

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS GESTACIONAL EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2016 AL 2022**

PRESENTADO POR:

JORGE DAVID ILLANES SILVA (0000-0002-0312-4733)

Para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

ASESOR DE TESIS:

DR. AMILCAR LUIS TINOCO SALAZAR (0000-0001-8437-8219)

TACNA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A mi madre Edda (QEPD), mi gran amiga a quien amo profundamente a pesar del tiempo que no se encuentra conmigo físicamente y que ahora goza de la presencia de Dios.

A mi padre Jorge David, por su apoyo incondicional, confianza y aliento para cumplir mis metas, por sus consejos que me han ayudado a formarme como persona.

A mis hermanas Andrea, Micaela y Alfonsina por su grata compañía y apoyo incondicional, porque juntos hemos disfrutado de los altibajos que nos ha presentado la vida y que son mi ejemplo de fortaleza y perseverancia.

A mis abuelos Florencia y Aquiles, su lucha y dedicación han servido de guía e inspiración a toda nuestra familia para ser mejores cada día.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor Amílcar Tinoco Salazar por su disponibilidad y paciencia en la realización del presente trabajo de tesis.

A mis padres por la confianza, dedicación y amor que nos han brindado a mis hermanas y a mí a lo largo de todos estos años.

A mis tías Maritza, Natividad y Juana por el amor maternal que nos han ofrecido a mis hermanas y a mí en los momentos más difíciles.

Al ingeniero Alejandro Monroy y la profesora Jenny por los consejos y ánimos durante mi desarrollo académico.

A mis amigos que han hecho mi vida más divertida, que han estado en los momentos que más necesitaba su apoyo y que tienen toda mi confianza. Gabriela, Kimberly, Alejandra, las Milagros, Adrián, André, mis primos Jhonatan y Ray.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico de sífilis gestacional en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2016 al 2022. **Material y método:** Estudio observacional de corte transversal, retrospectivo y descriptivo, se realizó la revisión documental a través de la recolección de información de la base de datos (Historias clínicas). Se incluyó 91 gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2016 al 2022 con el diagnóstico de sífilis gestacional. **Resultados:** la población se caracteriza, con edad entre los 20 y 34 años (67,03%), el grado de instrucción de nivel secundario (65%), condición civil conviviente (66%), procedentes de centros de salud de la zona urbana de Tacna, y de nacionalidad peruana. Las pacientes tuvieron más de una gestación (61,54%), el 50,55% sin partos, el 32,97% con uno a más episodios de gesta interrumpida o aborto y el 47,25% tenían como mínimo un hijo vivo. El 56,04% asistió a más de 6 controles prenatales, el inicio de sus controles prenatales fueron durante el primer trimestre de embarazo (37,36%), todas las pacientes tuvieron el diagnóstico de sífilis durante su embarazo, siendo notificadas en el tercer trimestre (39,56%) y diagnosticadas a través de pruebas treponémicas y no treponémicas (45%), el tratamiento ocurrió en el 29,67% en el tercer trimestre, el 91,21% de los casos identificados en los centros de salud de atención; el tratamiento fue adecuado en 47,25% de las pacientes, sin embargo, no se evidenció información en las historias clínicas si la pareja sexual recibieron o no tratamiento (91%); la única coinfección hallada en las pacientes fue virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en 4,40% y las complicaciones fetales fueron sífilis congénita (19,78%), 10,99% con oligohidramnios, 7,69% con ruptura prematura de membrana, 4,40% partos prematuros, un solo producto con retardo de crecimiento intrauterino, un solo caso de oligohidramnios. **Conclusión:** Las pacientes con sífilis gestacional en su mayoría eran jóvenes adultas, con el antecedente de 1 aborto por cada 3 pacientes, con asistencias adecuadas a sus controles prenatales y complicación fetal más frecuente de sífilis congénita **Palabras clave:** Sífilis, Sífilis gestacional, control prenatal, Sífilis congénita

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological profile of gestational syphilis at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna from 2016 to 2022. **Material and method:** Cross-sectional, retrospective and descriptive observational study, documentary review was carried out through the collection of information from the database of data (clinical records). 91 pregnant women treated at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna during the period 2016 to 2022 with the diagnosis of gestational syphilis were included. **Results:** the population is characterized, with age between 20 and 34 years (67.03%), the level of education of secondary level (65%), cohabiting civil status (66%), coming from health centers in the area urban Tacna, and of Peruvian nationality. The patients had more than one pregnancy (61.54%), 50.55% without childbirth, 32.97% with one or more episodes of interrupted pregnancy or abortion, and 47.25% had at least one living child. 56.04% attended more than 6 prenatal controls, the beginning of their prenatal controls were during the first trimester of pregnancy (37.36%), all patients had the diagnosis of syphilis during their pregnancy, being notified in the third trimester (39.56%) and diagnosed through treponemal and non-treponemal tests (45%), treatment occurred in 29.67% in the third trimester, 91.21% of the cases identified in health centers of attention; the treatment was adequate in 47.25% of the patients, however, there was no evidence in the medical records if the sexual partner received treatment or not (91%); the only coinfection found in the patients was human immunodeficiency virus (HIV) in 4.40% and fetal complications were congenital syphilis (37.36%), 10.99% with oligohydramnios, 7.69% with premature rupture of the membrane, 4.40% premature deliveries, a single product with intrauterine growth retardation, a single case of oligohydramnios. **Conclusion:** The patients with gestational syphilis were mostly young adults, with a history of 1 abortion for every 3 patients, with adequate attendance at their prenatal controls and the most frequent fetal complication of congenital syphilis **Keywords:** Syphilis, Gestational syphilis, prenatal control, Congenital syphilis

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I.....	10
1. EL PROBLEMA	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
CAPÍTULO II.....	13
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	13
2.1. CONCEPTOS BÁSICOS	13
2.2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	14
2.2.1. INTERNACIONALES	14
2.2.2. NACIONALES	21
2.3. MARCO TEÓRICO	22
2.3.1. DEFINICIÓN DE SÍFILIS	22
2.3.2. AGENTE ETIOLÓGICO.....	22
2.3.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	24
2.3.4. FACTORES DE RIESGO.....	27
2.3.5. DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN GESTANTES.....	28

2.3.6. TRATAMIENTO PARA PREVENCIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA	32
CAPÍTULO III.....	36
3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	36
3.1. HIPÓTESIS	36
3.2. VARIABLES	36
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	36
CAPÍTULO IV	40
4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	40
4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	40
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
4.3.1. POBLACIÓN	40
4.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
4.3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	41
4.4. TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	41
4.4.1. TÉCNICA	41
4.4.2. INSTRUMENTOS	41
CAPÍTULO V	42
5. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS.....	42
5.1. PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	42
5.2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	42
5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42

CAPÍTULO VI.....	44
6. RESULTADOS.....	44
DISCUSIÓN	52
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS.....	67

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual donde la población más vulnerable a complicaciones son gestantes y niños (1) con incidencia variada de acuerdo a la distribución geográfica y entorno socioeconómico.

Esta enfermedad es detectada en los controles prenatales, en tamizaje por pruebas rápidas y de confirmación(2), cuyos resultados son inmediatos. El personal de salud puede iniciar de manera oportuna el tratamiento de la paciente captada y evitar problemas durante la gestación (3) al ser esta enfermedad una importante carga de morbilidad y mortalidad con consecuencias devastadoras para el feto en caso no sea detectada y tratada precozmente.

Existen diferentes factores por los que, a pesar de tener acceso a este tratamiento de forma gratuita(3), la población en el Perú no llega a erradicar esta enfermedad durante el embarazo, lo que ha sido demostrado en una publicación hecha por el Centro Nacional de Epidemiología de Prevención y Control de Enfermedades en el año 2018 donde se registraron 957 casos de sífilis en gestantes de los cuales se confirmaron 816 hasta la semana número 32 de investigación con una incidencia de sífilis congénita de 0,51 casos por 1 000 nacidos vivos (4).

En el presente proyecto se busca hacer un estudio con pacientes con resultados seropositivo para Sífilis, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2016 a 2022 donde se recopiló datos sobre su perfil epidemiológico. Esta información servirá para identificar a la población que está más propensa a padecer de sífilis durante el periodo de gestación y fortalecer las estrategias a nivel de prevención y control en las atenciones prenatales.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sífilis es provocada por la bacteria *Treponema pallidum* que se transmite a través del contacto sexual, trasplante de órganos, transfusión sanguínea o transmisión vertical(5). Las gestantes infectadas no tratadas o tratadas inadecuadamente pueden experimentar complicaciones durante el embarazo y comprometer la salud fetal(6). Por ello es que durante los controles prenatales se hacen pruebas serológicas y de confirmación para la detección de sífilis cuyos resultados se obtienen a menos de 72 horas(3)

Los inconvenientes que hay para de la erradicación de esta enfermedad es la falta de educación sexual que presenta la población y se refleja con el desconocimiento de elementos de prevención de contagios de infección de transmisión sexual (ITS) (7), el múltiple número de parejas sexuales(8), la inasistencia a controles prenatales, falta de adherencia al tratamiento(9) y el diagnóstico tardío(10).

En el 2020, un millón de personas con infecciones de transmisión sexual, como clamidiasis, blenorragia, tricomoniasis y sífilis, han sido reportadas diariamente según la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo aproximadamente más de siete millones de nuevas infecciones por la bacteria *Treponema pallidum* (11). En el Perú, se han reportado 9 627 casos, entre confirmados y probables, de sífilis en gestantes desde el año 2016 a la semana epidemiológica 7 del año 2022; notificándose en Tacna, 55 casos de sífilis materna y 0,17 casos de incidencias de sífilis congénita (12). Esta enfermedad afecta

potencialmente la salud del recién nacido vivo, presentándose casos con manifestaciones y secuelas tardías en el sistema neurológico, auditivo, renal, estomatológico, entre otros(10).

Además, debido al brote del COVID-19, se ha concentrado gran parte de los recursos humanos y materiales al control de la pandemia, incurriendo a la restricción de controles prenatales que son esenciales para la identificación y tratamiento temprano de los casos de sífilis materna y congénita (12).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales características del perfil epidemiológico de las gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna del año 2016 a 2022?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La sífilis es un problema de salud pública que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2020 se registraron más de siete millones de nuevos casos (11) y en el Perú se reportaron 9 627 casos de sífilis en gestantes desde el año 2016 al 2022 de los cuales 55 casos fueron de sífilis materna en Tacna(12).

