



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando den crédito y licencia a las nuevas creaciones bajo los mismos términos. Esta licencia suele ser comparada con las licencias copyleft de software libre y de código abierto. Todas las nuevas obras basadas en la suya portarán la misma licencia, así que cualesquiera obras derivadas permitirán también uso comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

“Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”

Presentado por:

URIONDO ORÉ VICTOR DANIEL ERNESTO

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **4%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 26 de enero del 2024

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Dr. JOSÉ ALBERTO HERNÁNDEZ ANCHANTE
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Facultad De Medicina Humana “Daniel Alcides Carrión”



TESIS

“Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”

Línea de investigación:

Salud pública y conservación del medio ambiente

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

VICTOR DANIEL ERNESTO URIONDO ORÉ

ASESORA:

Dra. JULIA MÓNICA RUTH NEIRA GOYENECHÉ

Ica – Perú

2024

Dedicatoria

Dedicado este trabajo a Victor y Consuelo, mis padres, por ser mis pilares inquebrantables y sostenerme con amor en cada paso de este camino.

A Soledad, Karen y Fátima, mis queridas hermanas mayores, con quienes formamos un lazo indestructible que me sostienen en cada paso que doy.

Al Dr. Uriondo Oré Victor Gustavo, mi querido hermano mayor, por guiarme en este mundo de la medicina siendo mi fuente de inspiración constante.

A mis maestros, por su sabiduría compartida y guía invaluable a lo largo de esta travesía.

A Adi, mi compañera de vida, por invertir su amor y tiempo todos estos años de formación personal y profesional.

A mis amigos, cuyas risas fueron mi mejor terapia y cuyo ánimo me impulsó en los momentos más desafiantes.

A los que aún nos acompañan al día de hoy y a los que no físicamente, a todos ellos gracias por acompañarme de manera incondicional todos estos años.

Agradecimiento

Quisiera expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido de manera significativa a la realización de esta tesis. A mi familia, por su apoyo incondicional y por ser mi fuente constante de inspiración. A mis amigos, cuyas palabras alentadoras y compañía han hecho este viaje más llevadero. A mis profesores y mentores, por compartir su sabiduría y orientación invaluable a lo largo de este proceso.

Agradezco a cada persona que ha formado parte de este trayecto, ya sea brindando ideas, ofreciendo críticas constructivas o simplemente siendo un faro de luz en los momentos más desafiantes. Este logro no habría sido posible sin la colaboración y el respaldo de todos ustedes. Gracias por ser parte fundamental de este capítulo significativo en mi vida académica.

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	26
III RESULTADOS.....	29
IV DISCUSIÓN.....	45
V CONCLUSIONES.....	49
VI RECOMENDACIONES.....	50
VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
VIII ANEXOS.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. “Distribución según el método diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	29
Tabla 2. “Distribución según etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	30
Tabla 3. “Distribución según factores obstétricos: número de embarazos, comienzo de atenciones prenatales, Número de atenciones prenatales en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	31
Tabla 4. “Distribución según factores obstétricos: atenciones prenatales adecuadas y edad gestacional al momento del diagnóstico en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	34
Tabla 5. “Distribución según factores sociodemográficos: edad y nivel educativo en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022” ...	36
Tabla 6. “Distribución según factores sociodemográficos: estado civil, ocupación, nacionalidad en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	38
Tabla 7. “Distribución según factores conductuales: edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y falta de planificación familiar en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	40
Tabla 8. “Distribución según factores conductuales: antecedentes de ITS, uso de métodos de barrera y consumo de drogas en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. “Distribución según el método diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	29
Gráfico 2. “Distribución según etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	30
Gráfico 3. “Distribución según factores obstétricos: número de embarazos, comienzo de atenciones prenatales, Número de atenciones prenatales en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	32
Gráfico 4. “Distribución según factores obstétricos: atenciones prenatales adecuadas y edad gestacional al momento del diagnóstico en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	34
Gráfico 5. “Distribución según factores sociodemográficos: edad y nivel educativo en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022” ...	37
Gráfico 6. “Distribución según factores sociodemográficos: estado civil, ocupación, nacionalidad en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	39
Gráfico 7: “Distribución según factores conductuales: edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y falta de planificación familiar, antecedentes de ITS en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022” ...	41
Gráfico 8. “Distribución según factores conductuales: antecedentes de ITS, uso de métodos de barrera y consumo de drogas en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”	43

RESUMEN

Objetivo: Establecer los factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.

Materiales y métodos: El estudio es de enfoque cuantitativo, desde un punto de vista epidemiológico es de tipo observacional, correlacional, retrospectivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 859 gestantes atendidas en el servicio de obstetricia durante el año 2022 en los centros de salud La Tinguña (399), La Palma (269) y San Joaquín (191), estando la muestra final conformada por 30 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión, aplicándose el método estadístico Rho de Spearman y el valor p , para asociar las variables.

Resultados: Los hallazgos muestran que la edad promedio de las pacientes fue de 28 años, el 67% de la muestra de estudio se encontró en un estadio tardío de la enfermedad, la mayoría presentó ser multigesta (60%), el 63% comenzaron sus atenciones prenatales de manera tardía, el 40% de gestantes presentaron entre 1 a 2 atenciones prenatales (APN) y entre 3 a 4 APN, el 60% presentó tener APN adecuadas y el 56% fueron diagnosticadas durante el primer trimestre de gestación. A su vez, el 63% presentó tener sólo secundaria completa, 60% presentaron ser solteras y la ocupación predominante fue ser ama de casa (77%) y una cantidad representativa el 23% presentaron nacionalidad diferente a la peruana. Finalmente el 67% presentó inicia relaciones sexuales después de los 15 años, el 47% presentó tener entre 3 a 4 parejas sexuales, sólo un 10% de la muestra refirió tener antecedentes de ITS, el 63% nunca usó método de barrera alguno, el total de la muestra nunca presentó consumos de drogas y el 83% presentar falta de planificación familiar previa a la gestación. El análisis bivariado determinó que el número de APN($p=0.0020$), el nivel de educación ($p=0.0042$), edad de inicio de relaciones sexuales($p=0.0093$), la falta de planificación familiar($p=0.0225$) y el uso de métodos de barrera($p=0.0476$) mostraron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de sífilis en las gestantes evaluadas.

Conclusiones: El número de atenciones prenatales tardías y en menores a 8, el nivel de educación secundaria, la edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, la falta de planificación familiar y el no uso de métodos de barrera mostraron ser factores de riesgo para la infección por sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.

Palabras claves: Sífilis, factores de riesgo, sífilis en gestantes, primer nivel de atención, edad de primera relación sexual, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual.

ABSTRACT

Objective: To establish the risk factors associated with syphilis in pregnant women attended at three primary care centers in the province of Ica in the year 2022. **Materials and methods:** The study has a quantitative approach, from an epidemiological point of view, it is observational, correlational, retrospective and cross-sectional. The population consisted of 859 pregnant women attended in the obstetrics service during the year 2022 in the health centers La Tinguña (399), La Palma (269) and San Joaquín (191), and the final sample consisted of 30 pregnant women who complied with the inclusion criteria, the Spearman's Rho statistical method and the p-value were applied to associate the variables.

Results: The findings show that the average age of the patients was 28 years, 67% of the study sample was at a late stage of the disease, most were multigestational (60%), 63% started their prenatal care late, 40% of the pregnant women presented between 1 to 2 antenatal care (ANC) and between 3 to 4 ANC, 60% presented adequate ANC and 56% were diagnosed during the first trimester of gestation. In turn, 63% had only completed high school, 60% were single, the predominant occupation was housewife (77%) and a representative number (23%) had a nationality other than Peruvian. Finally, 67% reported having initiated sexual relations after the age of 15, 47% reported having 3 to 4 sexual partners, only 10% of the sample reported having a history of STIs, 63% never used any barrier method, the total sample never used drugs, and 83% reported lack of family planning prior to pregnancy. Bivariate analysis determined that the number of ANC ($p=0.0020$), level of education ($p=0.0042$), age of sexual debut ($p=0.0093$), lack of family planning ($p=0.0225$) and use of barrier methods ($p=0.0476$) showed a statistically significant association with the presence of syphilis in the pregnant women evaluated.

Conclusions: The number of late prenatal care visits and fewer than 8, the level of secondary education, the age of initiation of sexual relations before 15 years of age, the lack of family planning and the non-use of barrier methods were shown to be risk factors for syphilis infection in pregnant women attended in three primary care centers in the province of Ica in the year 2022.

Keywords: syphilis, risk factors, syphilis in pregnant women, primary care level, age of first sexual intercourse, family planning, sexually transmitted infections.

I. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual, con el paso de los años, han constituido un importante problema que afecta la salud pública al rededor del mundo, afectando la calidad de vida, acompañándose también de importantes niveles de morbimortalidad; llevando consigo grandes repercusiones económicas, sociales y sanitarias. Las cuales van a influenciar de manera directa sobre la salud infantil y reproductiva, debido a que afectan la infertilidad, algunas llegando a producir cánceres y complicando directamente sobre el embarazo. Para el 2012 se estimó alrededor de 357 millones de nuevos de casos de infecciones de transmisión sexual curables, los cuales afectaron a adultos de entre 15 y 49 años de edad, de ellas 5.6 millones correspondieron a casos de sífilis, sin embargo para el 2016 esta cifra aumentó a 6.3 millones, con una prevalencia de 19.9 millones de casos(1,2).

De manera más específica, la sífilis es considerada como una infección de transmisión sexual curable, causada por la bacteria *Treponema Pallidum*. Como enfermedad en el adulto, puede producir complicaciones en el sistema nervioso central, sistema cardiovascular y complicaciones dermatológicas. En el recién nacido, complicaciones como muerte neonatal o parto pretérmino han sido lo más frecuentemente observados. A pesar de ser una enfermedad completamente tratable, aún continúa afectando de manera global pese a los esfuerzos por controlarla, esto debido al largo periodo de latencia que presenta, así como también las fallas en los protocolos, el poco acceso a los servicios de salud, los estigmas y la discriminación hacia las poblaciones vulnerables. Debido a esto La OMS crea un comité en el 2016 con el propósito de reducir la incidencia global de sífilis en un 90% para el 2030 y reducir la incidencia de sífilis congénita a menos de 50 casos por cada 100 000 nacidos vivos para el mismo año(2).

Pese a ser considerada una infección de transmisión sexual, la transmisión vertical ha ido en aumento en los últimos años, siendo la principal problemática hoy en día, ya que de no detectarse a tiempo ni tratarse de manera adecuada durante la gestación, llegará a producir sífilis congénita la cual produce una alta morbi-mortalidad perinatal. Los estadios primarios y secundarios de la enfermedad que no han sido tratados afectan de gravedad a las mujeres gestantes, llegando a producir muerte fetal. Para el 2012 se presentaron un total de 350 000 casos de embarazos que terminaron en resultados adversos: 143 000 terminaron en muerte fetal, 62 000 en muerte neonatal, 44 000 en parto prematuro y 102 000 en sífilis congénita. Sin embargo, este riesgo disminuye cuando la gestante recibe un tratamiento adecuado en las primeras etapas de la gestación(1).

