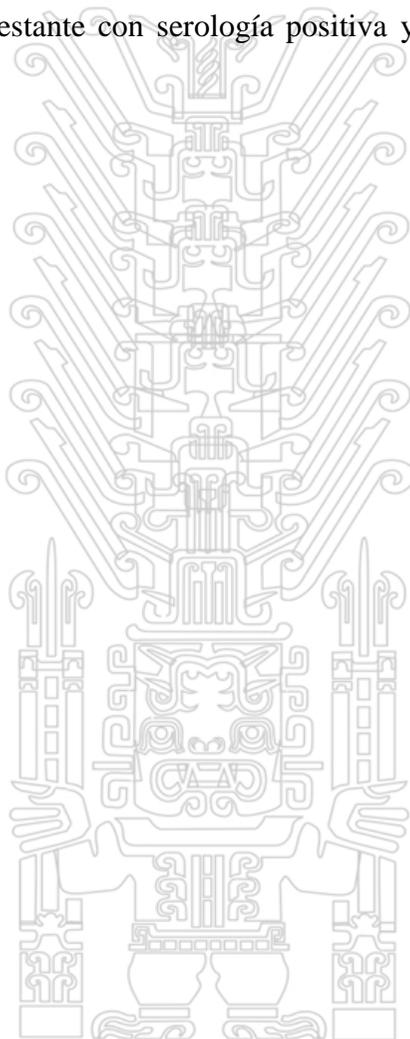
1. La prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el año 2010-2017 fue de 2.11 por cada 1000 nacidos vivos.

2. Los factores de riesgo de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el año 2010-2017 fueron: el estado civil (76.6% son convivientes), ocupación (90.7% son amas de casa), edad materna (65.6 % se encuentra entre 20 -35 años), hábitos nocivos (39.1 %, exponiendo a la madre a otras conductas de riesgo) en cuanto al nivel de estudios más de la mitad de las gestantes no culminó la secundaria.
3. Dentro de las características maternas 70.3 % tuvieron de 2-3 parejas sexuales, un 15,6 % tuvieron más de 4 embarazos.
4. Los factores de riesgo obstétricos – conductuales de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el año 2010-2017 fueron: En cuanto a la asistencia al CPN un 17.19 % si lo hizo y un 82.81% no lo hizo
5. En este trabajo, la edad gestacional en que se detectó sífilis fue a las 40 semanas de embarazo.
6. Las características de los recién nacidos con sífilis congénita fueron: peso y edad gestacional (14.1 % de los recién nacidos fueron pequeños para la edad gestacional y un 1.56 % de los recién nacidos tuvieron muy bajo peso al nacer), en cuanto al APGAR un 3.1% tuvieron un APGAR 0-3), se obtuvo un 10.9 % de recién nacidos prematuros y un riesgo de mortalidad neonatal de 0.03 % de los recién nacidos.
7. El análisis de riesgo mostro, sin CPN 2.4. Consumo de drogas 7.28 secundaria incompleta 3.72 y prematuridad 2.5

RECOMENDACIONES

1. Que los establecimientos de salud de primer nivel garanticen los tamizajes respectivos en gestantes y recién nacidos, debido a que son primer lugar donde la mayor cantidad de población acude, para así detectar y tratar oportunamente las infecciones.

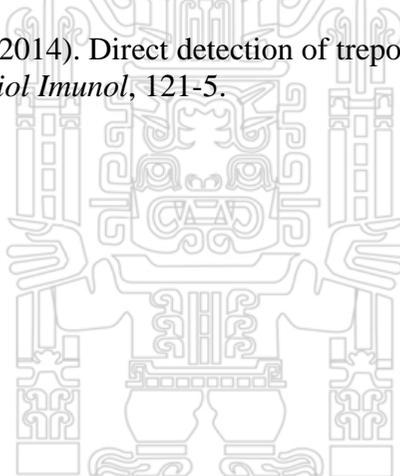
2. Enfatizar en salud sexual y reproductividad sobre el tema de ITS en los centros de estudio, para poder fortalecer los conocimientos respecto a las ITS y posibles causas. A cargo de las entidades encargadas en el control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS)
3. Plantear visitas domiciliarias, principalmente en gestantes identificados con factores de riesgo y negación a los CPN
4. Asegurar el tratamiento para la gestante con serología positiva y su pareja(s) asegurando así el cumplimiento del mismo.