En la actualidad se siguen presentando casos de mujeres gestantes que son portadoras de sífilis, el cual son diagnosticadas durante su control prenatal existiendo el abandono del tratamiento adecuado lo que provoca un tratamiento incompleto y aumentando el riesgo de casos de transmisión de la enfermedad al feto durante el embarazo y efectos adversos perinatales(13).

Por lo tanto, el presente proyecto tuvo como finalidad de identificar el perfil epidemiológico de sífilis gestacional en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2016 a 2022 a través de la revisión de historias clínicas del Sistema Informático Materno Perinatal con la autorización de la Dirección Ejecutiva del Hospital Hipólito Unanue, toda la información recolectada, analizada y distribuida fue de manera confidencial. Por tal motivo se planea contar con información actualizada para que las instituciones de salud correspondientes puedan implementar o fortalecer las estrategias de prevención y tratamiento adaptado al contexto local.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil epidemiológico de sífilis gestacional en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2016 al 2022.

1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de las gestantes portadoras de sífilis atendidas el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2016 a 2022.
- Caracterizar el perfil obstétrico de las gestantes portadoras de sífilis atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2016 a 2022.
- Determinar las características clínicas y de tratamiento de los casos de sífilis gestacional en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2016 a 2022.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. CONCEPTOS BÁSICOS

Sífilis congénita: infección del feto por sífilis durante el embarazo cuando la gestante es portadora y no continúa un tratamiento contra *Treponema pallidum*. Esta infección puede provocar aborto, muerte neonatal o infección latente. Otras complicaciones que puede padecer el recién nacido son en el sistema cutáneo, muscular, auditivo, reumatológico, odontológico, entre otros(10).

Control prenatal: Entrevistas que se ofrecen a la pareja con el personal de salud para discutir un plan de parto y las posibles complicaciones maternas, obstétricas y fetales que pueden suceder durante el embarazo y cómo prevenirlas(14).

Adherencia al tratamiento: cambio del comportamiento del paciente en el cual cumple las recomendaciones indicadas por el profesional de salud. La falta de adherencia al tratamiento puede llevar a un peor pronóstico de la enfermedad y a resultados desfavorables(15).

Sífilis confirmada: si prueba rápida treponémica resulta reactiva y RPR cuantitativa mayor o igual a 8 diluciones (16).

Sífilis negativa: si RPR es reactiva con títulos menor a 8 diluciones. Puede confundirse con una cicatriz inmunológica si es que tiene el antecedente de sífilis(17).

2.2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.2.1. INTERNACIONALES

Thuy Trinh y col (realizado en 2019) (18) es una revisión sistemática titulada “Manejo de la sífilis en el embarazo: una revisión de las recomendaciones de las guías de países de todo el mundo” la que toma 64 guías de las cuales 128 países se basan para el manejo de la sífilis durante el embarazo. Se halló que no todas las guías tenían las mismas recomendaciones, pero la mayoría coincidía con la detección de sífilis durante el embarazo, prueba durante el primer control prenatal y uso de penicilina G benzatínica como tratamiento de primera línea. También se demostró la falta de orientación en el manejo de las pruebas o tratamiento de sífilis en algunas guías y que recomendaban detectar o repetir la prueba en el tercer trimestre y/o en el parto a pesar de que los dos primeros trimestres son esenciales para evitar resultados adversos. La Organización Mundial de la Salud recomienda la actualización y adaptación de las guías para un mejor control y manejo de la enfermedad.

Maria Lusia de Morais Belo Bezerra, Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes, João Paulo de Oliveira Nunes, Solma Lúcia Souto Maior de Araújo Baltar, Karina Perrelli Randau (realizado en 2019, Brasil) (19) es un estudio ecológico de base de datos epidemiológicos titulada “Sífilis congénita como medida de salud materno-infantil, Brasil” el cual tomó en cuenta a gestantes y niños menores de 1 año con diagnóstico de sífilis desde 2010 al 2015. Lo que demostró el estudio es que la tasa de incidencia de sífilis

congénita y muerte infantil por sífilis aumentó entre 2010 a 2015, las tasas de sífilis primaria y secundaria aún se mantienen altas en Brasil además de haber aumentado el uso de las pruebas de diagnóstico, se relacionó el aumento de esta tasa de infectados con atenciones prenatales tardías y escasas consultas prenatales, los resultados adversos en gestantes tratadas en el tercer trimestre fue idéntico a aquellas que no fueron atendidas y no todas las gestantes con sífilis confirmado tuvieron un tratamiento adecuado o acceso a ser tratada.

Lívia Azevedo Dantas, Silvana Helena Neves de Medeiros Jerônimo, Gracimary Alves Teixeira, Thais Rosental Gabriel Lopes, Alexandra Nascimento Cassiano, Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho (realizado en 2017, Brasil) (20) es un estudio exploratorio y descriptivo con abordaje cuantitativo titulado “Perfil epidemiológico de la sífilis adquirida diagnosticada y notificada en un hospital universitario materno infantil” en el cual se describió el perfil epidemiológico de los casos de sífilis de mujeres atendidas en el Hospital Universitario Materno Infantil de la ciudad de Santa Cruz, ubicado en Brasil. Se halló que había un predominio de casos en mujeres con bajo nivel de escolaridad, la mayoría era soltera, no hubo tratamiento de la pareja o de las gestantes con sífilis antes del parto lo que explicaría el aumento de la incidencia de los casos de sífilis gestacional y congénita.

Camila Padovani, Rosana Rosseto de Oliveira, Sandra Marisa Pelloso (realizado en 2018, Brasil) (13) es un estudio transversal retrospectivo titulado “Sífilis en la gestación:

asociación de las características maternas y perinatales en una región del sur de Brasil”, analiza la prevalencia de la sífilis en gestantes comparando sus características socioeconómicas, antecedentes reproductivos, controles prenatales y de parto y características del recién nacido. Se descubrió una prevalencia de 0,57% y una asociación de la enfermedad con un bajo grado de instrucción, gestantes sin controles prenatales y las culminaciones de algunas gestaciones se asociaron con prematuridad y bajo peso al nacer.

Siraj Hussien Birkneh Tilahun Tadesse (realizado en 2019, África subsahariana) (21) es una revisión sistemática y meta análisis titulada “Prevalencia de sífilis entre mujeres embarazadas en África subsahariana: revisión sistemática y metanálisis”, se realizó búsquedas en 44 bases de datos y en estudios de prevalencia realizados desde enero de 1999 hasta noviembre de 2018 obteniéndose un total de 175 546 gestantes. Se demostró que la prevalencia de la sífilis en gestantes ha disminuido en 20 años, pero no tanto como se esperaba, por tal motivo se recomienda mejorar el programa de detección y prevención primaria.

Juliana Benítez y col (realizado en 2021, Colombia) (22) es un estudio de corte transversal titulada “Características sociodemográficas y clínicas de la sífilis gestacional en Cali, 2018”. El estudio se basó en 427 casos de sífilis gestacional reportados en Cali, ubicado en Colombia, cuya incidencia fue de 17 casos por cada 1000 nacidos vivos, el 57,1% eran subsidiadas de salud, el 90,4% fue diagnosticada durante el

embarazo, el 47,2% recibió el tratamiento completo con penicilina G benzatínica y el 57,6% de las parejas sexuales tuvo tratamiento. Los resultados demostraron una inadecuada detección temprana y manejo de casos lo que ha llevado a Cali a tener una tasa de sífilis gestacional más alta que la de nivel nacional.

Vilma Costa de Macêdo y col (realizado en 2017, Brasil) (9)

es un estudio de casos y controles titulada “Factores de riesgo de sífilis en mujeres: estudio de casos y controles”, cuyo objetivo fue determinar los factores sociodemográficos, comportamentales y asistenciales de gestantes con sífilis atendidas en siete maternidades. El estudio tuvo como muestra a 239 casos y 322 controles a quienes se le realizó una entrevista durante su hospitalización en hospitales maternos en Recife, Brasil. Se identificaron como factores determinantes el nivel educativo básica incompleta o analfabeta, cuatro o más embarazos, tres o más parejas sexuales en el último año, consumo de drogas antes de los 18 años y por parte de la pareja sexual, una o tres consultas prenatales y antecedentes de infección de transmisión sexual.

Cristiano Leonardo de Oliveria Dia, Dulce Aparecida Barbosa, Paula Hino, Hugo Fernandes, Mônica Taminato (realizado en 2021, Brasil) (6)

es un estudio descriptivo, retrospectivo con enfoque cuantitativo titulado “Perfil clínico-epidemiológico de embarazadas con sífilis en el estado y municipio de São Paulo”, cuyo objetivo fue identificar el perfil clínico-epidemiológico de las gestantes con sífilis en el Estado

y en el Municipio de São Paulo de Brasil entre 2010 a 2019. Se obtuvo 63 995 casos de los cuales en su mayoría se diagnosticó a la paciente durante su primer trimestre de embarazo, su edad promedio fue de 20 a 29 años, su nivel de escolaridad fue secundaria completa, raza fue blanca, se halló pacientes con sífilis latente y primaria y pocas no recibieron tratamiento con penicilina G benzatínica.

Kethelin Pinto Guedes, Alessandra Nunes Farias, Antônia Victória Fernandes, Lis de Lima Calheiros, José Lancart de Lima (realizado en 2022, Brasil) (23) es un estudio transversal titulado “Sífilis gestacional y congénita en Pernambuco: perfil epidemiológico del año 2019” recolectando 3 019 casos de gestantes con sífilis y 1 761 casos de sífilis congénita en menores de 1 año de Pernambuco en Brasil. Se estableció que la mayoría fue diagnosticada en el tercer trimestre, sus edades promedio fueron de 20 a 29 años, el nivel educativo bajo es el más usual, poco más de la mitad de los casos de sífilis congénita equivalen a los casos de sífilis en gestantes de las cuales la mayoría sí tienen controles prenatales, pero fueron tratadas inadecuadamente.

Natãmy Nakano, Ester Namie Hanai, Aline Sauzem Milano, Larissa Schneider, Simone Blythe Williams, Solena Ziemer Kusma (realizado en 2022, Brasil) (5) trata de una investigación retrospectiva y cuantitativa titulada “Perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en la región sur de Brasil de 2015 a 2019 - visión general del diagnóstico y la notificación”. El estudio se realizó en los estados de Paraná,

Santa Catarina y Rio Grande do Sul. Se apreciaron más casos de sífilis gestacional de los cuales destacó Río Grande do Sul y la mayoría se detectaron en el primer trimestre de embarazo.