El presente trabajo está enfocado en estudiar los factores de riesgo que se asocian a la infección por sífilis en mujeres gestantes, tomando como población objetivo aquellas gestantes que fueron

atendidas en tres centros del primer nivel de atención de la provincia de Ica en el año 2022, los cuales serán: Centro de salud la Tinguíña, La Palma y San Joaquín. Debido a que pocos son los estudios que se han hecho en centros del primer nivel de atención de la provincia de Ica, dándole la importancia que se requiere para evitar la morbimortalidad perinatal previniendo principalmente la sífilis congénita.

I.2 Situación problemática.

Dentro de las consideraciones estadísticas que se deben tener en cuenta, tenemos a la organización panamericana de la salud que, en el año 2021 en una revisión epidemiológica de la sífilis en las américas, estiman que la prevalencia mundial de sífilis, tanto en hombre como en mujeres, fue del 0.5%, con estimaciones regionales de 0.1% y 1.6%. lo que equivale a 19.9 millones de casos de sífilis en el mundo, con una incidencia anual de 6.3 millones de casos nuevos en ambos sexos, en edades comprendidas entre 15 a 49 años en el año 2016(2).

Por otra parte, tenemos a la OMS en sus programas globales de VIH, hepatitis e infecciones de transmisión sexual, donde se estimó en el año 2020, 7.1 millones de casos nuevos de sífilis en personas de entre 15 a 49 años de edad y 425 de sífilis congénita por cada 100 000 nacidos vivos. A su vez, se proponen nuevas metas para disminuir la incidencia anual a 5.7 millones para el año 2025 y 0.71 millones para el año 2030(3).

Otra consideración estadística a tener en cuenta, es una base de datos publicada en 2019, donde se evalúa la prevalencia global de sífilis materna en un total de 186 países, donde se concluye que la prevalencia global de sífilis materna varió de 0.70% en el 2012 a 0.69% en el 2016, a su vez, el número de embarazos varió de 142,4 millones a 143,2 millones. Este aumento en relación a una prevalencia global estable, resultó en una disminución en el número de mujeres embarazadas con sífilis activa de 1 millón a 0.9 millones entre los años 2012 y 2016(4).

A pesar que las estadísticas muestran una disminución de la prevalencia en los últimos años, cuando se analiza de manera específica por regiones de la OMS, en las Américas se muestra un aumento entre las mujeres de 0,70% en 2012 a 0,92% en 2016; y en hombres de 0,7% en 2012 a 0,91% en 2016. Observándose también que en la región de las américas se presentó una tasa de incidencia para ambos sexos de 5.3 por cada 1000 habitantes, siendo esta la mayor observada en comparación a otras regiones de la OMS, así como también un aumento no significativo en la prevalencia de sífilis materna de 0.64% en el 2012 a 0.86% en el 2016. Estimándose para el 2016 un total de 4.6 millones de personas en sífilis en dicha región(2,4).

En Perú, entre los años 2016 y 2022, se reportaron un total de 9627 casos de sífilis materna, siendo los departamentos de Lima, Junín y Cusco donde se reportaron la mayor cantidad de casos. Del total, 64 casos identificados de sífilis materna fueron procedentes de otros países. También se observó una disminución en el número de casos en -27.2% en el 2020 respecto al 2019; esto debido a una disminución a la atención y toma de pruebas diagnósticas, así como también a la cobertura e identificación de casos nuevos, producto de los cambios y restricciones implementadas durante la pandemia de COVID-19 en el país(5).

A inicios del año 2023, mediante nota de prensa del hospital emergencias Grau de EsSalud, reportaron que el último año se atendieron un total de 10 gestantes con sífilis, de las cuales 5 alumbraron neonatos con la enfermedad, siendo esta la principal problemática durante los últimos años.

I.3 Antecedentes de la investigación.

Antecedentes internacionales

- **Tareke K., Munshea A., et al. Etiopía. (2019)**, En su investigación titulada **seroprevalencia de sífilis y factores de riesgo asociados entre mujeres embarazadas en un hospital al noroeste de Etiopía**. El **objetivo** del estudio mencionado fue investigar la seroprevalencia y los factores de riesgo asociados de la sífilis en mujeres gestantes que acuden al control prenatal en un hospital en Etiopía. La **metodología** que se empleó es de un enfoque prospectivo de tipo observacional de corte transversal, donde se consideró como población de estudio a todas las gestantes de nuevo ingreso en dicho hospital durante los periodos noviembre 2013 a junio de 2014, en cuya muestra final se obtuvo un total de 384 gestantes las cuales fueron incluidas en el estudio a través de muestreo aleatorio simple. Los **resultados** de dicho estudio determinaron que 10 (2,6%) de las 384 mujeres sometidas a pruebas de detección de la sífilis resultaron seropositivas al Treponema Palladium. En comparación con las mujeres casadas, las divorciadas tenían aproximadamente diez veces ($COR = 9,77, p = 0,002$) más probabilidades de infección. Las habitantes de zonas rurales tenían un riesgo casi tres veces mayor de contraer sífilis que las residentes en zonas urbanas ($COR = 3,48, p = 0,079$). Las mujeres con historial de varias parejas sexuales tenían casi cinco veces más probabilidades de contraer la infección por sífilis ($COR = 5,25; p = 0,018$). Las mujeres con antecedentes de aborto y otras enfermedades de transmisión sexual tenían una probabilidad 4,42 ($p = 0,071$) y 2,67 veces ($p = 0,226$) mayor de desarrollar sífilis, respectivamente. La **conclusión** del estudio demostró que los individuos de la investigación tenían una seroprevalencia de sífilis comparativamente baja. No obstante, las actividades de promoción de la salud destinadas a concienciar a la comunidad sobre los modos de transmisión de la sífilis y sus consecuencias para la salud son importantes para la prevención de la enfermedad en las mujeres embarazadas(6).
- **Zamora H. México. (2022)** en su tesis de especialización titulada **distribución geográfica de la sífilis en gestantes y sus factores asociados en una ciudad de México en el periodo 2020-2021**. El **objetivo** de dicha tesis fue localizar los centros de mayor incidencia de la sífilis en gestantes en el municipio de Aguascalientes, así como también sus factores asociados. La **metodología** que se empleó fue de estudio observacional descriptivo retrospectivo, donde se consideró como población de estudio a todas las mujeres gestantes o en puerperio inmediato con prueba de sífilis reactiva atendidas en servicio de tococirugía y hospitalización del hospital de la Mujer de Aguascalientes en el periodo enero 2020 a julio 2021, realizándose un muestreo

no probabilístico por conveniencia en dichas pacientes; obteniéndose un total de 201 gestantes con pruebas para sífilis reactivas. Los **resultados** obtenidos determinaron que, de las variables sociodemográficas evaluadas, en la escolaridad se encontró que la mayoría tenía secundaria completa, el estado civil predominante fue de unión libre con un total de 103 gestantes, seguido de solteras con un total de 70 gestantes, la ocupación predominante fue ama de casa, por último, la variable parejas sexuales predominó en aquellas gestantes en las que tuvieron entre 1 y 3 parejas sexuales. los antecedentes gineco-obstétricos evaluados determinaron que la mayoría de gestantes se encontraba entre 1 y 3 embarazos, así como también la mayoría de gestantes fueron primigestas y solo 10 pacientes con prueba reactiva para sífilis presentó óbito previamente, también se determinó que la media de edad al momento del diagnóstico fue de 21 años, donde la mayoría de las gestantes fueron diagnosticadas al momento de la resolución del embarazo y solamente 47 gestantes fueron diagnosticadas durante el embarazo la mayoría de las cuales fueron en el primer control prenatal a las 9 SDG. lo que conllevó a que 49.6% de nacidos vivos resultaron con sífilis congénita. La **conclusión** del estudio determinó que el diagnóstico tardío de sífilis en gestantes aumenta el riesgo de sífilis congénita, así como también la ausencia de controles prenatales y una gestación a temprana edad, también se concluyó que el aumento en los casos de sífilis gestacional resultó en deficiencias del primer y segundo nivel de atención(7).

- **Cuñat-Ladron de Guevara Y., Parra-Castellano M., et al. Cuba (2020).** En su trabajo de investigación titulada **análisis comparativo del comportamiento de la sífilis en mujeres gestantes en el policlínico universitario "Emilio Daudinot Bueno" de Guantánamo durante el año 2020.** Cuyo **objetivo** de este estudio fue caracterizar el comportamiento de la sífilis en gestantes que fueron atendidas en el policlínico universitario "Emilio Daudinot Bueno" durante los trimestres de enero a marzo de 2019 y enero a marzo de 2020. El **método** del estudio consistió en un estudio descriptivo-transversal, La población objetivo de este estudio consistió en las 197 mujeres embarazadas que fueron atendidas durante el período analizado. Se realizó una selección intencionada de 8 pacientes que fueron diagnosticadas con sífilis, conformando así la muestra de estudio. Para la recolección de datos se realizó la revisión de las historias clínicas de las mujeres gestantes y el libro de control en el servicio de ITS. Se recopiló información sobre la edad de las gestantes, su nivel educativo, el trimestre de gestación en el que se encontraban, el diagnóstico concluyente de la sífilis y su lugar de procedencia. Los **resultados** demostraron que, En ambos períodos analizados, el 2% de las gestantes diagnosticadas con sífilis se encontraba en el grupo de edad de 15 a 20 años. El primer trimestre de gestación tuvo la mayor incidencia, con un predominio del 60% en 2019. El 75% de los casos diagnosticados correspondía a sífilis temprana adquirida latente. El nivel de escolaridad universitario fue el más frecuente en ambos trimestres. Además, el 100% de los casos provenía de áreas urbanas. El estudio **concluyó** que la sífilis en gestantes aún sigue

siendo un problema de salud pública, A pesar del número total de mujeres embarazadas, se observó una disminución en la cantidad de casos de sífilis notificados durante la gestación en el estudio(8).