VI. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Alves de Mendonça, P., Bernrdes, R., & Diaz, J. (2017). Sífilis gestacional e congenita en Palmas, Tocantins, 2007-2004. *Epidemiol.Serv.Saude Brasilia*, 257.
- B, C. (1988). revention of congenital syphilis. *Journal article*, 68-70.
- Barranco, M. C., Benitez, L. V., Sánchez, C. E., & Gorodner, A. (2007). Seguimiento de Sífilis en embarazos. *Revista de Posgrafo de la VI a Cateral de Medicina N°170*, 3 ,5 .
- F, M. (2015). Sífilis congénita. *Rev Iatreia Vol S/Nº*, 72-75.
- Fanta, E., & Meneghello, J. R. (2012). *Pediatrics 5ta Ed*. Ed.Panamericana.
- Galban, E., & Benzaken, A. (2007). Situación de la Sífilis en 20 Países de Latinoamérica y El Caribe : año 2006. 167, 170,172.
- Galeano, C. L., García , W. D., Congote, L. M., Vélez, M. A., & Martínez, D. M. (2013). Prevalencia de Sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, Colombia, 2010. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia Vol. 63 N°4*, 321-326.
- Gonzales, G., Tapia, V., & Serruya, S. (2012). Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales publicos del Perú en el periodo 2000-2010. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*, 214-215.
- Hernandez, M., Hernandez, B., Uribe, F., Juárez, L., & Conde, C. (2006). Sífilis materna y congénita en dos hospitales mexicanos: evaluación de una prueba diagnóstico rápida. *Revista de investigacion Clínica Vol 58 Núm 2*, 119-125.
- Holler, L., Harsted, T., Sanchez, P., Twickler, D., & Wendel, G. (2014). Fetal syphilis: clinical and laboratory . *Obstet Gynecol*, 947-53.
- Mandelbrot, L., & Marcollet, A. (2014). Syphilis and pregnancy. *Rev Prat* , 392-5.
- Mandelbrot, L., & Marcollet, A. (20214). Syphilis and Pregnancy. *Rev Prat*, 392-395.
- Mejia, A., Bautista, C., Ayala, C., & Prieto, F. (2009). *Syphilis infection among female sex workers in Colombia*.
- MINISTERIOS DE SALUD. (Junio de 2011).
https://www.unicef.org/peru/spanish/NORMA_CRED.pdf.
- MINSA. (2010). Boletín ETS. Boletín Epidemiológico N°2. Enfermedades de transmisión sexual. Chile.
- MINSA. (2010). Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú. Lima: SAC.
- MINSA. (2012). <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2012/sifilis/index.asp>.
- MINSA. (10 de Julio de 2017).
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/RM_N_537-2017-MINSA.pdf.
- Morales, A. (2010). Factores Sociodemográficos Maternos que predisponen a la presencia de sífilis congénita en el neonato. *Revista enfermería actual en Costa Rica*.
- Moyer, V., Schneide, V., Yetman, R., García, J., & Cooper, T. (2008). Contribution of long- bone radiographics to the managemen of congenital syphilis in the newborn infant. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 353-7.
- Narducci, F., Switala, I., Rajabaily, R., & Decocq, J. (2016). Maternal and congenital syphilis. *Ginecol Obstet Biol Reprod*, 150-160.
- Nelson. (2014). Tratado de Pediatría. En Nelson, *tratado de Pediatría* (págs. 463-464). 17 Ed.Elsevier.
- Noyola, D. (2010). *Seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazads en San luis Potosi Salud Pública de Mexico*. Mexico.