Angelo Giuseppe Roncalli, Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo, Marquiony Marques Dos Santos, Ana Karla Bezerra Lopes, Kenio Costa de Lima (realizado en 2021, Brasil) (24) es un estudio titulado “Efecto de la cobertura de pruebas rápidas para sífilis en la atención primaria sobre la sífilis en el embarazo en Brasil” que mide la variación en la tasa de detección de sífilis en gestantes de 2012 a 2018 por el aumento de la oferta de pruebas rápidas utilizando variables de salud, servicio y socioeconómico. Se observó que hubo un aumento tanto en la tasa de pruebas rápidas tomadas como en la tasa de detección de sífilis en gestantes.

Rafael Garcia Torres, Ana Laura Neves Mendonça, Grazielle Cezarine Montes, Jacqueline Jácome Manzan, João Ulisses Ribeiro, Marina Carvalho Paschoini (realizado en 2019, Brasil) (25) es un estudio de revisión titulado “Sífilis en el embarazo: la realidad en un hospital público” en el cual se recolectaron datos epidemiológicos, obstétricos y sus desenlaces con la infección de sífilis en gestantes del Hospital de Clínicas de la Universidad de Federal do Triângulo Mineiro de Brasil desde el año 2007 al 2016. Se obtuvo 268 casos, su edad promedio fue 23,6 años, pocas pacientes y parejas completaron adecuadamente el tratamiento, hubo 4 abortos espontáneos, 49 partos prematuros que se

relacionaron con un tratamiento inadecuado y 74,2% de los partos tuvo sífilis congénita.

Julia Gória Ferraz, Ana Flávia de Mesquita Matos, Giovanna Panegassi Peres, Beatriz Camargo Gazzi, Maria Stella Amorim da Costa Zöllner (realizado en 2022, Brasil)

(26) es un estudio epidemiológico descriptivo observacional titulado: “Atención prenatal e incidencia de la Sífilis congénita en Brasil: un análisis comparativo”. Se basó en obtención de datos por Boletines Epidemiológicos de Sífilis de la Salud entre 2009 a 2019. Se obtuvo 181 450 casos de sífilis materna de las cuales 52,2% se diagnosticó durante el control prenatal y 34,7% durante el parto o legrado y no hubo una correcta adherencia al tratamiento.

Noah Kojima, Jeffrey D Klausner (realizado en 2018) (27)

se trata de una revisión titulada: “Una actualización sobre la epidemiología mundial de la sífilis” que nos que nos informa de la situación de la sífilis. Es una enfermedad que se puede identificar y tratar fácilmente, a pesar de ello la cantidad de pacientes infectados ha ido en aumento e incluso ha llegado a permanecer a niveles endémicos en ciertas regiones. Durante los controles prenatales se han detectado y tratado casos de sífilis en gestantes, pero la cantidad de casos de infección por sífilis congénita continúan siendo altas. En algunos países la tasa de infección de transmisión vertical de VIH y sífilis congénita se ha controlado, pero en grupos selectos ha aumentado la cantidad de casos. También la resistencia a los macrólidos en distintas regiones y la falta de penicilina G

benzatina han sido un factor por el cual la cantidad de casos de sífilis no ha disminuido como se esperaba.

2.2.2. NACIONALES

Marlene Raquel Basilio Rojas, Juan Morales (realizado en 2020, Lima) (28) es un estudio descriptivo transversal titulada “Prevalencia de VIH, Sífilis y Hepatitis B en gestantes del primer nivel de atención del Callao”, se registró 5 185 casos desde enero 2019 a junio 2020. Los resultados que sobresalieron fueron que la edad promedio de las pacientes fue 27,69 años, su grado de instrucción secundaria, eran solteras, se dedicaban al cuidado del hogar, y la edad media de inicio de relaciones sexuales fue de 17,3 años, el inicio de los controles prenatales fue en el primer trimestre y las pruebas rápidas reactivas a sífilis fue de 1,08%.

Ricardo Álvarez-Carrasco, Marcos Espinola-Sánchez, Fernando Angulo-Mendez, Luís Cortez-Carbonell, Marina Cabezudo-Reátegui (realizado en 2018, Lima) (29) es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo titulado “Aplicación del algoritmo inverso para diagnóstico de sífilis gestacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú. 2011-2017”. Se tamizó 46 880 gestantes y la incidencia fue de 1,02 por mil nacidos que dieron sífilis activa, fueron escasos el seguimiento serológico y la evaluación de la pareja.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. DEFINICIÓN DE SÍFILIS

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) de etiología bacteriana que se transmite por vía vertical y contacto sexual como sexo vaginal, anal y oral(30).

La sífilis es una infección sistémica progresiva, que cursa con cortos periodos sintomáticos y de latencia de duración variable; afecta únicamente a las personas (31). Otras denominaciones con lo que es conocida la infección es *lúes venérea*, *avariosis*, *morbo gálico mentulagra* o *pudendagra*(32).

La enfermedad se clasifica en estadios clínicos, los síntomas se manifiestan según el estadio en que se encuentre y se separan por periodos de infección latente: período de incubación, primario, secundario, tardío o terciario y sífilis congénita cuando la transmisión es vertical(33).

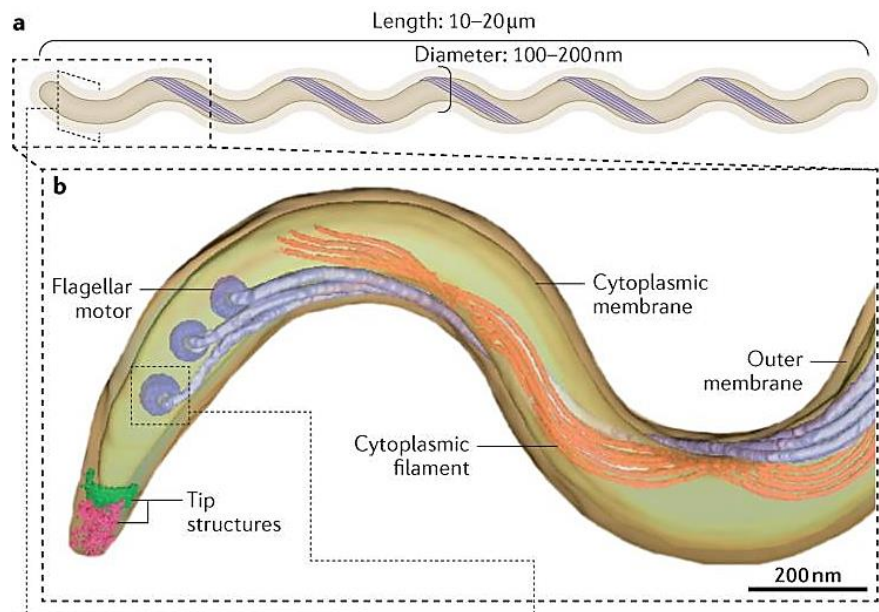
2.3.2. AGENTE ETIOLÓGICO

Treponema pallidum subespecie *pallidum* (*T. pallidum*) es un patógeno humano obligado reconocido por su invasividad e inmunoevasividad causante de la Sífilis. Fue descubierto en 1905 por Fritz Schaudinn. Es una bacteria Gram-negativa con forma helicoidal (Ver Figura 1), con estructura de doble membrana, su membrana externa está compuesta por abundantes lípidos con escasas proteínas transmembrana y la interna de peptidoglucanos que le brindan rigidez estructural(34).

Aunque se cree que la respuesta inflamatoria local provocada por las espiroquetas es la causa raíz de todas las manifestaciones clínicas de la sífilis, los mecanismos que causan daño tisular, así como las defensas del huésped que eventualmente obtienen una medida de control sobre la bacteria, están mal definidos. El *T. pallidum* no se puede cultivar *in vitro* y la consiguiente incapacidad para aprovechar las técnicas genéticas para delinear sus determinantes de virulencia sigue siendo el principal obstáculo para el progreso (35,36).

Figura 1

Morfología de Treponema pallidum



Fuente: Syphilis (35)

Las espiroquetas se inoculan en la mucosa o ingresan por erosiones de la piel o por áreas con menos queratina como las perigenitales y perianales. Luego de atravesar el epitelio proliferan debajo de esa área y pasa a diseminarse al pasar a los vasos linfáticos y sanguíneos. La morfología flexuda de onda plana de *T. pallidum* permite atravesar el tejido y los vasos sanguíneos del cuerpo, mientras se impulsa por un aparato de motilidad periplásmica a través de ondulaciones en respuesta a señales quimiotácticas poco conocidas(37).

2.3.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

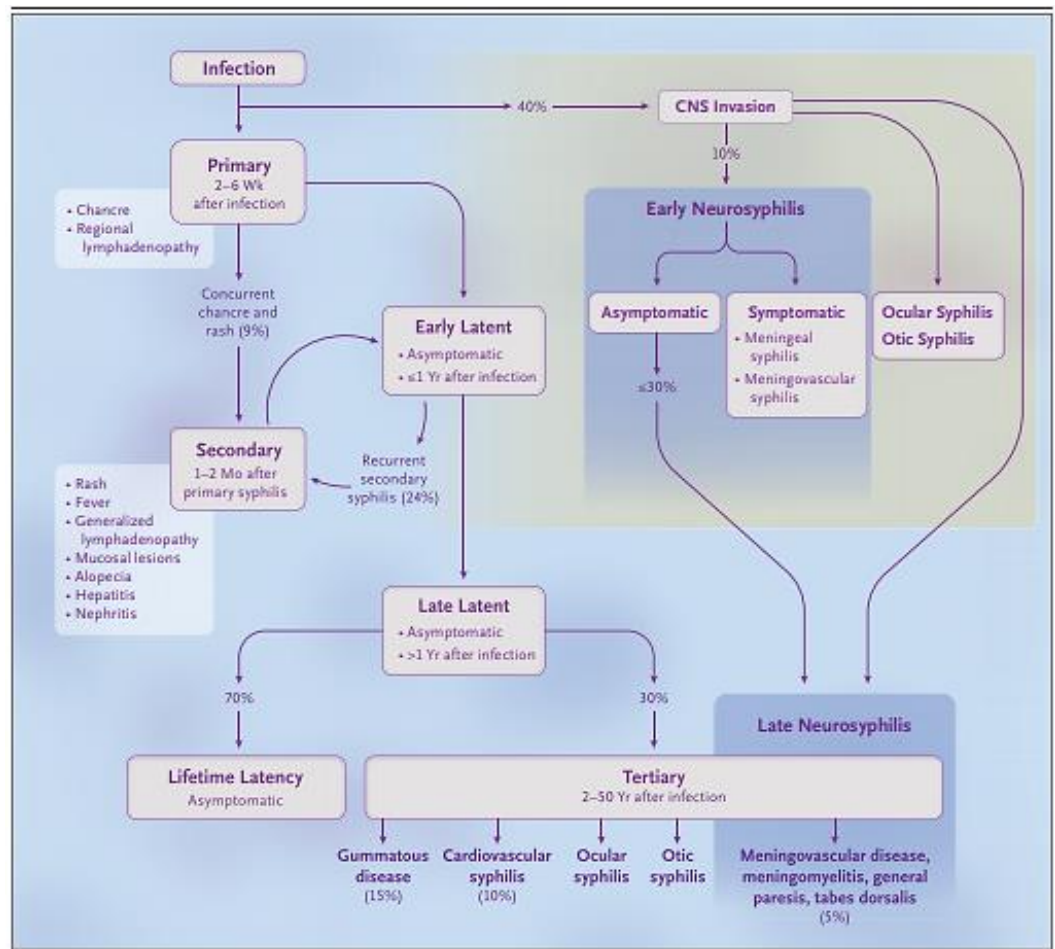
El *Treponema pallidum* tiene una diseminación sistémica luego de su infección que se da en días, llegando a invadir tejidos distantes, incluido el sistema nervioso central (SNC), y la infección transplacentaria del feto en una mujer embarazada (38). Luego de infectar la placenta, los trofozoítos invaden la circulación fetal, infectando y provocando una disfunción del hígado del feto, infección del líquido amniótico, alteraciones hematológicas fetales como anemia o trombocitopenia, acumulación de líquido ascítico en la cavidad abdominal, hidropesía y producción fetal de inmunoglobulina M(39).