Antecedentes nacionales

- **Erazo L., García J., et al Lima (2022)** en su investigación titulada **análisis de factores de riesgo de sífilis gestacional en un centro materno infantil de lima en el periodo 2015-2020**. El **objetivo** de dicho estudio fue determinar los factores de riesgo que se relacionan con la sífilis en gestantes que fueron atendidas en un centro materno infantil de lima. La **metodología** empleada fue de estudio observacional, retrospectivo y analítico de casos y controles realizado en una población de gestantes atendidas en el centro materno infantil de villa maría del triunfo en el periodo enero 2015 a julio del 2020, utilizándose un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniendo un total de 189 embarazadas atendidas en el periodo de estudio de la investigación, de las cuales 63 presentaron pruebas de tamizaje para sífilis reactiva. Los **resultados** determinaron que 34 de las 63 embarazadas que tuvieron una prueba reactiva positiva para sífilis eran adolescentes. Sólo dos de las gestantes sin sífilis ($n = 124$) tenían menos de 19 años, mientras que el resto eran adultas. Ser adolescente ($p < 0,01$), proceder de un barrio urbano marginal ($p < 0,01$), no estar casada ($p < 0,01$), tener poca educación ($p < 0,01$) y ser ama de casa ($p < 0,01$) fueron los factores de riesgo más relevantes. El estudio **concluyó** que el abandono prenatal, el inicio temprano de la actividad sexual, tener dos o más parejas sexuales y no usar preservativo fueron los factores que aumentaron significativamente el riesgo de tener sífilis en las gestantes. Otros factores de riesgo fueron la edad adolescente, el origen urbano-marginal y la soltería(9).
- **Saldivar V. Tacna (2021)**. en su tesis de licenciatura titulada **factores de riesgo que se asocian a la sífilis en gestantes que fueron atendidas en un hospital de puerto Maldonado en el año 2019**. El **objetivo** fue determinar los factores de riesgo que se asocian a la infección por sífilis en gestantes que fueron atendidas en el Hospital Santa Rosa de puerto Maldonado en el año 2019. La **metodología** empleada fue un estudio de tipo cuantitativo, correlacional, de diseño transversal y retrospectivo, en el cual se analizó una muestra compuesta por 32 mujeres embarazadas con resultados positivos en la prueba de RPR confirmada para sífilis. En los **resultados** obtenidos, se observó que de los factores socio demográficos la incidencia más alta de sífilis en gestantes se encontró en el rango de edad de 19 a 29 años, representando el 75%. La completitud de la educación secundaria fue del 62,5%, y el 75% de las gestantes afectadas convivían en pareja. En cuanto a los factores obstétricos, se identificó que el 56,3% eran multíparas, el 71,9% asistió a controles prenatales, y el 25% recibió el diagnóstico de sífilis durante el primer y segundo trimestre de gestación. Respecto a los factores personales y conductuales, se destacó que el 65,6% tuvo su primera relación sexual entre los 13 y 15 años,

el 59,4% reportó tener de 1 a 2 parejas sexuales, el 71,9% no tenía antecedentes de infecciones de transmisión sexual, y el 71,9% se sometió al tamizaje como parte del control de gestación. Además, el 53,1% indicó utilizar preservativos ocasionalmente, y el 96,9% no consumía sustancias tóxicas. Al aplicar la prueba de correlación de Spearman, se encontró que los factores sociodemográficos ($p=0,689>0,05$) no mostraron una relación significativa, mientras que los factores obstétricos ($p=0,022<0,05$) y los factores personales-conductuales ($p=0,047<0,05$) sí presentaron asociaciones estadísticamente significativas. El autor **concluye** que no hay una asociación significativa entre los factores sociodemográficos y el diagnóstico de sífilis en gestantes. En cambio, se observa que tanto los factores obstétricos como los factores personales-conductuales están vinculados al diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el año 2019(10).

- **Ñaupari L. Lima (2020)**. En su tesis de grado titulada **comportamiento sexual y sífilis en mujeres embarazadas en el hospital San Juan de Lurigancho en el año 2019**. El **objetivo** fue demostrar la relación que existe entre el comportamiento sexual y la sífilis en mujeres gestantes atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho en el año 2019. La **metodología** empleada fue de un estudio de tipo descriptivo correlacional, retrospectivo; obteniendo una población total de 64 gestantes con pruebas para sífilis reactivas, para la recolección de datos se utilizó una ficha de recolección de datos. Los **resultados** obtenidos demostraron que el 64% de las mujeres iniciaron su actividad sexual entre las edades de 15 y 18 años. Además, el 58% reportó haber tenido de 1 a 2 parejas sexuales, y el 86% no utilizó preservativo durante las relaciones sexuales. Se encontró que el 17% tenía antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS). En cuanto al riesgo en el comportamiento sexual, el 91% de las gestantes se clasificó como de alto riesgo, mientras que el 9% se consideró de bajo riesgo. El estudio **concluyó** que existe relación significativa entre el comportamiento sexual y el riesgo de contraer sífilis(11).

Antecedentes locales

- **Castillo M., Garay K. Pisco (2021)**. En su tesis de licenciatura titulada **factores de riesgo relacionados a la sífilis en gestantes a término atendidas en un hospital de pisco en el año 2019**. El **objetivo** de dicha tesis fue determinar los factores de riesgo que se relacionan con la sífilis en mujeres gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios en el año 2019. La **metodología** empleada corresponde a un estudio retrospectivo, de nivel descriptivo y de diseño no experimental obteniéndose una población de 70 gestantes con diagnóstico de sífilis. Los **resultados** determinaron que las embarazadas que iniciaron sus relaciones sexuales eran mayores de 14 años, y que fueron diagnosticadas de sífilis en las semanas 28 a 40 con un 51,4%, de las cuales 48.6% tuvieron una sola pareja sexual, y nunca utilizaron métodos de barrera en un 60,0%, un 42.9% representaron aquellas gestantes con antecedentes de

enfermedades de transmisión sexual, siendo el nivel de estudios secundario, y diagnosticada en las semanas gestacionales 28-40 semanas con un porcentaje del 42,9%. Se **concluye** que existe una fuerte relación entre el inicio de la actividad sexual, la cantidad de parejas sexuales, el uso de algún método de barrera, antecedentes personales de ITS, grado de instrucción con la edad gestacional de la gestante con diagnóstico de sífilis(12).

- **Bobadilla C. Ica (2022)**. En sus tesis titulada **relación entre gestantes son sífilis y las características gineco obstétricas en pacientes que fueron atendidas en el hospital San María del Socorro Ica en el periodo 2020-2021**. El **objetivo** de dicho estudio fue evaluar la correlación entre las mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis y las características gineco obstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en Ica durante el periodo comprendido entre 2020 y 2021. La **metodología** de dicho estudio adoptó un enfoque descriptivo, transversal y retrospectivo, caracterizado por un nivel relacional y un diseño correlacional simple. La muestra incluyó a 38 mujeres embarazadas con diagnóstico confirmado o probable de sífilis. Los **resultados** obtenidos demostraron que el 57.9% del conjunto presenta sífilis primaria, mientras que el 2.6% presenta sífilis secundaria, y no se registran casos de sífilis terciaria. En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, un 60.5% de aquellos con sífilis primaria empezaron entre los 15 y 19 años. Aquellas gestantes que iniciaron relaciones antes de los 15 años representaron el 23.7% en sífilis primaria y el 5.3% en sífilis secundaria. El 55.3% informó tener de 2 a 3 parejas sexuales, y el 31.6% utiliza preservativos "a veces", además se observó que el 52.6% de las gestantes eran multíparas, mientras que el 31.6% con sífilis primaria eran primíparas. El diagnóstico de sífilis se realizó en el primer trimestre en el 39.5% de los casos, en el tercer trimestre en el 28.9%, y en el segundo trimestre en el 21.1%. En relación con la atención prenatal, el 44.7% de las gestantes recibieron más de seis sesiones, y el 26.3% recibieron menos de seis sesiones. Para evaluar la correlación entre variables, se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado de Pearson, que analiza la relación entre dos variables a través de las frecuencias esperadas y observadas. El autor **concluyó** que se identificó una relación estadísticamente no significativa entre las mujeres embarazadas con sífilis y las características gineco obstétricas en las pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en Ica durante el período 2020-2021, con un valor de p igual a 0.777(13).
- **Guillén S. Ica (2023)**, en su tesis titulada **factores de riesgo asociados a infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Regional de Ica en el periodo 2019-2021**. El **objetivo** fue analizar los factores vinculados a las infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas que recibieron atención en el Hospital Regional de Ica durante el periodo comprendido entre 2019 y 2021. La **metodología** de este estudio se enmarca como una investigación de nivel relacional con un enfoque cuantitativo y un diseño observacional, analítico, transversal y retrospectivo. La población

objetivo abarca a todas las pacientes gestantes que recibieron atención en el Hospital Regional de Ica durante el periodo de 2019 a 2021, con un tamaño total de 216 individuos (N=216). La muestra, calculada mediante la fórmula para población conocida, consistió en 139 pacientes (n=139). Se excluyeron pacientes con diagnóstico de VIH, menores de edad, aquellas con alteraciones congénitas o bajo tratamiento inmunosupresor. Para la recopilación de datos, se empleó una ficha específica. El análisis estadístico incluyó técnicas univariadas, como frecuencias, y bivariados, mediante la aplicación del test Chi² de Pearson. Los **resultados** indican que el 33.1% de las gestantes examinadas presentaron infección de transmisión sexual. La edad promedio de las pacientes fue de 28 años. Al realizar un análisis bivariado, se observó que la edad ($p=0.021$), el nivel educativo ($p<0.001$), el tipo de relaciones sexuales ($p<0.001$), y el historial de infecciones de transmisión sexual (ITS) ($p<0.001$) mostraron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de ITS en las gestantes evaluadas. El autor **concluye** que existen factores sociodemográficos, conductas sexuales y factores gineco obstétricos asociados a las infecciones de transmisión sexual en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica en el 2019-2021(14)

I.4 Marco teórico.

Definición.

La sífilis, una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*, puede transmitirse verticalmente durante el embarazo, provocando sífilis congénita en el recién nacido. Esto puede resultar en complicaciones graves como muerte neonatal, parto pretérmino o discapacidad severa. La infección no tratada puede llevar a afectaciones neurológicas y cardiovasculares irreversibles. La transmisión de madre a hijo es más probable en los primeros 4 años de la enfermedad, con una tasa de muerte neonatal superior al 30%. Un seguimiento cercano al tratamiento es esencial para prevenir estas complicaciones.(2,15)

Patogenia.

La sífilis venérea se transmite durante el contacto sexual con una pareja infectada. Después de un periodo de incubación de 9 a 90 días, se desarrolla la sífilis primaria, marcada por la presencia de un chancro indurado en la región genital. Sin tratamiento oportuno, la infección puede diseminarse y dar lugar a la sífilis secundaria con síntomas sistémicos. El 40% de quienes no reciben tratamiento durante la etapa primaria pueden desarrollar complicaciones neurológicas. En el caso de la sífilis congénita, el feto puede contaminarse si la madre no recibe tratamiento adecuado. La transmisión es más probable que se dé en estadios tempranos de la enfermedad, por lo que la transmisión es menos frecuente en el primer trimestre, antes del cuarto mes de edad gestacional. En etapas avanzadas, la infección puede resultar en aborto espontáneo, muerte neonatal intrauterina, enfermedad en el recién nacido o infección latente(15).

Fases Y Manifestaciones Clínicas.

La evolución natural de la enfermedad se divide en 4 fases que se desarrollan hasta en un tiempo mayor de 10 años, las cuales son:

- Sífilis primaria, la cual se caracteriza por la presencia de una lesión cutánea indolora, indura y de base limpia conocida como “chancro duro”, la cual se origina en el sitio de inoculación de la bacteria, mayormente en el área de la piel y mucosa genital.
- Sífilis secundaria, la cual aparece después de 2 a 10 semanas de la aparición de las lesiones primarias, caracterizada por la presencia de un exantema maculopapular rojo diseminado en todo el cuerpo incluyendo palmas y plantas, así como también manifestaciones sistémicas variables.
- Sífilis latente, la cual se caracteriza por una remisión espontánea de las lesiones secundarias, siendo el 30% de los casos los que entran en un periodo de latencia, detectado sólo mediante pruebas serológicas.
- Sífilis terciaria, caracterizado por la presencia de lesiones granulomatosas conocidas como “gomas” que suelen afectar piel, huesos, hígado, también se caracteriza por la afectación del sistema nervioso central y sistemas cardiovascular(16).