- Noyola, D., Malacara, O., & Torres, A. (2006). Seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas en San Luis Potosi. *Salud publica de Mexico*, 152, 154.
- OMS. (2018). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
- Parra, L., & Wilka, N. (2011). Sífilis congénita en el servicio de neonatología del Hospital Dr. Ramoón Madariaga. *Revista de postgrado de la Catedra de Medicina*, 6-11.
- Ponzón, H. (2015) *Factores de riesgo sociodemográficos y de prestación de servicios relacionados con la transmisión materno infantil de la sífilis congénita en el departamento de magdalena enero de 2010 a agosto 2013*(Tesis de Maestría) Universidad del Norte, Colombia.p.54.
- Rawstron, S., Marcelino, L., Rempel, J., Chery, F., & Bromberg, K. (2014). Congenital Syphilis and fluorescent treponemal antibody test reactivity after the age of 1 year. *Sex Transm Dis*, 412-16.
- Reyes, J., Chorbadjiam , A., Parada, C., Bravo, N., & Araya, C. (2014). Sífilis congénita: optimizando el diagnóstico en 191 neonatos de madres seropositivas. *Rev Chil Infect*, 307-311.
- Salazar, A., Chávez , A., Garcia, C., & Millan, Z. (2010). Evaluación de métodos diagnostico par asifilis congénita . *Rev Chil infect*, 289-296.
- Ticona, M. B., Huanco, D., Gonzales, J., Riega , R., Pinto, M. R., Ortiz, P., . . . Aldazabal, J. A. (2000). Mortalidad perinatal: estudio colaborativo institucional hospitales del sur del peru-2000. *LILACS*, 12,15.
- Ticona, M. B., Huanco, D., Gonzales, J., Riega , R., Pinto, M. R., Ortiz, P., . . . Aldazabal, J. A. (2000). Mortalidad perinatal: Estudio Colaborativo Institucional Hospitales del Sur del Perú-2000. *LILACS*, 12,15.
- Villazón, N., Conde, C., Juçarez, L., & Uribe, F. (2009). Prevalencia de sífilis materna y evaluacion de una prueba diagnostica rápida en Cochabamba, Bolivia. *Rev Med Chile*, 515-521.
- Woznicova, V., & Heroldova, M. (2014). Direct detection of treponema pallidum in diagnosis of syphilis. *Epidemiol Mikrobiol Imunol*, 121-5.



VII. ANEXOS

Anexo N°1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

SEROPREVALENCIA DE SÍFILIS CONGENITA EN LOS HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE.2010-2017

- 1.-Ficha N°:0.....
- 2.-edad materna: 15-20 (1) 20-35 (2) 36-43 (3)
3. Clasificación del recién nacido: PEG (1) GEG (2) AEG (3)
4. APGAR al nacimiento: 7-10 (1) 4-6 (2) 0-3 (3)
5. Peso al nacer (gramos): peso adecuado (1) bajo peso al nacer (2) MBPN (3)
6. Estado civil soltera (1) casada (2) divorciada (3) conviviente (4) Viuda (5)
7. Ocupación:
Ama de casa (1) empleada del hogar (2) negociante (3) cobradora de combi (4) otro(5)
8. Grado de instrucción:
Sin estudio (1) primaria incompleta (2) primaria completa (3) secundaria incompleta (4)
Secundaria completa (5) superior técnica (6) superior universitario (7)
9. Número de embarazos:
1 (1) 2(2) 3(3) 4(4) 5(5) 6 (6)
10. Vía de nacimiento: Vaginal (1) Cesárea (2).

11 CPN: si (1) no (2)

12.-Edad Gestacional al nacer: ...

13. Número de parejas sexuales: 1 (1) 2-3 (2) 4 o más (3)

14. Hábitos nocivos: si (1) no (2)

Alcohol (1) drogas (2) tabaco (3) otro (4)

15. Complicaciones maternas

Rotura prematura de membranas (1) Preeclampsia (2) otros (3)

16. Complicaciones neonatales:

Prematuros (1) mortinatos (2) sepsis (3) otro (4)

16. contracepción al alta