La sífilis en su **etapa primaria** sucede de 3 a 90 días luego de exponerse a la infección y se manifiesta principalmente por el chancro que es una lesión en la piel, que se va a endurecer, ulcerar y tener una base limpia, aparece en el sitio donde se dio el contacto con la lesión infecciosa de la pareja sexual (Ver Figura 2). Generalmente es indoloro y se puede hallar en los genitales, alrededor del ano, en el recto o en la cavidad oral. Si

esta lesión llega a infectarse puede llegar a ser dolorosa.(40) El chancro se acompaña de linfadenopatía regional en el 50% de los casos y aproximadamente 3 semanas con resolución espontánea (41).

Figura 2

Historia natural de sífilis y sus manifestaciones (38)



Aproximadamente de 3 a 12 semanas después de que se resuelve el chancro, aparecen manifestaciones sistémicas de la enfermedad que son el inicio de la **sífilis secundaria**. En esta

etapa se desarrollan erupciones cutáneas leves, no pruriginosas, mayormente en las palmas y las plantas, fiebre; linfadenopatía; lesiones en la mucosa (condiloma latum), alopecia; periostitis; y en algunas ocasiones hepatitis o nefritis. Estas manifestaciones deben ser evaluadas para descartar alguna otra enfermedad de transmisión sexual que padezca el paciente. La sífilis primaria y la sífilis secundaria son las etapas en que se puede transmitir la enfermedad de la sífilis(40,42).

La **sífilis latente** es una etapa asintomática con exámenes serológicos positivo. Debido a la manifestación de la etapa de latencia, que es asintomática, se puede pasar por desapercibido la sífilis o hacer un mal diagnóstico. El sistema nervioso central (SNC) puede infectarse en cualquiera de las etapas de la sífilis y puede ser asintomático o sintomático (40).

La manifestación temprana de infección al SNC es la meningitis. Las manifestaciones neurológicas tardías, es decir en la **etapa terciaria** de la sífilis, son meningovasculares o parenquimatosas que se puede manifestar entre los 5 a 12 años después de haber adquirido la enfermedad. Otras manifestaciones de la sífilis terciaria son en el sistema cardiovascular entre 15 a 30 años después de la infección con aneurismas aórticos, insuficiencia aórtica, coronaria, estenosis arterial y miocarditis. La sífilis gomatosa es un proceso granulomatoso proliferativo que sucede en cualquier tejido, incluido el cerebro (42).

La gestante seropositiva a sífilis puede transmitir la infección por vía transplacentaria al feto o durante el paso a través del

canal de parto por el contacto con una lesión genital. La transmisión vertical puede ocurrir desde la semana 9 de gestación, pero es más frecuente luego de la semana 16(41). La **sífilis gestacional** no tratada puede provocar un aborto espontáneo, muerte fetal, hidropesía fetal no inmune, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro y muerte perinatal (43). La **sífilis congénita** se produce más frecuentemente cuando el feto se encuentra en el útero materno aunque también puede infectarse el neonato durante el parto por mantenerse en contacto con secreciones maternas y sangre que contienen a las espiroquetas(44). Un análisis por etapas de la sífilis concluyó que el riesgo de infección del recién nacido a término es de 50% en sífilis primaria y secundaria no tratada, 40% en sífilis latente temprana no tratada y 10% en sífilis tardía no tratada; por título inicial el riesgo de sífilis congénita en recién nacidos de gestantes con títulos no treponémicos ≥ 8 fue de 26% y en < 8 fue de 4%(39).

2.3.4. FACTORES DE RIESGO

La sífilis para poder transmitirse puede presentar los siguientes factores de riesgo(44–46):

- Relaciones sexuales sin métodos preventivos.
- Iniciación de relaciones sexuales a corta edad.
- Múltiples parejas sexuales.
- Actividad comercial sexual

- Ser portador de VIH/SIDA.
- Tener relaciones sexuales en estado de ebriedad.
- Antecedentes de otra infección de transmisión sexual (ITS).
- Pareja sexual con diagnóstico de otra ITS.
- Escasa o inadecuada atención prenatal: no se le solicita una prueba para sífilis a las gestantes.
- Habitar en zona de difícil acceso a los servicios de salud.
- Infección temprana con respuesta inmune aún no detectable que dé resultados de falso negativo o inadecuada interpretación de las pruebas diagnósticas.

2.3.5. DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN GESTANTES

El diagnóstico principalmente se da por pruebas serológicas más que por cuadro clínico porque solo el 2% de gestantes portadoras de sífilis manifiesta el cuadro clínico activo. El diagnóstico más rápido se da por exámenes en fresco por microscopia en campo oscuro durante la fase primaria, secundaria y congénita precoz a través del exudado de lesiones como el chancro, condiloma plano o lesiones en la mucosa(44).

Según la Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B, las pruebas de tamizaje para descartar sífilis en gestantes se aplican en todos los establecimientos de salud y entregados el mismo día de la toma de muestra, estos deben ser registrados en la historia clínica y en el carné prenatal de la paciente (Ver Figura

3). Las gestantes son tamizadas en dos momentos con Pruebas Rápidas Duales (PRD) o Prueba Rápida para sífilis (PRS) (Ver Figura 3). Las pruebas de confirmación para sífilis son consideradas: FTA ABS Ig G o IgM y TPHA, cuyo resultado se obtiene en un máximo de 72 horas (16).

Las pruebas serológicas para el diagnóstico de sífilis son treponémicas y no treponémicas. Las no treponémicas miden la cantidad de anticuerpos(44):

- **VDRL (venereal disease research laboratory):** tiene una sensibilidad en la sífilis primaria de 78-86%, en la secundaria de 98-100%, y en la latente de 95-98% con una especificidad: 85-99%. Los resultados falso positivo se pueden dar en 20% de pacientes con sífilis primaria o en 1% de resultados con títulos bajos pueden suceder en casos de colagenopatías, enfermedad neoplásica avanzada, tuberculosis, malaria, enfermedad Rickettsial y virales, errores de laboratorio.
- **RPR (Rapid Plasma Reagin):** tiene una sensibilidad de 91% y una especificidad de 95%. Un título verdadero positivo es aquel cuyo resultado es mayor a 1:8 y un falso positivo es uno menor, pero en algunas ocasiones los falsos positivos resultar con títulos muy altos como en personas que consumen cocaína. Debido a su baja sensibilidad Esta prueba en etapas temprana de la infección puede resultar con títulos bajos por el inicio de respuesta de los anticuerpos a la infección e interpretarse como un falso positivo, por lo que debe solicitarse una prueba treponémica si la prueba es reactiva.

Las **pruebas serológicas treponémicas** detectan los anticuerpos IgM específicos(44).

- **FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absortion):** tiene una sensibilidad de 84-92% y especificidad de 96%.
- MHA-TP (Microhemoagglutination Test for T. Palludim).
- Prueba Rápida para Sífilis: tiene una sensibilidad de 88-98% y especificidad de 93-98%.

Se sospecha de infección fetal cuando se halla anomalías fetales por ultrasonido en una gestación de más de 20 semanas y la paciente tiene sífilis no tratada o tratada de manera inadecuada. Estas anomalías fetales no son específicos:(39)

- Hepatomegalia: longitud del hígado mayor al percentil 95 para la edad gestacional.
- Anemia: estudio por ecografía Doppler que mide la velocidad sistólica de la arteria cerebral media.
- Placentomegalia: grosor de la placenta mayor a 2 desviaciones estándar para la edad gestacional.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Hidropesía: edema en piel (7%), derrame pericárdico (2%) y ascitis (19%).
- Polihidramnios u oligohidramnios.

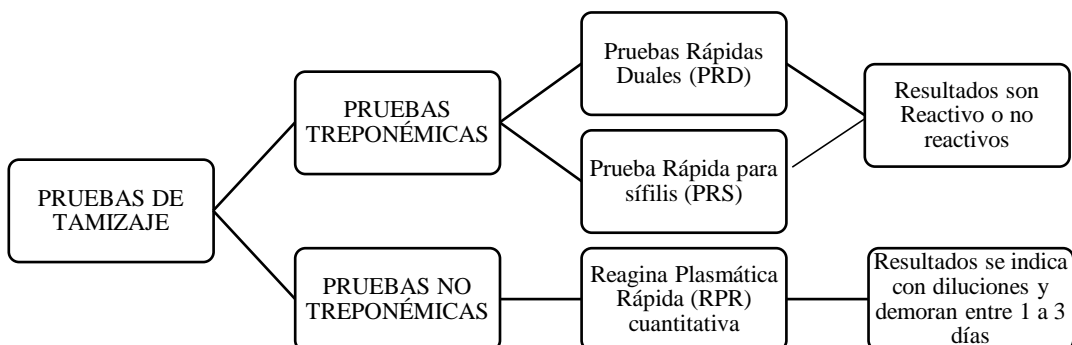
Los hallazgos más tempranos son la hepatomegalia y la placentomegalia, los tardíos son la anemia, la ascitis y la hidropesía. El análisis de una muestra de líquido amniótico o sangre fetal pueden descartar una infección intrauterina, pero no son recomendadas porque son muy invasivas y puede complicar el embarazo. Si hay un hallazgo presuntivo en la ecografía se debe realizar un ultrasonido cada una o dos semanas para evaluar la respuesta al tratamiento y el bienestar fetal(39).