La OMS define sífilis temprana como aquella infección que tiene menos de 2 años de evolución, incluyendo acá a los estadios primario, secundario y latente temprano. Por otro lado, define sífilis tardía la cual presenta más de 2 años de evolución, donde se incluye el estadio latente tardío y terciario(1).

Dentro de las manifestaciones clínicas tardías más características, encontramos las siguientes:

Neurosífilis

la cual puede ocurrir en cualquier estadio de la enfermedad incluso en los primeros meses de la infección, es así que se puede clasificar en dos etapas:

- La **neurosífilis temprana** puede ser asintomática o causar meningitis con alteraciones en el líquido cefalorraquídeo. La meningitis sintomática, que puede desarrollarse aproximadamente un año después de la infección, presenta síntomas de irritación meníngea, hidrocefalia y convulsiones. Los cambios en el LCR son más graves en esta fase. La afectación de los vasos puede conducir a sífilis meningovascular, aumentando el riesgo de accidentes cerebrovasculares isquémicos, especialmente en la etapa tardía de la enfermedad.(15,17)
- La **neurosífilis tardía** incluye la "paresia general" y el "tabes dorsal". La paresia general, resultado del daño cerebral, presenta síntomas iniciales como pérdida de memoria y cambios en la personalidad, evolucionando hacia demencia severa. Puede causar síntomas psiquiátricos y afectar el tronco cerebral, manifestándose en el "signo de la pupila de

Argyll-Robertson". El "tabes dorsal" implica desmielinización en la médula espinal, resultando en ataxia sensorial y dolores lancinantes. (17)

Sífilis cardiovascular

La afectación cardiovascular suele presentarse entre 15 a 30 años posterior a la infección primaria y se caracteriza por la afectación de la *vasa vasorum* de la aorta, debido a una endoarteritis obliterante, provocando necrosis de la capa media, destruyendo el tejido elástico lo que conlleva a una aortitis y formación de aneurismas, principalmente en la aorta ascendente(15).

Otras formas clínicas incluyen también:

Sífilis gestacional

La sífilis en mujeres embarazadas presenta un curso similar al de las no gestantes. Inicia con la etapa primaria, marcada por el "chancro duro", seguida de la etapa secundaria con síntomas sistémicos. Después hay un periodo de latencia, donde disminuye el riesgo de transmisión sexual pero persiste el riesgo de transmisión intrauterina al feto. La transmisión a través de la placenta puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, siendo más frecuente a medida que avanza la gestación. El riesgo de transmisión disminuye con el tiempo desde la infección, siendo solo del 2% después de cuatro años.(18,19)

Sífilis congénita

La transmisión intrauterina de la sífilis no suele provocar complicaciones antes del segundo trimestre de gestación, ya que las características clínicas resultan de la inflamación en órganos como huesos, hígado, páncreas, intestino, riñones y bazo. Tratar a la madre antes de los 4 meses de gestación puede prevenir la infección en el neonato.

En etapas avanzadas del embarazo, la infección puede llevar a aborto, muerte neonatal intrauterina, enfermedad neonatal o infección latente. La mayoría de los recién nacidos no presentan síntomas al nacer, pero alrededor de dos tercios pueden desarrollar signos de la enfermedad en las semanas posteriores al nacimiento. La sífilis congénita se puede clasificar en dos etapas, guiado por el examen clínico para identificar casos.(15,19)

- sífilis congénita temprana, la cual se presenta durante los 2 primeros años, los signos y síntomas incluyen: rinitis sifilítica siendo es el signo más temprano en aparecer; eritema maculo-papular rojo o rosado que afectan palmas y plantas, con formación de vesículas y ampollas (pénfigo sifilítico), también se puede presentar como linfadenopatía generalizada, hepatoesplenomegalia, osteocondritis, periostitis dolorosa, meningitis y coriorretinitis.
- sífilis congénita tardía, afectando a niños de 2 años a más, presentando manifestaciones inflamatorias que afectan ojos, oídos y articulaciones; produciendo queratitis intersticial, sordera, artritis indolora de las rodillas, tibias en sable, protuberancia frontal, maxilares poco desarrollados y los dientes de Hutchinson (dientes hipoplásicos y separados con una muesca central) y perforación del paladar duro(15,19).

Diagnóstico.

El diagnóstico de sífilis se basa en antecedentes, examen físico, pruebas de laboratorio y, en algunos casos, pruebas radiológicas. A menudo, la enfermedad puede ser asintomática o presentar síntomas leves. Las técnicas de laboratorio incluyen métodos directos (microscopía de campo oscuro, inmunofluorescencia directa, ampliación de ácido nucleico), pruebas serológicas (no treponémicas y treponémicas) y análisis de líquido cefalorraquídeo. Se requiere un diagnóstico presuntivo con el uso de al menos dos pruebas serológicas, treponémicas o no treponémicas, ya que una única prueba puede ser insuficiente, llevando a falsos negativos en la etapa primaria y falsos positivos en personas sin sífilis o tratadas previamente(1,20).

Métodos directos.

- _ La microscopía de campo oscuro es una prueba diagnóstica que utiliza muestras de úlceras cutáneas para observar espiroquetas móviles directamente, permitiendo un diagnóstico inmediato. No es recomendable para muestras bucales y su disponibilidad es limitada debido a la necesidad de equipo y personal especializado.(15).
- _ La inmunofluorescencia directa es un método diagnóstico que utiliza un microscopio de fluorescencia para detectar espiroquetas teñidas con anticuerpos contra T. pallidum marcados con fluoresceína. Aunque es una alternativa a la microscopía de campo oscuro, su aplicación requiere equipo especializado y experiencia para interpretar los resultados con precisión, por lo que su uso se considera más limitado en la actualidad.(15).
- _ La amplificación de ácidos nucleicos mediante PCR detecta el ADN de T. Pallidum en muestras de diversos líquidos corporales o exudados hísticos, permitiendo el estudio de lesiones extragenitales. No se recomienda su uso en muestras de líquido cefalorraquídeo debido a su baja sensibilidad y especificidad.(15).

Pruebas serológicas

Contamos con dos tipos de pruebas serológicas para sífilis, las cuales son: pruebas no treponémicas y treponémicas. Para realizar un diagnóstico presuntivo se requiere de un resultado positivo de al menos una de estas pruebas. Para hacer confirmatorio el diagnóstico de sífilis, se necesita resultados positivos de ambos tipos de pruebas serológicas(1).

- **Pruebas no treponémicas**, también llamados reagínico o no específicos, Las pruebas se fundamentan en la respuesta reactiva del suero de pacientes infectados a un antígeno compuesto por cardiolipina-colesterol-lecitina, detectando inmunoglobulina M o G. Las pruebas no treponémicas se clasifican en:
 - _ De floculación microscópica: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).
 - _ De floculación macroscópica: RPR (reagina plasmática rápida).

Las pruebas no treponémicas son comunes para detectar sífilis debido a su bajo costo y facilidad de uso, útiles también para monitorear la eficacia del tratamiento. Sin embargo, pueden arrojar

resultados negativos hasta cuatro semanas después de la aparición de la lesión primaria y en la sífilis latente. Una prueba no treponémica negativa a los 3 meses desde el inicio del chancro primario excluye el diagnóstico de sífilis.(1).

Existen pruebas no treponémicas cuantitativas y cualitativas, siendo las cuantitativas útiles para monitorear la respuesta al tratamiento. Se espera una disminución de títulos después del tratamiento y un aumento en casos no tratados. Un cambio de cuatro o más titulaciones entre dos pruebas secuenciales del mismo método se considera significativo, mientras que aquellos con solo una dilución no se consideran significativos.(1).

- **Pruebas treponémicas**, donde se usan antígenos específicos de *T. Pallidum* para detectar los anticuerpos formados, por tal razón son altamente específicos, estableciendo una alta probabilidad de infección activa como previamente tratada; se usa a menudo para confirmar o descartar el resultado positivo de una prueba no treponémica.

Se pueden distinguir los siguientes tipos(1):

- _ Inmunofluorescencia: FTA-Abs (*fluorescent treponemal antibody absorbed*)
- _ Hemaglutinación; TPHA (*T. Pallidum hemagglutination assay*) TPPA (*T. Pallidum particle agglutination assay*)

Aproximadamente el 85% de los pacientes mantendrán pruebas treponémicas reactivas de por vida, incluso después de un tratamiento adecuado. Estas pruebas no distinguen entre infección activa y previamente tratada ni predicen la respuesta al tratamiento. Se sugiere, en casos de prueba treponémica reactiva, realizar una prueba no treponémica cuantitativa para orientar el manejo del paciente. Si la prueba no treponémica da negativa, se debe realizar otra prueba treponémica, preferiblemente TPPA, para comparar resultados. Si la segunda prueba treponémica es positiva y hay antecedentes de tratamiento, no se inicia tratamiento, excepto en casos de reexposición sexual. Si no hay antecedentes de tratamiento, se inicia tratamiento, a menos que el examen físico sugiera una infección reciente, en cuyo caso se tratará como sífilis de duración desconocida o en etapa latente tardía(1,15).

Examen de líquido cefalorraquídeo.

Se recomienda realizar un estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) en personas con serología reactiva para sífilis y signos clínicos de neurosífilis, como disfunción de pares craneales, alteración del estado mental o meningitis. En casos de afectación de pares craneales, se debe evaluar el LCR. Sin embargo, si no hay afectación de pares craneales, no es necesario realizar el estudio de LCR antes de iniciar el tratamiento.

Se recomienda examinar a todos los recién nacidos de madres seropositivas para sífilis en busca de evidencia de sífilis congénita mediante pruebas RPR cuantitativas al tercer, sexto y duodécimo mes, o hasta que se evidencie una prueba negativa. Dado que los recién nacidos pueden retener anticuerpos maternos hasta aproximadamente 18 meses, aquellos con pruebas treponémicas reactivas a esta edad confirman el diagnóstico de sífilis congénita.(20).

Según la norma técnica del MINSA, se recomienda que todas las gestantes realicen el tamizaje para sífilis en dos ocasiones con Prueba Rápida Dual (PRD) o PRS. El primer tamizaje coincide con el primer control prenatal en el primer trimestre, y el segundo se realiza en el tercer trimestre. En casos de inicio tardío de controles prenatales, el segundo tamizaje se efectúa con tres meses de diferencia.(20).

Para el diagnóstico de sífilis congénita, se incluyen los siguientes diagnósticos:

- _ Neonato con prueba serológica no treponémica con títulos al menos dos veces mayores a los de la madre
- _ Detección de IgM específica para *T. pallidum* por FTA Abs.
- _ Detección por microscopía de campo oscuro o prueba directa con anticuerpos para la presencia de *T. pallidum* en secreción nasal, lesiones cutáneas, cordón umbilical o placenta(20).

Tratamiento.

Se recomienda el manejo en base al estadiaje de la enfermedad, teniendo en cuenta tres escenarios:

- **Sífilis Temprana**

En casos de sífilis primaria, secundaria y latente temprano de no más de 2 años de duración en adultos y adolescentes, se recomienda el uso de penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades intramuscular en dosis única. Si hay alergia a la penicilina o no es posible la desensibilización, se sugiere el uso de doxiciclina 100mg por vía oral dos veces al día durante 14 días, o ceftriaxona 1g intramuscular una vez al día durante 10 a 14 días. En casos de estadio de sífilis desconocido, se trata como sífilis tardía. En pacientes con VIH, la elección del tratamiento no se modifica, ya que no hay diferencia en los efectos de las opciones de tratamiento.(15).