Para el diagnóstico de sífilis en gestantes y puérperas, se solicita una prueba de PRD y en caso de no estar disponible el PRS sola o RPR, durante su primer control prenatal, puerperio y a mujeres con antecedente de haber tenido un aborto; en caso los resultados salgan reactivo se prosigue a solicitar RPR cuantitativo e inicio del tratamiento. En caso de resultados discordantes, se realizan pruebas confirmatorias para sífilis, descritas anteriormente (16).

Sífilis congénita se considera a un producto de gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de gestante con diagnóstico de sífilis sin tratamiento completo ni adecuado; o producto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) o niños con edad menor a 02 años de una madre serología reactiva para sífilis y con evidencia clínica o laboratorio (16).

Figura 3.

Esquema de pruebas para sífilis en gestantes



Fuente: Adaptado de NTS N° 159-MINSA/2019/DGIESP

2.3.6. TRATAMIENTO PARA PREVENCIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA

Según la NTS N° 159-MINSA/2019/DGIESP, el tratamiento de gestantes/puérperas con sífilis inicia de forma inmediata posteriormente de recibir el resultado reactivo de la PRD o PRS con una primera dosis, además de la toma de muestra para la prueba RPR cuantitativa que permitirá reevaluar el diagnóstico para continuar o no con el tratamiento (16).

El tratamiento será gratuito y se entregará durante la gestación si el resultado es sífilis activa. Es un 98% eficaz y sus fracasos son principalmente por reinfecciones(44).

Las gestantes recibirán tratamiento de acuerdo al estadio de sífilis en el que se encuentre. La penicilina G benzatínica es el tratamiento de elección inclusive si la paciente tiene alergia al medicamento, por lo que es necesario la desensibilización, porque otros fármacos no reducen el riesgo de infección congénita. Si el diagnóstico es sífilis primaria o secundaria se tiene como alternativa su tratamiento con(44):

- Penicilina G benzatínica de 2.400.000 UI intramuscular por semana en 3 dosis.
- Doxiciclina de 100 mg por vía oral por 21 días.
- Amoxicilina con probenecid, ceftriaxona, penicilina G procaína con probenecid.
- Gestantes con alergia a la penicilina: doxiciclina o eritromicina.

Las que tengan el diagnóstico de sífilis tardía o neurosífilis se tiene como alternativa su tratamiento con:(44)

- Penicilina G sódica.
- Amoxicilina con probenecid, doxiciclina, ceftriaxona y penicilina G procaína con probenecid.
- Gestantes alérgicas a la penicilina: se sugiere desensibilizarlas y tratarlas con penicilina y, como alternativa, el cloranfenicol.

Los hallazgos anómalos fetales por ultrasonido se resolverán luego iniciar el tratamiento, en un mes se puede resolver las anomalías del Doppler de la arteria cerebral media, la ascitis y

el polihidramnios, luego la placentomegalia finalmente la hepatomegalia que tarda meses en resolverse después del tratamiento materno(39).

Tabla 1.

Resumen del tratamiento para la prevención de sífilis (31)

ESTADIO	TRATAMIENTO	ALÉRGICOS A PENICILINA
Sífilis primaria, secundaria o latente precoz (<1 año)	<p>Pauta preferente: Penicilina G benzatina 2,4 millones de UI IM una vez por semana por 3 semanas consecutivas.</p> <p>Pauta alternativa: Ceftriaxona 1g/día IM durante 10-14 días</p>	<p>Pauta preferente: Doxiciclina 100 mg/12h VO durante 14 días</p> <p>Pauta alternativa: Azitromicina 2gVO en dosis única</p>
Sífilis congénita	<p>Con alteraciones clínicas o radiológicas o hematológicas o laboratoriales: Penicilina G sódica 50.000 UI/Kg/dosis, EV, durante 10 días ó</p> <p>Sin alteración clínica o laboratorial o de madres no tratadas o inadecuadamente tratadas: Penicilina G Benzatínica 50.000 UI/Kg/día IM durante 10 días.</p>	

Para el seguimiento de pacientes gestantes con el diagnóstico de sífilis precoz y congénita se debe repetir las pruebas no treponémicas cuantitativas (RPR o VDRL) en uno, tres, seis y doce meses después del inicio del tratamiento de la sífilis.

Tabla 2.

Seguimiento y conducta despues del tratamiento de la gestante con sífilis

	RPR MATERNO A LOS 03 MESES	RPR MATERNO A LOS 06 MESES	CONCLUSIÓN	CONDUCTA
Completó el esquema y pareja sexual recibió tratamiento	Tendencia a la disminución	Disminución de título más de 2 veces	Tratamiento efectivo	Consejería para prevención de ITS
Completó el esquema, pero pareja sexual no recibió tratamiento	Tendencia al incremento o no variación	Aumento del título 2 o más veces	Reinfección	Repetir tratamiento y tratar pareja
Intervalo de dosis fue mayor de 14 días	Tendencia a la disminución o no variación	Descendió a menos de 2 veces respecto al anterior diagnóstico	Tratamiento inadecuado	Realizar nuevo tratamiento
No se aplicó una dosis	Tendencia a la disminución o no variación	Descendió a menos de 2 veces respecto al anterior diagnóstico	Falla o fracaso de tratamiento	Realizar nuevo tratamiento
Utilizó medicamento diferente a la penicilina	Tendencia a la disminución o no variación	Descendió a menos de 2 veces respecto al anterior diagnóstico	Falla o fracaso de tratamiento	Desensibilizar en caso de alergia a la penicilina

Luego de 12 meses los resultados deben ser negativos en el 40-75% de las sífilis primarias y el 20-40% de las secundarias. Si después de 12 meses permanecen aún positivos, se debe reiniciar el ciclo de tratamiento por un posible fracaso terapéutico o reinfección. Si la titulación no es menor en 4 veces luego de 12 meses, si aumenta o continúan en sus mismos valores o reaparecen síntomas clínicos, se debe realizar un estudio de LCR y administrar tratamiento para neurosífilis si se hallan resultados patológicos. En la sífilis latente y terciaria el tratamiento inicia a partir de títulos bajos y el 50% se mantiene seropositivo a pesar de los años después del tratamiento o la titulación no disminuye en cuatro veces. Si los síntomas reaparecen o los títulos aumentan, se puede iniciar un nuevo ciclo de tratamiento(44).

CAPÍTULO III

3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no se considerará hipótesis

3.2. VARIABLES

Factores epidemiológicos

Características sociodemográficas

Perfil obstétrico

Características clínicas y de tratamiento

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
<i>Características sociodemográficas</i>			
Edad	Años cumplidos de gestante con diagnóstico de sífilis	≤ de 15 años 16 a 19 años 20 a 34 años ≥ 35 años	Intervalo
Grado de instrucción	Grado de instrucción alcanzado	Iletrada Primaria Secundaria Superior universitario Superior no universitario	Ordinal

Estado civil		Condición conyugal actual	Soltera Casada Conviviente Separada/ divorciada	Nominal
Lugar de procedencia	de	Lugar de residencia de la gestante	Rural Urbano	Nominal
Nacionalidad		Nacionalidad de la gestante	Peruano Extranjero	Nominal
<i>Perfil obstétrico</i>				
Gestas		Número de embarazos incluido al actual	Primigesta Segundigesta Multigesta No refiere en la historia clínica	Ordinal
Paridad		Número de partos hasta la actualidad	Nulípara Primípara Multípara No refiere en la historia clínica	Nominal
Número abortos	de	Número de gestas interrumpidas	Un episodio Dos episodios Ninguno	Nominal
Hijos nacidos vivos		Número de hijos que nacieron vivos	Ninguno Uno Dos Tres Más de tres	Ordinal
Control prenatal		Total de consultas prenatales	<6 consultas ≥6 consultas Ninguna No refiere en la historia clínica	Razón
Inicio de control prenatal		Inicio de consultas durante la gestación	Ninguna 1° trimestre 2° trimestre 3° trimestre Sin información	Ordinal

Características clínicas y de tratamiento

Etapa diagnóstica	de		Durante el embarazo Durante el parto En el puerperio Después del aborto	Nominal
Trimestre diagnóstica	de	Trimestre en el que se diagnosticó sífilis	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre No cumple	Ordinal
Prueba diagnóstica	de	Prueba confirmación	de Prueba treponémica Prueba no treponémica Ambas	Nominal
Inicio tratamiento	de		Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre Parto Puerperio No recibió tratamiento No refiere en la historia clínica	Nominal
Prueba diagnóstica primaria		Primer examen para descartar sífilis	Centro de Salud Hospital	Nominal
Prueba diagnóstica secundaria		Segundo examen para confirmar sífilis	Centro de Salud Hospital No se realizó	Nominal
Dosificación			1 dosis de penicilina G benzatínica 2 dosis de penicilina G benzatínica 3 dosis de penicilina G benzatínica Otro fármaco No refiere en la historia clínica	Nominal
Pareja sexual			Recibió tratamiento No recibió tratamiento Sin información en la historia clínica	Nominal

Comorbilidades asociadas	Clamidiasis VIH Blenorragia Sin información Ninguna	Nominal
Complicaciones fetales	Aborto Retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) Ruptura prematura de membrana (RPM) Sífilis congénita Parto prematuro Oligohidramnios Polihidramnios Ninguna	Nominal

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional de corte transversal, retrospectivo y descriptivo, porque no se manipularon las variables y los datos fueron recogidos en un solo momento a partir de las Historias Clínicas y tarjetas perinatales de la base de datos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, órgano desconcertado de la Dirección Regional de Salud Tacna del Ministerio de Salud del Perú. Ubicado en la Región de Tacna.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. POBLACIÓN

Conformada por todas las gestantes con diagnóstico de sífilis, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo del 2016 – 2022.

4.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna con resultados de prueba rápida treponémica reactiva y/o RPR cuantitativa mayor o igual a 8 diluciones
- Gestantes con o sin controles prenatales atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

- Gestantes con o sin tratamiento para sífilis atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes sin diagnóstico de Sífilis
- Mujeres que no se encuentran gestando
- Gestantes no atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.4. TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1. TÉCNICA

Se realizó la revisión documental a través de la recolección de información de la base de datos (Historias clínicas) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2016 al 2022, de las madres, que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados, registrándose la información en fichas de recolección de datos.

4.4.2. INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos de la madre (VER ANEXOS)

Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos del tema de estudio, sobre las madres con diagnóstico de sífilis. Información conformada sobre características sociodemográficas, perfil obstétricas y características clínicas y de tratamiento (Ver Anexo N° 1).

CAPÍTULO V

5. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1. PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

Se gestionó la solicitud de autorización a la Dirección Ejecutiva del Hospital Hipólito Unanue, para la facilidad de revisión de las historias clínicas del Sistema Informático Materno Perinatal, correspondiente a las pacientes atendidas con diagnóstico de sífilis entre los años 2016 al 2022. Se revisó detenidamente las historias clínicas para saber si cumplen con los criterios de inclusión del estudio y se procedió con el registro de la información relevante en las Fichas de recolección correspondiente.

Los datos recolectados fueron verificados por el asesor de la tesis, posteriormente se ordenó según las variables a estudiar para su almacenamiento, tabulación y análisis.

5.2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

La información recopilada fue ingresada a una base de datos creadas con el software SPSS 22.0, que permitió el análisis univariado, los resultados se presentaron a través de estadística descriptiva mediante tablas y gráficas.

5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto fue presentado para su aprobación por el Comité de Investigación y ética institucional correspondiente a la Universidad Privada de Tacna y del hospital Hipólito Unanue. Los datos fueron

usados únicamente con fines científicos, cuidando la confidencialidad de los participantes.

Se guardó absoluta confidencialidad de la identidad de las personas abordadas, a los cuales se les asignó un carácter de proceso. Para tal fin la recolección de la información fue totalmente anónimo.

Los resultados se analizaron con estricto fin científico, cuidando la confidencialidad de las participantes.

CAPÍTULO VI

6. RESULTADOS

Tabla 3.

Características sociodemográficas de gestantes portadoras de sífilis, Tacna, 2016 - 2022

Características sociodemográficas	Nº	Porcentaje (%)
Edad promedio		25,18
Grupos etarios		
- ≤ 15 años	3	3,30
- 16 a 19 años	16	17,58
- 20 a 34 años	61	67,03
- ≥ 35 años	11	12,09
Grado de instrucción		
- Ilustrada	0	0
- Primaria	9	9,89
- Secundaria	65	71,43
- Superior no universitario	10	10,99
- Superior universitario	7	7,69
Estado civil		
- Soltera	22	24,18
- Casada	3	3,30
- Conviviente	66	72,53
- Separada/divorciada	0	0

Lugar de procedencia

- Rural	1	1,10
- Urbano	90	98,90

Nacionalidad

- Peruana	91	100
- Extranjera	0	0

Se notificaron 91 casos de mujeres con el diagnóstico de sífilis durante su embarazo que fueron atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo comprendido del año 2016 hasta el primer trimestre del 2022.

Respecto a las características demográficas de las gestantes notificadas con sífilis, tienen una edad promedio de 25,18 años; el intervalo de edad más frecuente fue entre los 20 y 34 años (67,03%), el 65% de las gestantes tenían el grado de instrucción de nivel secundario, dónde un 66% eran de condición civil conviviente, procedentes en un 98,90% de referencia de centros de salud ubicados en la zona urbana de Tacna y todas las pacientes notificadas son de nacionalidad peruana.

Tabla 4.*Perfil obstétrico de gestantes portadoras de sífilis, Tacna, 2016 - 2022*

Perfil obstétrico	Nº	Porcentaje (%)
Gestas		
- Primigesta	34	37,36
- Segundigesta	25	27,47
- Multigesta	31	34,07
- No refiere en la historia clínica	1	1,10
Paridad		
- Nulípara	46	50,55
- Primípara	19	20,88
- Multípara	25	27,47
- No refiere en la historia clínica	1	1,10
Número de abortos		
- Ninguno	61	67,03
- 1 episodio	28	30,77
- 2 episodios	2	2,20
Hijos vivos		
- Ninguno	48	52,75
- Uno	25	27,47
- Dos	11	12,09
- Tres	5	5,49
- Más de tres	2	2,20
Control prenatal		
- Menos de seis	19	20,88
- Mayor o igual a seis	51	56,04

- Ninguna	2	2,20
- No refiere en la historia clínica	19	20,88
Inicio de controles prenatales		
- Ninguna	2	2,20
- Primer trimestre	34	37,36
- Segundo trimestre	24	26,37
- Tercer trimestre	10	10,99
- Sin información	21	23,08

Las pacientes con sífilis gestacional en su mayoría tuvieron más de una gestación (61,54%); hasta el momento del registro de las pacientes el 50,55% no había tenido partos, el 32,97% tuvo uno a más episodios de gesta interrumpida o aborto y el 47,25% tenían como mínimo un hijo vivo.

Observamos durante la revisión documentaria de las historias clínicas acerca de la cantidad de controles prenatales que, el 20,88% de las pacientes asistieron a menos de 6 controles prenatales, el 2,20% no presentaron revisiones durante su gestación y en el 20,88% de las historias clínicas no se informaba la cantidad de controles prenatales que tuvo la paciente durante su gestación.

Así mismo, el inicio de los controles prenatales sucedió durante el primer trimestre de embarazo en un 37,36% de las gestantes, segundo trimestre en un 26,37% y tercer trimestre en el 10,99%.

Tabla 5.

Características clínicas y de tratamiento de gestantes portadoras de sífilis, Tacna, 2016 – 2022

Características clínicas y de tratamiento	N°	Porcentaje (%)
Etapa de diagnóstico		
- Durante el embarazo	91	100
- Durante el parto	0	0
- En el puerperio	0	0
- Después del aborto	0	0
Trimestre de diagnóstico		
- Primer trimestre	34	37,36
- Segundo trimestre	21	23,08
- Tercer trimestre	36	39,56
- No cumple	0	0
Prueba de diagnóstico		
- Prueba treponémica	17	18,68
- Prueba no treponémica	33	36,26
- Ambas	41	45,05
Inicio de tratamiento		
- Primer trimestre	20	21,98
- Segundo trimestre	17	18,68
- Tercer trimestre	27	29,67
- Parto	0	0
- Puerperio	1	1,10
- No recibió tratamiento	0	0

- No refiere en la historia clínica	26	28,57
Prueba diagnóstica primaria		
- Centro de salud	83	91,21
- Hospital	8	8,79
Prueba diagnóstica secundaria		
- Centro de salud	38	41,76
- Hospital	7	7,69
- No se realizó	46	50,55
Dosificación		
- 1 dosis de penicilina benzatínica	12	13,19
- 2 dosis de penicilina benzatínica	7	7,69
- 3 dosis de penicilina benzatínica	43	47,25
- Otro fármaco	1	1,10
- No refiere en la historia clínica	28	30,77
Pareja sexual		
- Recibió tratamiento	8	8,79
- No recibió tratamiento	0	0
- Sin información en la historia clínica	83	91,21
Comorbilidades asociadas		
- Clamidiasis	0	0
- VIH	4	4,40
- Blenorragia	0	0
- Ninguna	87	95,60
Complicaciones fetales		
- Aborto	0	0
- RCIU	1	1,10
- RPM	7	7,69
- Sífilis congénita	18	19,78

- Parto prematuro	4	4,40
- Oligohidramnios	10	10,99
- Polihidramnios	1	1,10
- Ninguna	46	50,55

Todas las pacientes tuvieron el diagnóstico de sífilis durante su embarazo, pero el 39,56% de los casos se notificaron en el tercer trimestre y el 23,06%, en el segundo trimestre de gestación. Para la identificación de los casos, se diagnosticaron a las pacientes a través de sólo pruebas treponémicas al 18,68%, sólo pruebas no treponémicas al 36,26% y ambas pruebas aplicadas al 45,05% de las gestantes identificadas.

El tratamiento para las pacientes con el diagnóstico de sífilis gestacional ocurrió en el 21,98% durante el primer trimestre de embarazo, el 18,68% durante el segundo trimestre y 29,67% en el tercer trimestre, pero en 28,57% de las historias clínicas de las pacientes no hubo mención si es que las pacientes recibieron o no tratamiento.

El 91,21% de los casos identificados, se diagnosticaron en los centros de salud de atención y el 8,79% en el Hospital por consultorio externo. Para confirmar el diagnóstico de sífilis gestacional 41,76% de los exámenes fue en su centro de salud, 7,69% en el hospital por referencia y 50,55% no se realizó exámenes.

El tratamiento para la sífilis gestacional fue adecuado en 3 dosis de penicilina benzatínica en 47,25% de las pacientes, fue inadecuado con 2 dosis de penicilina benzatínica en 7,69% de las pacientes y 1 dosis en 13,19% de los casos. Solo hubo una paciente que era alérgica a la penicilina por lo que se le administró eritromicina.

Con respecto al tratamiento de la pareja sexual de las pacientes, solo 8,79% recibió tratamiento completo para la sífilis y la diferencia no se evidenció información en las historias clínicas si recibieron o no tratamiento.

La única coinfección hallada en las pacientes fue virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en 4,40%.

Se registraron complicaciones fetales como resultado de la gestación de madres con sífilis, siendo 19,78% pacientes con sífilis congénita, 10,99% embarazos con oligohidramnios, 7,69% con ruptura prematura de membrana, 4,40% partos fueron prematuros, un solo producto con retardo de crecimiento intrauterino, un solo caso de oligohidramnios y no tuvieron complicaciones el 50,55%.

DISCUSIÓN

En esta investigación se describió las características sociodemográficas, demostrando que las gestantes en Tacna atendidas con el diagnóstico de sífilis la conforman mayormente adultas, con estudios de nivel secundario y que generalmente fueron atendidas en un centro de salud el cual correspondían al área urbana de Tacna. Esto puede ser explicado con el estudio realizado por la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) (47) en la que demuestra que el perfil sociodemográfico de las gestantes registradas en la costa peruana entre los años 2014 a 2018 coinciden con los resultados de este estudio.

La condición civil de las gestantes difiere con otro estudio realizado en Polonia (48) en la que la mayoría de las pacientes con diagnóstico de sífilis gestacional tenían un estado civil de casada con su pareja. Este resultado en Tacna puede diferir con otros países porque según una investigación por ENDES en 2020 (49) demostró que la mayoría de mujeres peruanas tienen una unión conyugal en estado de conviviente lo que comprobaría los resultados.

El total de pacientes del estudio es superior a la cantidad que se estima en la publicación del boletín epidemiológico del Ministerio de Salud (12) en la que se notificaban en Tacna solo 55 casos de sífilis gestacional desde el año 2016 al primer trimestre de 2022. Estos datos pueden diferir por el error en el registro de código de CIE-10 correspondiente al diagnóstico de sífilis que complica el embarazo, el parto y el puerperio (O98.1).