- **Sífilis Tardía**

En casos de sífilis con una duración mayor a dos años, incluyendo sífilis latente tardía y terciaria, para adolescentes, adultos gestantes y no gestantes se recomienda la aplicación de penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades intramuscular una vez a la semana durante tres semanas consecutivas. En pacientes no gestantes que no puedan usar penicilina, ya sea por alergia sin disponibilidad de desensibilización o por falta de recursos, se sugiere el uso de doxiciclina 100mg por vía oral dos veces al día durante 28 días, con alternativas como tetraciclina o ceftriaxona.

En gestantes en estadio no conocido, se recomienda el uso de penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades intramuscular una vez a la semana durante tres semanas consecutivas, con un intervalo entre dosis no mayor de 14 días. Cuando no sea posible el uso de este esquema, se sugiere con precaución la eritromicina 500mg por vía oral cada 6 horas durante 30 días. Aunque trata a la mujer gestante, la eritromicina no cruza la barrera placentaria, por lo que el feto no recibe tratamiento.(1).

Según norma técnica del MINSA, toda gestante con resultado reactivo de PRD o PRS, debe recibir tratamiento inmediato por el personal capacitado, independientemente del nivel de atención.

además de iniciar el tratamiento de forma inmediata, se procede a tomar una muestra RPR cuantitativa y continuar con el tratamiento hasta obtener los resultados. A toda gestante, se recomienda el tratamiento con penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades intramuscular una vez a la semana por tres semanas. Siendo el tratamiento para toda gestante completo y adecuado, además de iniciarse también tratamiento a la pareja sexual con la se tuvo coito en los últimos 6 últimos meses.

- _ Se considera completo cuando se usa penicilina G benzatínica en dosis correspondiente una vez por semana por tres semanas seguidas.
- _ Tratamiento adecuado es aquel donde la última dosis de penicilina G benzatínica se aplica a la gestante hasta antes de cuatro semanas del parto.

En los casos donde la gestante presente alergia a la penicilina, esta deberá ser derivada a un centro de mayor nivel para su desensibilización, en los casos que no se cuente o no responda de manera adecuada a la desensibilización, se puede usar tratamiento alternativo con ceftriaxona 1gr intramuscular cada 24 horas por 14 días. El esquema de tratamiento de mujeres con diagnóstico de sífilis, en puerperio o post aborto, será el mismo.

También se recomienda el tratamiento de la pareja sexual de la gestante con penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades intramuscular una vez a la semana por tres semanas seguidas(20).

- **Sífilis Congénita**

Todo recién nacido con diagnóstico de sífilis congénita, deberá recibir tratamiento especializado por un médico pediatra. Para la elección del esquema de tratamiento, dependerá de la situación tanto clínico como laboratorial de la madre y el recién nacido, para lo cual se deben solicitar una serie de exámenes: RPR cuantitativo, análisis de LCR y VDRL, hemograma, radiografía de huesos largos y búsqueda de anticuerpos por FTA-Abs IgM. Para lo cual se deben tener en cuenta dos escenarios:

- _ Recién nacidos de madre con sífilis no tratada o con tratamiento inadecuado.

En el caso de recién nacidos con sífilis congénita que presentan anomalías clínicas-radiológicas y alteraciones laboratoriales, se inicia un esquema con bencilpenicilina sódica 50,000 UI/kg/dosis por vía intravenosa cada 12 horas durante los primeros 7 días, y luego cada 8 horas durante los siguientes 7 días, completando así un total de 10 días. Si hay alteraciones en el líquido cefalorraquídeo con VDRL reactivo, se sigue el esquema hasta completar 14 días.

En casos donde el recién nacido no presenta alteraciones clínico-radiológicas ni laboratoriales, con un LCR sin alteraciones, se recomienda un esquema con bencilpenicilina sódica 50,000 UI/kg por vía intramuscular en dosis única.

- _ Recién nacidos de madre con sífilis que recibió tratamiento adecuado y completo.

En estos casos, se recomienda realizar pruebas no treponémicas (RPR cuantitativas) al recién nacido. Si el recién nacido presenta prueba RPR reactiva con títulos dos veces mayores a los de

la madre, se debe evaluar al recién nacido para encontrar alteraciones clínico-radiológicas, laboratoriales y de LCR a fin de seleccionar el esquema de tratamiento adecuado.

En los casos donde la prueba no treponémica RPR presente títulos 2 veces menores a los de la madre o si es no reactivo para sífilis, se recomienda por la aplicación de Bencilpenicilina 50 000 UI/Kg IM en dosis única, monitorizando posteriormente los títulos del recién nacido(20).

I.5 Marco filosófico

La sífilis como enfermedad infecto contagiosa, transmitida de manera principal por vía sexual y menormente por vías transplacentaria, presenta especial connotación ya que para su vigilancia se requiere conocer y trabajar sobre las conductas sexuales donde la mayoría de personas no concuerdan en que se intervenga(21).

Rodríguez C. Argentina (2020). en su ensayo titulado "**Ética en investigaciones con seres humanos vulnerables en el marco de la Bioética. ¿Conocimientos para quién?**". Donde se propone examinar el caso de Tuskegee-Alabama donde alrededor de 600 personas afroamericanas fueron inoculadas de sífilis, abordando el caso desde una perspectiva bioética, concluyendo que, aunque es de gran importancia contar con marcos legales y normativos para regular las experimentaciones, es igualmente destacable que la mera existencia de estos marcos no garantiza por sí sola el cumplimiento efectivo de los derechos, viendo cómo se transgredió los cuatro principios de la bioética. Finalmente sugiere que en el contexto de cualquier investigación bioética que involucre a personas vulnerables, es fundamental dar prioridad al respeto y, al mismo tiempo, desarrollar una ética de la responsabilidad que reconozca y responda a la importancia de la alteridad(22).

El caso Tuskegee tuvo un impacto significativo en la elaboración del informe Belmont en 1978, que se considera un hito en bioética para abordar los conflictos éticos en experimentos con seres humanos. La sífilis, al ser de notificación obligatoria, justifica excepciones a la confidencialidad y al secreto médico. Los principales dilemas éticos al tratar pacientes con esta enfermedad incluyen la confidencialidad, la autonomía del paciente y el secreto médico.(21).

I.6 Justificación e importancia.

Justificación.

la justificación del estudio de los factores de riesgo de sífilis en gestantes, se basa en que la detección es importante para prevenir la transmisión vertical de madre a hijo durante el embarazo, lo cual podría traer graves complicaciones ya sea aborto, muerte fetal, parto prematuro, malformaciones congénitas. La infección por sífilis durante el embarazo tiene más probabilidades de propagarse al feto en mujeres embarazadas no tratadas o tratadas de forma inadecuada, especialmente en los últimos trimestres. Para detener la propagación de la sífilis, es crucial determinar los factores de riesgo relacionados con la transmisión vertical.

Pese que a nivel global la prevalencia de sífilis en gestante ha ido disminuyendo, no sucede así a nivel de la región de las Américas, como se informó en un estudio publicado en el 2019; a su vez se informó que para el año 2020, el porcentaje de mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal y se les realizó pruebas de detección para sífilis fue del 66%, siendo el 78% el porcentaje que recibió tratamiento en caso de dar resultados positivos, proponiéndose como objetivo para el 2030 tener una cobertura mayor al 95%(3).

En un boletín epidemiológico sobre la realidad actual de sífilis materna publicado en el 2022, en la región de Ica se reportan un total de 210 casos de entre los años 2016 y 2022, representando el 2.2% del total, ocupado el puesto 12 a nivel nacional(5).

Importancia.

Entre los factores de riesgo que se observaron para la sífilis en gestantes se encuentran la falta de acceso a la atención prenatal (APN) precoz, falta de pruebas de detección de la sífilis durante el embarazo, el diagnóstico y tratamiento tardío o inadecuado de la infección, la falta de adherencia al tratamiento y la presencia de otras infecciones de transmisión sexual.

La importancia del estudio radica en que los profesionales sanitarios deben conocer estos factores de riesgo para adoptar estrategias preventivas y de control eficaces, como la detección precoz de la sífilis durante el embarazo, la educación sobre el uso de métodos de barrera y la promoción de un tratamiento adecuado y rápido de la infección. Tomando estas precauciones, se pretende disminuir la morbimortalidad perinatal protegiendo la salud y el bienestar de la madre y el feto de la transmisión vertical de la sífilis.

I.7 Objetivos.

Objetivo general.

Establecer los factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.

Objetivos específicos.

Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.

Determinar los factores de riesgo socio demográficos asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.

Precisar los factores de riesgo conductuales asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.

I.8 Variables de investigación.

Variables

Variable dependiente.

- Sífilis en gestantes atendidas en centros del primer nivel de atención

Variable independiente.

- _ Factores de riesgo:
 - ✓ Factores obstétricos.
 - ✓ Factores socio demográficos.
 - ✓ Factores conductuales.

II ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

II.1 Tipo, nivel y diseño de investigación.

El presente estudio, desde un punto de vista epidemiológico, se trataría de un tipo observacional correlacional, retrospectivo, de corte transversal.

- **Observacional** porque se observarán y recopilarán datos sin realizar intervenciones ni manipulaciones en las variables ni situaciones estudiadas.
- **Correlacional** ya que examina la relación entre ambas variables determinar si existe o no una asociación entre ambas.
- **Retrospectivo** ya que busca estudiar datos previamente recopilados de casos ya documentados buscando obtener información y analizar las variables de interés.
- **Transversal** porque la recopilación de datos sucede en un solo momento sin la necesidad de realizar seguimiento a lo largo del tiempo.

II.2 Población y muestra

Población.

La población estuvo conformada por el total de gestantes tamizadas para sífilis que fueron atendidas en los centros de salud La Tinguña, La Palma y San Joaquín en el año 2022, cuya cantidad promedio fue de 399, 269 y 191 respectivamente, según fuentes estadísticas del servicio de obstetricia.

Muestra.

La muestra estuvo conformada por un total de 30 gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis mediante pruebas treponémicas, no treponémicas o ambas, las cuales fueron atendidas en los centros de salud La Tinguña, La Palma y San Joaquín, en el año 2022; representando respectivamente 14, 9 y 7 gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis.

• **Criterios de inclusión.**

- Gestantes de cualquier edad gestacional que acudieron para su atención prenatal al servicio de obstetricia de los centros de salud La Tinguña, La Palma y San Joaquín en el año 2022, con diagnóstico confirmado o probable de sífilis mediante pruebas treponémicas, no treponémica o ambas.
- Gestantes con diagnóstico para sífilis que cuenten con historias clínicas correctamente llenadas con los datos que se requieren para el estudio.

• **Criterios de exclusión.**

- Gestantes tamizadas para sífilis con pruebas no reactivas.
- Gestantes con historias clínicas incompletas que no cuenten con los datos que no se requiere para el estudio.

II.3 Técnica e instrumento de recolección de datos.