Con relación al perfil obstétrico de las gestantes, el estudio evidenció que las pacientes con el diagnóstico de sífilis gestacional tienen el antecedente de gestaciones que no han culminado con el nacimiento del producto, esto puede deberse por la interrupción espontánea o inducida de la gestación o el fallecimiento del recién nacido antes de la siguiente gestación. Cabe destacar que de acuerdo al grupo etario que sobresale en este

estudio y su promedio de hijos nacidos vivos ,según el censo realizado por el instituto nacional de estadística e informática (INEI) en 2017 en Tacna (50) a mujeres de edad fértil, deberían tener al menos un hijo vivo por mujer.

En el presente estudio, destacaron las pacientes nulíparas, con antecedente de ninguna gestación interrumpida o aborto y con consultas prenatales adecuadas tanto en su cantidad como en la fecha de inicio de los controles. Esta información demuestra que, la cantidad de pacientes nulíparas es mayor a la cantidad de primigestas, esto se puede relacionar con las pacientes que tiene el antecedente de haber tenido uno o dos abortos antes de ser diagnosticadas de sífilis gestacional. La relación que hay entre el antecedente de algún aborto y la cantidad de gestantes que forman parte del estudio corresponde a un aborto como antecedente por cada 3 pacientes con el diagnóstico de sífilis gestacional, dicho valor es considerable en comparación con el porcentaje de abortos espontáneos que se da en pacientes adultas jóvenes según un estudio en Lima (51). En cuanto a los controles prenatales, esta información concuerda con los datos recopilados por el INEI en el año 2021 (52,53) en el cual indica que la mayoría de las gestantes en Tacna tienen seis o más controles prenatales en comparación con otras ciudades y que a nivel nacional la primera atención de prenatal se realiza durante el primer trimestre de embarazo, pero esta información tiene limitaciones por el incorrecto llenado de los carnets perinatales entregados para la historia clínica de la paciente.

En cuanto a las características clínicas y de tratamiento, el diagnóstico de sífilis gestacional en Tacna se realizó en las etapa de gestación permitiéndose que la paciente pueda recibir las dosis adecuada del tratamiento con penicilina G benzatínica, evitándose el diagnóstico durante el parto o el puerperio que involucraría una infección del recién nacido; además el seguimiento de las pacientes fue óptimo al aplicarse mayormente pruebas treponémicas y no treponémicas, que difieren con los estudios

realizados en Brasil (13,26) con el diagnóstico tardío y predominante uso de pruebas no treponémicas.

Los resultados del trimestre en que se diagnosticó la sífilis a las gestantes y la ausencia del registro sobre la adherencia al tratamiento de la pareja sexual en la historia clínica, involucran un riesgo de transmisión y reinfección de la paciente que ha cumplido con el tratamiento adecuado. Estos datos forman parte de la confidencialidad de la paciente que puede tener una relación con la inseguridad personal o falta de estabilidad con su pareja sexual, evitándose el sincerar la información del posible contagio de transmisión sexual que ambos padecen. Estos resultados son relevantes para compararlos con otro estudio realizado en Colombia(22) donde se demostró que la falta de supervisión del tratamiento de la pareja con sífilis ha llevado a entorpecer el manejo de las pacientes con sífilis gestacional por los casos de reinfección.

El inicio del tratamiento con penicilina G benzatínica concuerda con el diagnóstico oportuno durante el embarazo, sin embargo, se evidencia la falta de información en las historias clínicas, sobre el periodo de inicio de la administración del tratamiento, posterior a la notificación del caso. Además, las gestantes diagnosticadas con sífilis en su centro de salud no fueron en su mayoría derivadas al hospital por consultorio externo para ser reevaluadas para su examen físico, determinación de etapa de infección de sífilis y la evaluación ecográfica del feto, para evitarse la infección vertical y complicaciones del desarrollo.

Acercas de la dosificación de penicilina G benzatínica, el estudio evidenció el correcto manejo de las pacientes con las tres dosis completas en su mayoría, pero este resultado puede variar debido a la falta de información de algunas historias clínicas maternas donde no se indicaba si la paciente tuvo el tratamiento con las dosis adecuadas ni las fechas en las que se administraron. Sin embargo, estos resultados en Tacna son favorables con respecto al manejo de los casos detectados, a pesar del trimestre en que es diagnosticado, en comparación con el manejo en otros países como Brasil (26) con

registros de un alto número de pacientes con tratamiento inadecuado y sin ningún tratamiento para la sífilis gestacional en sus hospitales.

La sífilis como infección de transmisión sexual se encuentra asociada a un alto riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (54), dicho antecedente explica el motivo por el que la única enfermedad de transmisión sexual hallada en las pacientes con sífilis gestacional fue la infección por VIH.

Finalmente, la complicación fetal más frecuente fue de sífilis congénita de los cuales se corroboró su diagnóstico, a través de la revisión de las historias clínicas de los recién nacidos de las madres que tuvieron en algún momento el diagnóstico de sífilis gestacional. Este resultado difiere de los publicados en el boletín epidemiológico del Perú en febrero de 2022 (12), en el cual informa que la incidencia de sífilis congénita en Tacna es casi nula siendo el valor 0.17 en el año 2018 el único valor no nulo desde el año 2016 hasta febrero de 2022. Estos resultados pueden deberse a la falta de información en las historias clínicas donde no se especifica algunos datos como si la pareja sexual de la paciente ha recibido o no tratamiento para la sífilis haciendo posible una reinfección de la madre lo que ocasionaría que infecte al feto, la cantidad de pacientes con tratamiento inadecuado con penicilina G benzatínica y la falta registro si las pacientes han recibido o no cantidad adecuada de penicilina G benzatínica, cabe resaltar que esto puede influir bastante tomando en cuenta que la mayoría de los diagnósticos de sífilis gestacional se dieron en el tercer trimestre de embarazo. Así mismo otro estudio realizado con 268 pacientes con diagnóstico de sífilis gestacional en Brasil (25) entre los años 2007 y 2016 demostró que gran parte de los recién nacidos (74,2%) presentaron sífilis gestacional lo que es una evidencia de que a pesar de ser una enfermedad reconocida mundialmente aún hay una falta de control y orientación a las gestantes y sus parejas para evitar complicaciones durante el embarazo y al recién nacido. Además, otro estudio (55) demostró que la falta de controles prenatales influye en la falta de detección de problemas infecciosos de la madre lo que podría tener como

consecuencia partos prematuros y/o bajo peso al nacer como las otras complicaciones fetales halladas en este estudio.

Por consiguiente, las limitaciones para la presente investigación destacaron la falta de información registrada en las historias clínicas maternas, la incongruencia de codificación de códigos de CIE-10 correspondiente a gestantes con sífilis que puede llevar a una localización incompleta de los casos de sífilis gestacional y/o sífilis congénita y la restringida investigación estadística en el Perú debido a que el presente estudio se basó principalmente en antecedentes de investigación extranjera.

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional atendidas en el Hospital Hipólito Unanue, corresponden al grupo etario entre los 20 a 34 años (67%), de grado de instrucción secundaria (71%), con una condición civil de conviviente (72,5%), la ubicación de su centro de salud correspondiente fue en la región urbana de Tacna y nacionalidad peruana.
2. Respecto al perfil obstétrico, las pacientes tenían más de una gestación (61,5%), no habían tenido ningún parto hasta el momento de la atención (50,5%), el 33,97% padecieron una gesta interrumpida o aborto, la mayoría no tenía algún hijo nacido vivo aún, además asistieron a más de seis controles prenatales (56%) que iniciaron en su primer trimestre de embarazo (37%).
3. En cuanto a las características clínicas y de tratamiento, todas las gestantes fueron diagnósticas con sífilis gestacional durante el embarazo, en tercer trimestre (39.5%) en su centro de salud correspondiente; el tratamiento de las pacientes fue adecuado con aplicación de tres dosis de penicilina G benzatínica (47%); la información acerca del cumplimiento del tratamiento que siguió la pareja sexual de las pacientes fue insuficiente porque no fue registrada en la historia clínica materna, la única coinfección por enfermedad de transmisión sexual que se reportó en las pacientes fue por el virus de inmunodeficiencia humana y las complicaciones fetales más frecuentes halladas fue de sífilis congénita (19.7%), oligohidramnios (11%) y ruptura prematura de membrana (7,7%).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la institución, capacitar y/o reforzar al profesional de salud sobre el registro y codificación correspondiente al diagnóstico de CIE-10 de sífilis gestacional, para mejorar el seguimiento, estudio de casos y evitar falencias al registrar información en el sistema epidemiológico.
2. Se sugiere realizar estudios sobre la situación actual de la sífilis en el Perú, debido a escasa información respecto al tema en comparación con otros países de Latinoamérica.
3. Es recomendable ampliar las investigaciones con respecto al seguimiento de las pacientes que han sido tratadas por sífilis durante su gestación para corroborar que no haya casos de reinfección y se tenga que reiniciar el tratamiento.
4. Así mismo, se recomienda a las autoridades de la salud fortalecer las campañas de salud sexual para promover las estrategias de prevención de sífilis en la población y empoderamiento comunicacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azevedo Dantas L, Jerônimo SHN de M, Teixeira GA, Lopes TRG, Cassiano AN, Carvalho JBL de, et al. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. *Enferm Glob.* 2017;16(46):217-45.
2. Castro A, Sandesara U. Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en el Perú. :80.
3. [resolucion-ministerial-n-1138-2019-minsa.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/441362/resolucion-ministerial-n-1138-2019-minsa.PDF) [Internet]. [citado 3 de abril de 2020]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/441362/resolucion-ministerial-n-1138-2019-minsa.PDF>
4. BOLETIN EPIDEMIOLOGICO DEL PERÚ [Internet]. [citado 3 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/32.pdf>
5. Nakano N, Hanai EN, Milano AS, Schneider L, Williams SB, Kusma SZ. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita da Região Sul Do Brasil de 2015 a 2019 - panorama diagnóstico e de notificação. *Braz J Infect Dis.* 1 de enero de 2022;26:101960.
6. Dia CL de O, Barbosa DA, Hino P, Fernandes H, Taminato M. PERFIL CLÍNICO-EPIDEMILÓGICO DAS GESTANTES COM SÍFILIS NO ESTADO E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. *Braz J Infect Dis.* 1 de enero de 2021;25:101315.

7. Gorrotxategi Gorrotxategi P. Desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes. *Pediatría Aten Primaria*. marzo de 2009;11(41):171-4.
8. Pao D, Goh BT, Bingham JS. Management issues in syphilis. *Drugs*. 2002;62(10):1447-61.
9. de Macêdo VC, de Lira PIC, de Frias PG, Romaguera LMD, Caires S de FF, Ximenes RA de A. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saúde Pública*. 3 de agosto de 2017;51:78.
10. Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 1 de junio de 2019;37(6):398-404.
11. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
12. Boletín epidemiológico volumen 31 [Internet]. [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20227_10_212757.pdf
13. Camila Padovani, Rosana Rosseto de Oliveira, Sandra Marisa Pelloso. Sífilis en la gestación: asociación de las características maternas y perinatales en una región del sur de Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:10.
14. Athiel Y, Benoit L, Guilbaud L, Jouannic JM. Vigilancia del embarazo. *EMC - Tratado Med*. 1 de marzo de 2022;26(1):1-8.
15. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM, Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, et al. Adherencia terapéutica: un

- problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. septiembre de 2018;16(3):226-32.
16. Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B [Internet]. [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/441362/resolucion-ministerial-n-1138-2019-minsa.PDF>
 17. Carrasco Á, Iván R. Interpretación de las pruebas diagnósticas de sífilis en gestantes. *Rev Peru Ginecol Obstet*. julio de 2018;64(3):345-52.
 18. Trinh T, Leal AF, Mello MB, Taylor MM, Barrow R, Wi TE, et al. Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations from countries around the world. *Sex Reprod Health Matters*. 27(1):69-82.
 19. Bezerra ML de MB, Fernandes FECV, de Oliveira Nunes JP, de Araújo Baltar SLSM, Randau KP. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. *Emerg Infect Dis*. agosto de 2019;25(8):1469-76.
 20. Azevedo Dantas L, Jerônimo SHN de M, Teixeira GA, Lopes TRG, Cassiano AN, Carvalho JBL de. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. *Enferm Glob*. 2017;16(46):217-45.
 21. Hussen S, Tadesse BT. Prevalence of Syphilis among Pregnant Women in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Res Int*. 16 de julio de 2019;2019:e4562385.
 22. Benítez J, Yépez MA, Hernández-Carrillo M, Martínez DM, Cubides-Munévar Á, Holguín-Ruiz JA, et al. Características sociodemográficas y clínicas de la

- sífilis gestacional en Cali, 2018. *Biomédica*. 15 de octubre de 2021;41(Suppl 2):140-52.
23. Guedes KP, Farias AN, Fernandes AV, Calheiros L de L, de Lima JL. SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM PERNAMBUCO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ANO DE 2019. *Braz J Infect Dis*. 1 de enero de 2022;26:101903.
 24. Roncalli AG, Rosendo TMS de S, Santos MMD, Lopes AKB, Lima KC de. Effect of the coverage of rapid tests for syphilis in primary care on the syphilis in pregnancy in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2021;55:94.
 25. Torres RG, Mendonça ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet*. febrero de 2019;41(2):90-6.
 26. Ferraz JG, Matos AF de M, Peres GP, Gazzi BC, Zöllner MSA da C. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA. *Braz J Infect Dis*. 1 de enero de 2022;26:102231.
 27. Kojima N, Klausner JD. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. *Curr Epidemiol Rep*. marzo de 2018;5(1):24-38.
 28. Basilio-Rojas MR, Morales J. Prevalencia de VIH, Sífilis y Hepatitis B en gestantes del primer nivel de atención del Callao. 2020;8.
 29. Álvarez-Carrasco R, Espinola-Sánchez M, Angulo-Mendez F, Cortez-Carbonell L, Cabezudo-Reátegui M, Álvarez-Carrasco R, et al. Aplicación del algoritmo inverso para diagnóstico de sífilis gestacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú. 2011-2017. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(4):359-67.

30. Gaspar PC, Bigolin Á, Alonso Neto JB, Pereira ED dos S, Bazzo ML. Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: pruebas de diagnóstico de sífilis. *Epidemiol E Serviços Saúde* [Internet]. 15 de marzo de 2021 [citado 12 de junio de 2022];30. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/ress/a/TfDK54RTKgfnqvB7TDFkjSD/abstract/?lang=es>
31. Ros-Vivancos C, González-Hernández M, Navarro-Gracia JF, Sánchez-Payá J, González-Torga A, Portilla-Sogorb J. Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia. *Rev Esp Quimioter* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 24 de mayo de 2020];31(6):485-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254479/>
32. Ros-Vivancos C, González-Hernández M, Navarro-Gracia JF, Sánchez-Payá J, González-Torga A, Portilla-Sogorb J. Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia. *Rev Esp Quimioter*. diciembre de 2018;31(6):485-92.
33. Martínez-Methol MS, Ventimiglia FD, Aristimuño AM, de la Colina AN, Bruno JJ, D'Agostino LE. Implementación del algoritmo reverso para el cribado de sífilis en un laboratorio clínico. *Rev Chil Infectol* [Internet]. agosto de 2019 [citado 24 de mayo de 2020];36(4):525-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000400525&lng=en&nrm=iso&tlng=en
34. Suso MTG de, Martínez-Sanz J, Gi-Redondo R, Rodríguez-Zapata M. Infecciones por treponemas. Sífilis. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. junio de 2018;12(59):3435-46.
35. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Primer* [Internet]. 12 de octubre de 2017 [citado 25 de mayo de 2020];3:17073. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5809176/>

36. Radolf JD, Deka RK, Anand A, Šmajš D, Norgard MV, Yang XF. *Treponema pallidum*, the syphilis spirochete: making a living as a stealth pathogen. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 26 de mayo de 2020];14(12):744-59. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5106329/>
37. Radolf JD, Deka RK, Anand A, Šmajš D, Norgard MV, Yang XF. *Treponema pallidum*, the syphilis spirochete: making a living as a stealth pathogen. *Nat Rev Microbiol*. diciembre de 2016;14(12):744-59.
38. Ghanem K, Ram S, Rice P. The Modern Epidemic of Syphilis. *N Engl J Med*. 27 de febrero de 2020;382:845-54.
39. Errol R Norwitz, Charles B Hicks. Syphilis in pregnancy - UpToDate [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/syphilis-in-pregnancy/print>
40. Mercuri S, Moliterni E, Cerullo A, Di Nicola MR, Rizzo N, Bianchi V, et al. Syphilis: a mini review of the history, epidemiology and focus on microbiota. *New Microbiol Off J Ital Soc Med Virol SIVIM*. 1 de abril de 2022;45.
41. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Primer*. 12 de octubre de 2017;3:17073.
42. Ghanem K, Ram S, Rice P. The Modern Epidemic of Syphilis. *N Engl J Med*. 27 de febrero de 2020;382:845-54.
43. Cooper JM, Sánchez PJ. Congenital syphilis. *Semin Perinatol*. 1 de abril de 2018;42(3):176-84.
44. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018.pdf [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en:

<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

45. Trivedi S, Williams C, Torrone E, Kidd S. National Trends and Reported Risk Factors Among Pregnant Women With Syphilis in the United States, 2012–2016. *Obstet Gynecol.* enero de 2019;133(1):27-32.
46. Arando M, Fernandez-Naval C, Mota-Foix M, Martinez D, Armengol P, Barberá MJ, et al. Early syphilis: risk factors and clinical manifestations focusing on HIV-positive patients. *BMC Infect Dis.* 16 de agosto de 2019;19(1):727.
47. Perfil sociodemográfico de gestantes en el Perú según regiones naturales | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 12 de julio de 2021 [citado 19 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/149>
48. Serwin AB, Kaczyńska J, Flisiak I. Females treated for syphilis in Bialystok, Poland 2016-2020. *Przegl Epidemiol.* 2021;75(4):494-501.
49. INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf [Internet]. [citado 19 de agosto de 2022]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf
50. 23TOMO_01.pdf [Internet]. [citado 20 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1564/23TOMO_01.pdf

51. Mora-Alferez AP, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Chavesta F, de Zigelboim EK, et al. Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos. Rev Peru Ginecol Obstet. abril de 2016;62(2):141-51.
52. endes-2021-presentacion.pdf [Internet]. [citado 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/endes-2021-presentacion.pdf>
53. INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2021.pdf [Internet]. [citado 20 de agosto de 2022]. Disponible en: https://proyectos.inei.gov.pe/endes/2021/INFORME_PRINCIPAL/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2021.pdf
54. Pinto VM, Tancredi MV, Buchalla CM, Miranda AE. History of syphilis in women living with AIDS and associated risk factors in São Paulo, Brazil. Rev Assoc Médica Bras. agosto de 2014;60:342-8.
55. Sánchez-Nuncio HR, Pérez-Toga G, Pérez-Rodríguez P, Vázquez-Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. :5.

ANEXOS

ANEXO N°1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE GESTANTES CON SÍFILIS

Historia clínica: _____ **Fecha de parto:** _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Edad (años):

- ≤ de 15
- 16 a 19
- 20 a 34
- ≥ 35

Grado de instrucción:

- Ilustrada
- Primaria
- Secundaria
- Superior

Estado civil:

- Soltera
- Casada/ conviviente
- Separada/ divorciada
- Otro

Lugar de procedencia:

- Rural
- Urbano

Nacionalidad:

- Peruano
- Extranjero

PERFIL OBSTÉTRICO

Antecedente obstétrico

Gestas:

- Primigesta
- Segundigesta
- Multigesta

Partos:

- Nulípara
- Primípara
- Multípara

Abortos:

- Ninguno
- 1 episodio
- 2 episodios
- Sin información

Nacidos vivos:

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Tres
- Más de tres

Control prenatal

Inicio de consultas prenatales:

- 1° trimestre
- 2° trimestre
- 3° trimestre
- Ninguno

Total de controles prenatales:

- <6 consultas
- ≥6 consultas
- Ninguna

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE TRATAMIENTO

Características clínicas

Etapa de diagnóstico:

- Durante el embarazo
- Durante el parto
- En el puerperio
- Después del aborto

Trimestre de diagnóstico:

- Primer trimestre
- Segundo trimestre
- Tercer trimestre
- No cumple

Prueba de diagnóstico:

- Prueba treponémica
- Prueba no treponémica

Complicaciones fetales

- Aborto
- Retardo de crecimiento intrauterino (RCIU)
- Ruptura prematura de membrana (RPM)
- Sífilis congénita
- Parto prematuro
- Oligohidramnios
- Polihidramnios
- Ninguna

Características del tratamiento

Inicio de tratamiento:

- Primer trimestre
- Segundo trimestre
- Tercer trimestre
- Parto
- Puerperio
- No recibió tratamiento

Dosificación:

- 1 dosis de penicilina G benzatínica
- 2 dosis de penicilina G benzatínica
- 3 dosis de penicilina G benzatínica
- Otro fármaco

Comorbilidades asociadas:

- Clamidia
- VIH
- Blenorragia
- Sin información
- Ninguna

Pareja sexual

- Recibió tratamiento
- No recibió tratamiento
- Sin información