La técnica de recolección de datos corresponde al uso de fuentes secundarias, ya que se propone revisar las historias clínicas de las gestantes que acudieron a los establecimientos de salud en el periodo correspondiente al estudio.

El instrumento para la recolección de datos que se emplea es la ficha de recolección de datos que cuenta con 18 ítems, dividido en cuatro secciones: la primera cuenta con 2 preguntas acerca del diagnóstico de la enfermedad, la segunda cuenta con 5 preguntas sobre datos obstétricos de las gestantes, la tercera sección cuenta con 5 preguntas sobre los datos sociodemográficos de las gestantes y la cuarta cuenta con 6 preguntas acerca de los datos conductuales de las gestantes. La validación del instrumento se realizó mediante la evaluación de tres expertos, quienes evaluaron y confirmaron la idoneidad de cada uno de los elementos establecidos en el mismo. La fiabilidad del instrumento se determinó a través del análisis de Cronbach, el cual indicó que el instrumento es confiable.

Para el proceso de recolección de datos, se comenzó solicitando la autorización del jefe de la Red de Salud de Ica. Luego, se coordinó con los responsables de los centros de salud en La Tinguiña, La Palma y San Joaquín para acceder a las fuentes de información y llevar a cabo la recopilación de datos. Posteriormente, se estableció comunicación con el servicio de obstetricia de cada centro asistencial con el fin de determinar el número total de gestantes atendidas durante el período de enero a diciembre de 2022. Esto permitió la selección de las gestantes que cumplían con los criterios de inclusión y que habrían presentado diagnóstico de sífilis. Luego, se revisaron las historias clínicas, tanto físicas como electrónicas, aplicando el instrumento de recopilación de datos para obtener la información necesaria. Todos los datos recopilados se almacenaron en el programa Microsoft Excel 2021, los cuales fueron analizados en el software estadístico STATA 17 para su posterior interpretación, para lo cual se usó como equipo de almacenamiento laptop HP PAVILION con procesador AMD Ryzen 5 con número de serie SCD0256GJX.

II.4 Técnica de procesamiento de datos, análisis e interpretación de resultados.

Una vez recopilados los datos, se sometieron a un análisis estadístico que incluyó la creación de una tabla de códigos y una tabla matricial, el procesamiento de estos datos se realizó utilizando el software estadístico STATA 17. Los resultados se presentaron con un análisis univariado en forma de frecuencias y medidas porcentuales, representadas en tablas de contingencia y/o gráficos estadísticos, lo que facilita su análisis e interpretación, teniendo en consideración los conceptos teóricos subyacentes.

El proceso de análisis estadístico comenzó con la realización de una evaluación bivariado para cada variable y covariable. Esto se hizo utilizando la prueba estadística Rho de Spearman con el objetivo de determinar la existencia de una asociación estadística entre los factores obstétricos,

conductuales y socio-demográfico en relación a la probabilidad de contraer sífilis durante el embarazo. Para considerar una asociación significativa, se verificó que el valor de (p) obtenido fuera menor a 0.05.

III RESULTADOS.

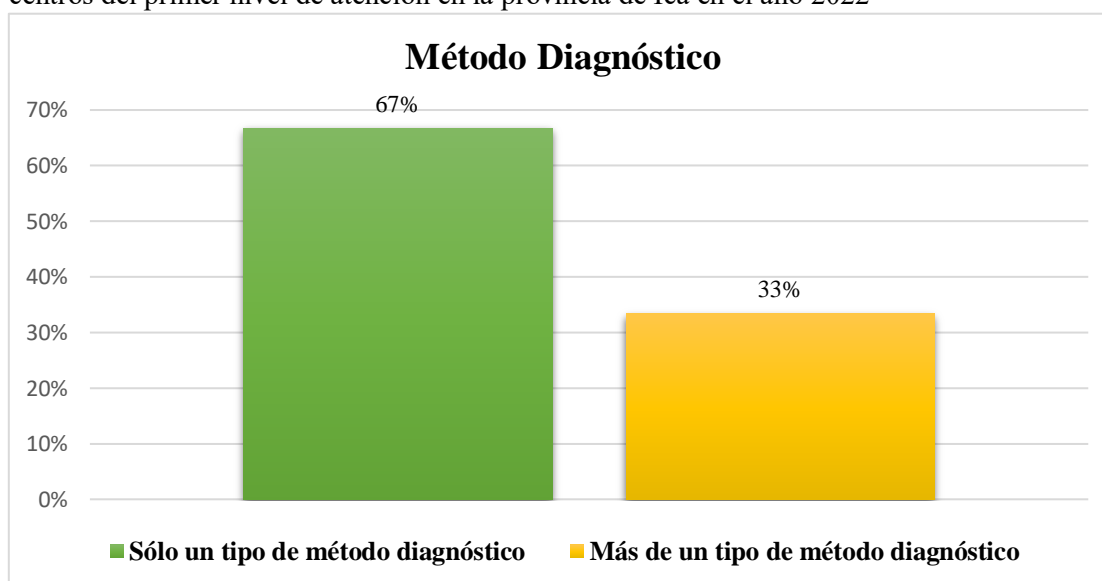
A continuación se presentan los resultados de 30 gestantes con diagnóstico de sífilis atendidas en los centros de salud La Tinguña, La Palma y San Joaquín durante el año 2022.

Tabla 1. “Distribución según el método diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”

Método diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
	Nº	%
Sólo un tipo de método diagnóstico	20	67%
Más de un tipo de método diagnóstico	10	33%
Total	30	100%

Fuente: al autor

Gráfico 1. “Distribución según el método diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”



Fuente: tabla 1

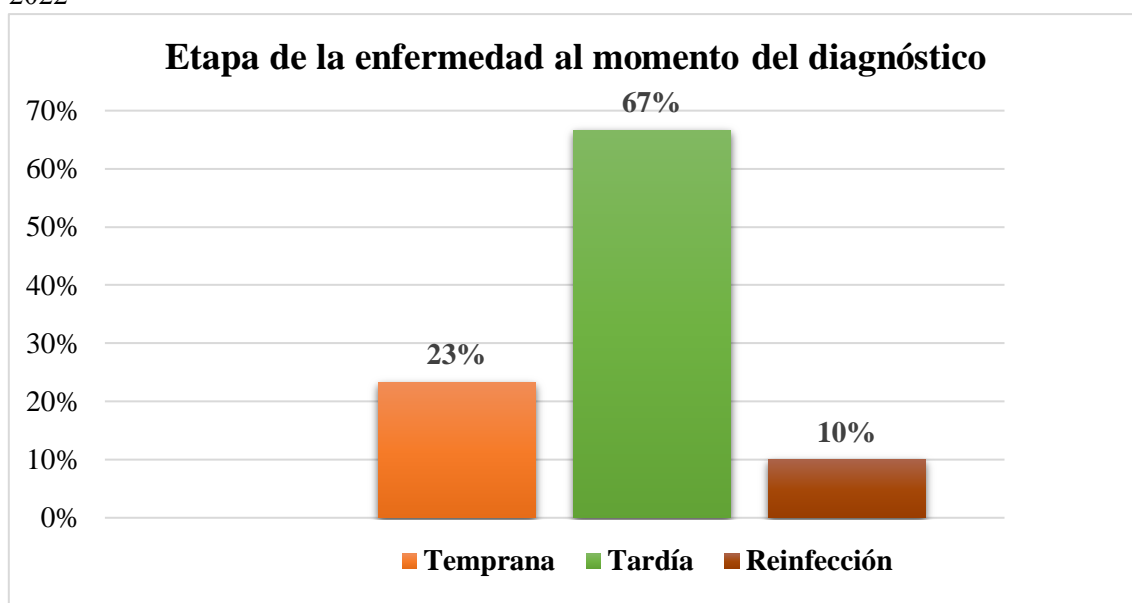
Según la tabla y el gráfico 1, en relación al método diagnóstico que se usó para diagnosticar a la gestantes, se evaluó la distribución y los resultados obtenidos demostraron que de los 30 casos analizados, 20 casos (67%) utilizaron exclusivamente un tipo de método diagnóstico, dentro de los cuales se incluyeron el uso de pruebas treponémicas (FTA-ABS, TPHA, pruebas rápidas duales) o el uso de pruebas no treponémicas (VDRL, RPR); mientras que 10 de los casos (33%) emplearon más de un tipo de método diagnóstico, es decir, el uso en conjunto de pruebas treponémicas y no treponémicas.

Tabla 2. “Distribución según etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”

Etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
	Nº	%
Temprana	7	23%
Tardía	20	67%
Reinfección	3	10%
Total	30	100%

Fuente: el autor

Gráfico 2. “Distribución según etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”



Fuente: tabla 2

Según la tabla y el gráfico 2, en relación a la etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico de sífilis en gestantes, se evaluó su distribución y los resultados obtenidos demostraron que de los 30 casos analizados, se observaron que 7 de ellos (23%) fueron diagnosticados en una etapa temprana de la enfermedad, definido por la OMS como aquellos que presentan un tiempo de enfermedad menor a 2 años, mientras que 20 de ellos (67%) recibieron el diagnóstico en una etapa tardía, ya que presentaron un tiempo de enfermedad mayor a 2 años o desconocían el tiempo exacto. Además, se identificaron 3 casos de reinfección, representando el 10% de la muestra, mismos de los cuales tenían antecedentes de ITS, siendo en estos 3 casos el antecedente de sífilis.

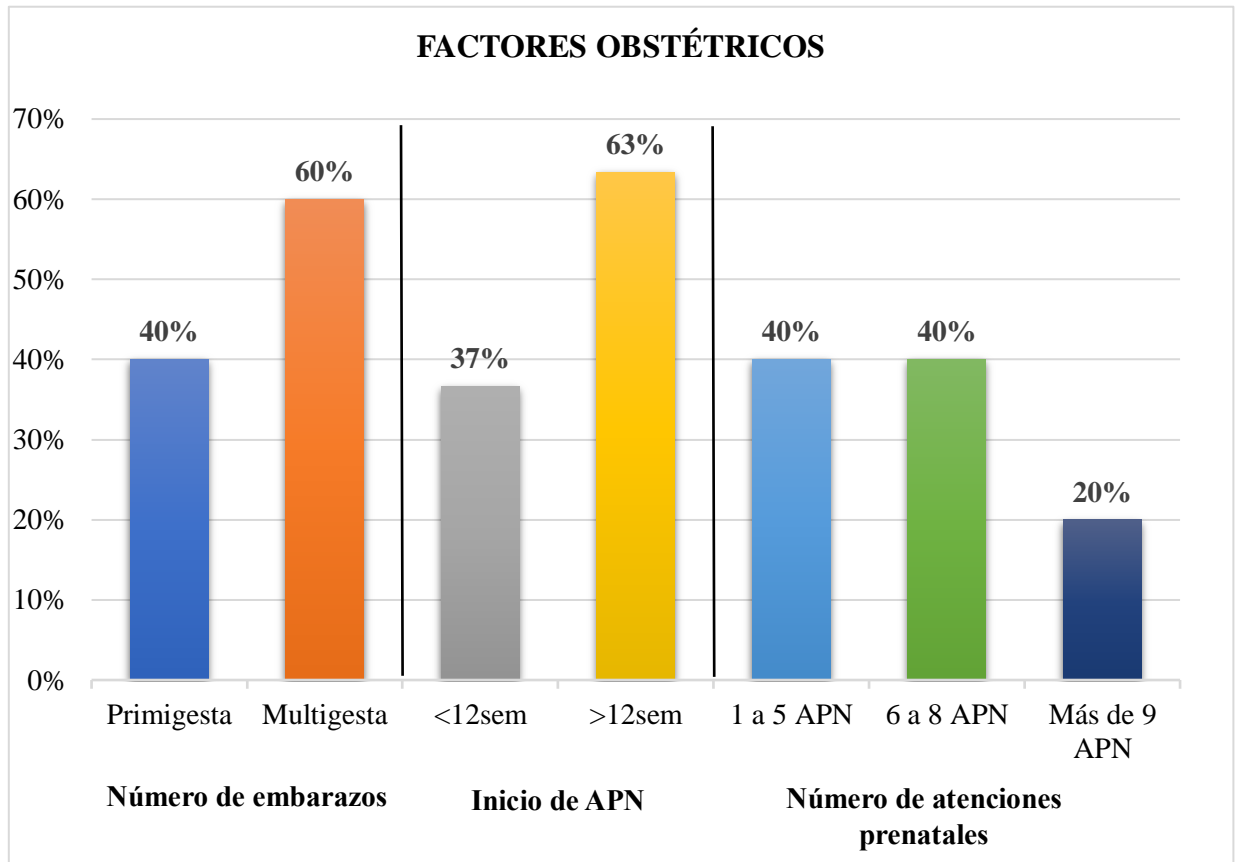
Tabla 3. “Distribución según factores obstétricos: número de embarazos, comienzo de atenciones prenatales, Número de atenciones prenatales en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”

Número de embarazos	Frecuencia N°	Porcentaje %	Rho de Spearman (p valor)
Primigesta	12	40%	0.0673
Multigesta	18	60%	(0.6068)
Total	30	100%	
Comienzo de APN			
<12sem	11	37%	0.0000
>12sem	19	63%	(1.0000)
Total	30	100%	
Número de APN			
1 a 5 APN	12	40%	-0.3905
6 a 8 APN	12	40%	(0.0020)
Más de 9 APN	6	20%	
Total	30	100%	

APN: atenciones prenatales, EG: edad gestacional.

Fuente: el autor

Gráfico 3. “Distribución según factores obstétricos: número de embarazos, comienzo de atenciones prenatales, Número de atenciones prenatales en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”



Fuente: tabla 3.

Según la tabla y el gráfico 3, donde se evaluaron los factores de riesgo obstétricos, podemos ver que en la variable número de embarazos predomina las multigestas representando por 18 casos (60%), seguido de las primigestas representado por 12 casos (40%). En relación al comienzo de las atenciones prenatales, se pudo evidenciar que de los 30 casos, la mayor parte, representado por 19 casos (63%) iniciaron de manera tardía después de las 12 semanas de gestación, y solo 11 casos (37%) de manera precoz antes de la semana 12 de gestación. La evaluación según el número de atenciones prenatales demostró que 12 casos (40%) tuvieron entre 1 a 5 APN, siendo igual que aquellos casos que tuvieron entre 6 a 8 APN, y en menor frecuencia, representado por 6 casos (20%), las gestantes que presentaron más de 9 APN.

Además en la tabla 3 se observa que sólo el número de atenciones prenatales presentó asociación estadística como factor de riesgo para sífilis en gestante, obteniéndose un p valor de 0.0020, presentado también correlación de Spearman negativa moderada (-0.3905). En relación al número de embarazos, el coeficiente de correlación de Spearman (rho) es 0.0673, lo que sugiere que hay una relación positiva moderada entre el número de embarazos y la presencia de sífilis en gestantes. Esto significa que, en general, a medida que aumenta el número de embarazos, tiende a aumentar

la probabilidad de que las gestantes tengan sífilis, dado que el p valor es de 0.6068, no se puede afirmar de manera concluyente que esta relación sea estadísticamente significativa. En cuanto al comienzo de las atenciones prenatales, tenemos que no existe una correlación significativa entre estas dos variables (**0.00**). Por otro lado, en el número de atenciones prenatales existe una correlación negativa moderada (**-0.3905**) lo que indicaría que a medida que aumenta el número de atenciones prenatales, la probabilidad de tener sífilis tiende a disminuir

Tabla 4. “Distribución según factores obstétricos: atenciones prenatales adecuadas y edad gestacional al momento del diagnóstico en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”

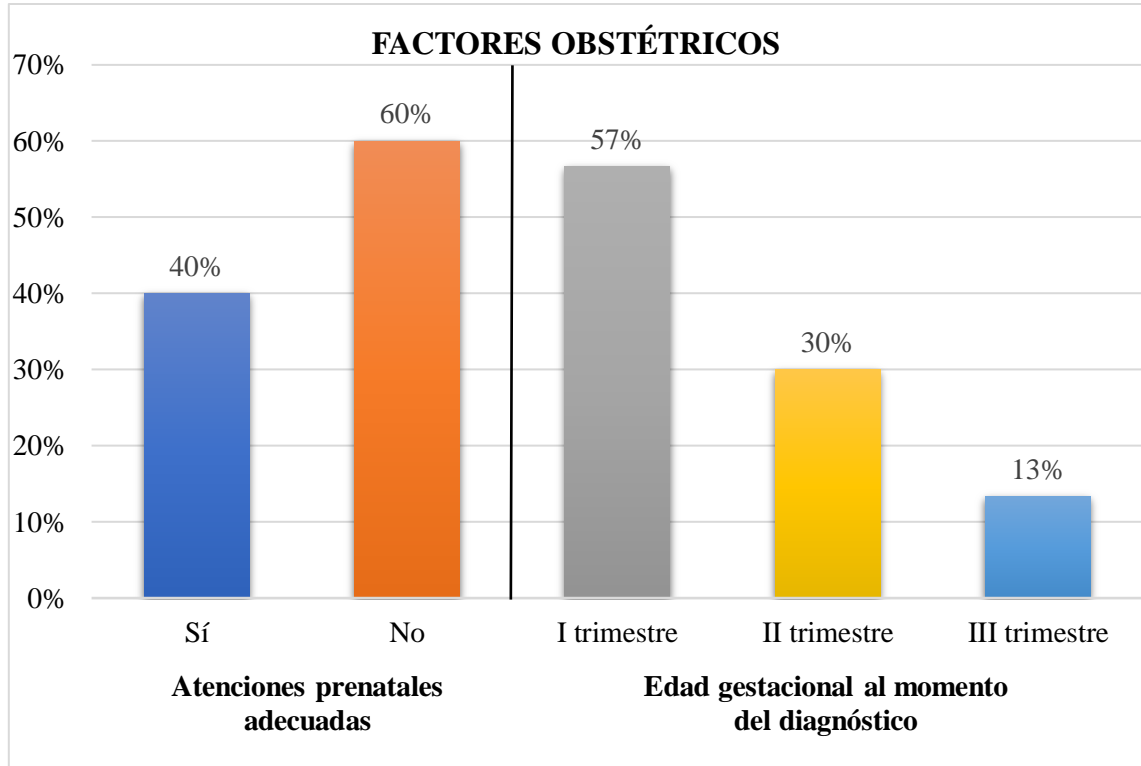
APN adecuadas*	Frecuencia	Porcentaje	Rho de Spearman
	N°	%	(p valor)
Sí	12	40%	0.0338
No	18	60%	(0.7976)
Total	30	100%	

EG al momento del diagnóstico			
I trimestre	17	57%	0.0000
II trimestre	9	30%	(1.0000)
III trimestre	4	13%	
Total	30	100%	

*aquellas que inician de manera precoz, en número de 6 como mínimo y de manera periódica.
 APN: atenciones prenatales, EG: edad estacional.

Fuente: el autor

Gráfico 4. “Distribución según factores obstétricos: atenciones prenatales adecuadas y edad gestacional al momento del diagnóstico en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”



Fuente: tabla 4.

El resultado de la tabla y el gráfico 4, según la calidad de las atenciones prenatales, nos indica que 12 casos (40%) recibieron atenciones prenatales adecuadas, definidas como aquellas que inician de manera precoz antes de la semana 12 de gestación, en número de al menos 6 y de manera periódica. Sin embargo, una mayor parte, representado por 18 casos (60%) no cumplieron con estos criterios, lo que sugiere la necesidad de examinar y abordar posibles barreras para la obtención de cuidados prenatales adecuados. En cuanto a la Edad Gestacional al momento del diagnóstico, la mayoría de los casos, representado por 17 gestantes (57%) fueron diagnosticados en el primer trimestre, lo que sugiere una detección temprana y oportunidades para la intervención. Sin embargo, un porcentaje significativo fue diagnosticado en etapas posteriores del embarazo (9 casos (30%) en el segundo trimestre y 4 casos (13%) en el tercer trimestre), lo que podría afectar el manejo y tratamiento adecuado.

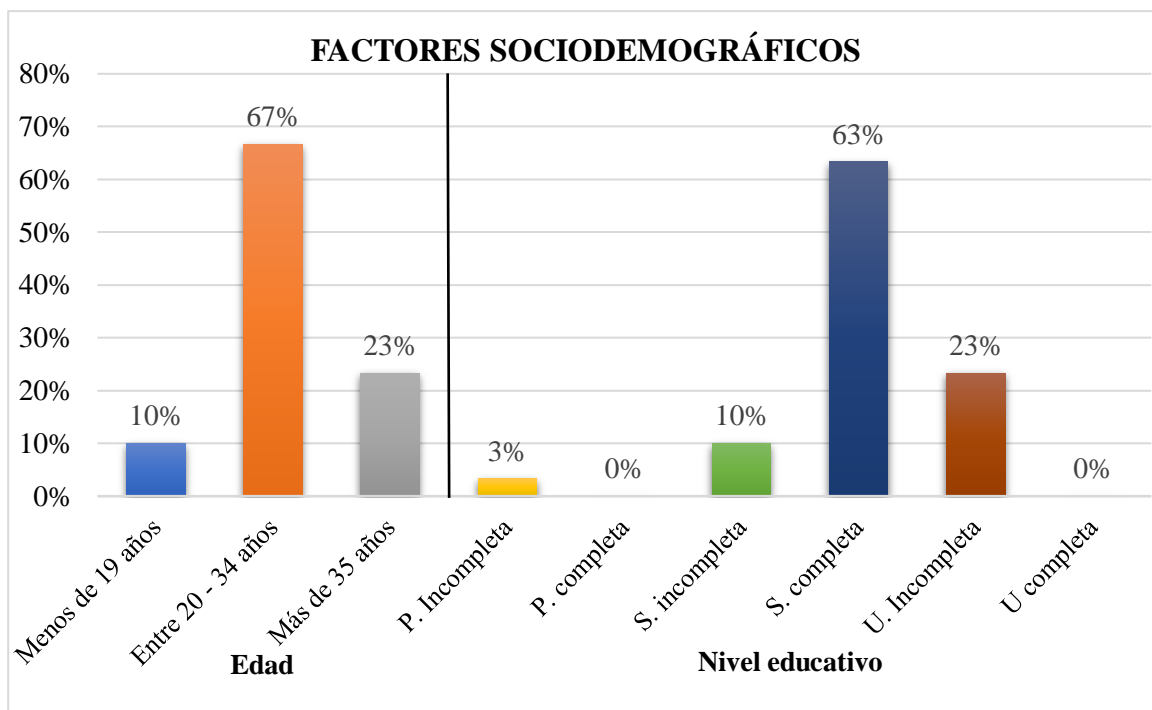
Además tenemos que en la tabla 4 podemos evidenciar que existe una correlación positiva muy débil entre la presencia de sífilis y la atención prenatal adecuada (**0.0338**), al igual que la edad gestacional al momento del diagnóstico, los cuales no presentan correlación estadística.

Tabla 5. “Distribución según factores sociodemográficos: edad y nivel educativo en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”

Edad	Frecuencia N°	Porcentaje %	Rho de Spearman (p valor)
Menos de 19 años	3	10%	0.1342 (0.3068)
Entre 20 - 34 años	20	67%	
Más de 35 años	7	23%	
Total	30	100%	
Nivel educativo			
P. Incompleta	1	3%	-0.3648 (0.0042)
P. completa	0	0%	
S. incompleta	3	10%	
S. completa	19	63%	
U. Incompleta	7	23%	
U completa	0	0%	
Total	30	100%	

Fuente: el autor.

Gráfico 5. “Distribución según factores sociodemográficos: edad y nivel educativo en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”



Fuente: tabla 5.

En la tabla y el gráfico 5 vemos la distribución según factores sociodemográficos, teniendo como resultados que en la variable edad, de los 30 casos, la mayoría de los participantes tienen edades comprendidas entre los 20 y los 34 años, representado por 20 casos (67%), el grupo de más de 35 años consta de 7 gestantes (23%) y en menor medida, representado por 3 gestantes (10%), corresponden a participantes menores de 19 años. Este perfil demográfico proporciona información valiosa sobre la distribución de edades en la muestra estudiada. En términos de nivel educativo, la mayoría de los casos, representado por 19 gestantes (63%) han completado la educación secundaria (63%). Un número significativo de 7 casos (23%) tiene educación universitaria incompleta, mientras que las categorías de primaria incompleta y secundaria incompleta representan un porcentaje más bajo (1 caso [3%] y 3 casos [10%], respectivamente). La ausencia de participantes con educación primaria completa y universidad completa en la muestra indica la diversidad educativa en la población estudiada.

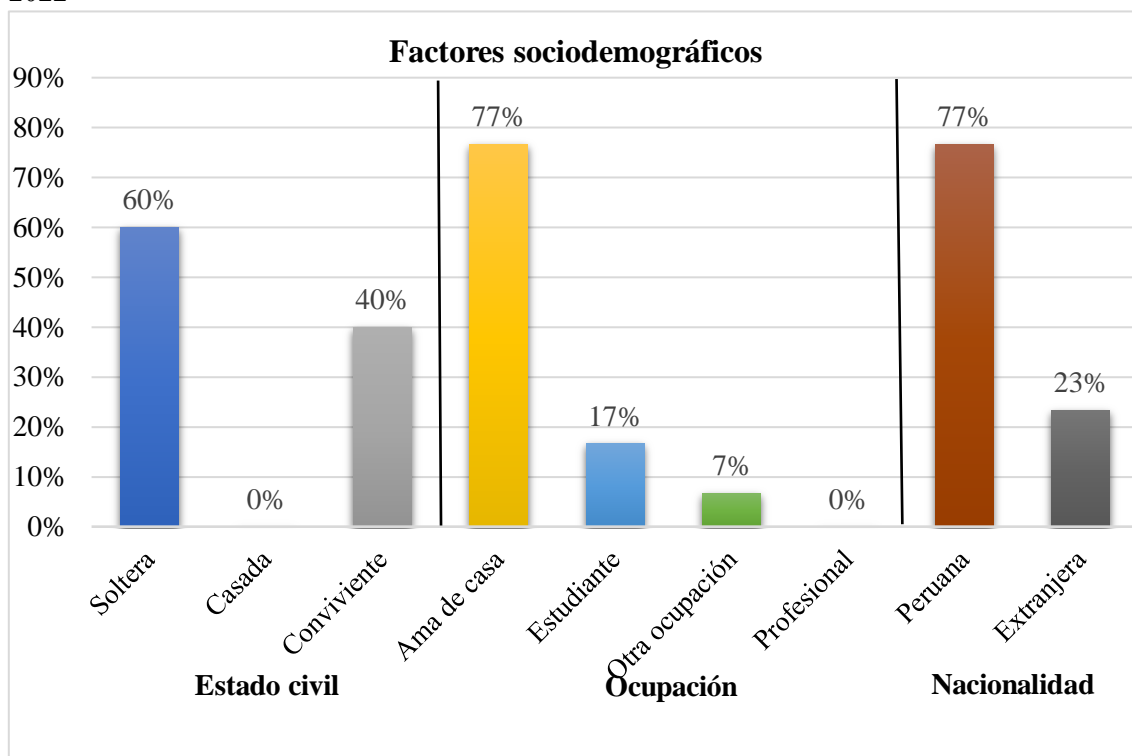
Tenemos también que en la tabla 5 sólo el nivel educativo presentó asociación estadística como factor de riesgo para sífilis en gestante, obteniéndose un p valor igual a 0.0042, con una prueba de correlación de Spearman negativa moderada (-0.3648), indicando que a medida que el nivel educativo aumenta, el riesgo de sífilis en gestantes disminuye. Con la variable edad se muestra una correlación positiva débil (0.1342) lo que sugiere que a medida que aumenta la edad, podría haber una tendencia ligeramente mayor a tener sífilis.

Tabla 6. “Distribución según factores sociodemográficos: estado civil, ocupación, nacionalidad en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Rho de Spearman (p valor)
	N°	%	
Soltera	18	60%	-0.0338 (0.7976)
Casada	0	0%	
Conviviente	12	40%	
Total	30	100%	
Ocupación			
Ama de casa	23	77%	-0.1047 (0.4259)
Estudiante	5	17%	
Otra ocupación	2	7%	
Profesional	0	0%	
Total	30	100%	
Nacionalidad			
Peruana	23	77%	0.1925 (0.1407)
Extranjera	7	23%	
Total	30	100%	

Fuente: el autor

Gráfico 6. “Distribución según factores sociodemográficos: estado civil, ocupación, nacionalidad en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”



Fuente: tabla 6

En la tabla y el gráfico 6, la distribución de la variable estado civil muestra que los participantes son en mayor frecuencia solteras, representado por 18 casos (60%), seguido por aquellas que están en convivencia, donde hay 12 casos (40%), por otro lado no se evidenciaron participantes casadas en la muestra. Este perfil refleja la diversidad en las situaciones matrimoniales de la población estudiada. En cuanto a la ocupación, la mayoría de las participantes fueron amas de casa, representado por 23 casos (77%), seguido por estudiantes con 5 casos (17%) y aquellas con otras ocupaciones que representó 3 casos (7%), de los cuales fueron reportadas como comerciantes. No hay profesionales en la muestra. Esta distribución refleja la diversidad de roles ocupacionales en la población estudiada. En relación con la nacionalidad, 23 participantes fueron de nacionalidad peruana (77%), mientras que 7 participantes (23%) fueron extranjeras. Estos datos indican la composición diversa de la muestra en términos de nacionalidad.

Además tenemos que en la tabla 7 la correlación con la variable estado civil mostró un carácter negativo muy débil (**-0.0338**), al igual que la correlación con la variable ocupación que también mostró un carácter negativo muy débil (**-0.1047**) lo que indicaría que aquellas personas con ciertos tipos de ocupaciones podrían tener una menor probabilidad de tener sífilis. La variable nacionalidad mostró una correlación positiva débil (**0.1925**) lo que indicaría que en la muestra de datos, hay una tendencia a que la probabilidad de tener sífilis aumente a medida que la nacionalidad cambia.

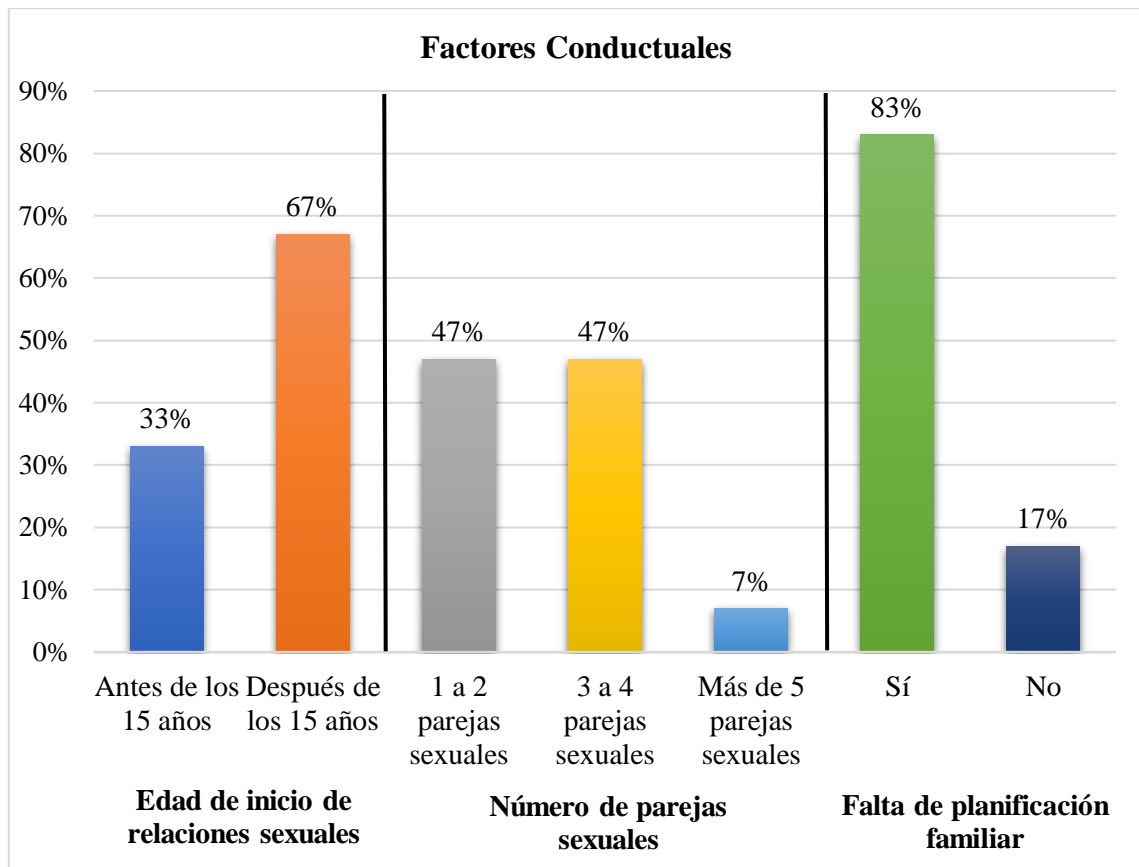
Tabla 7. “Distribución según factores conductuales: edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y falta de planificación familiar en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”

Edad de inicio de relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje	Rho de Spearman (p valor)
	Nº	%	
Antes de los 15 años	10	33%	-0.3333
Después de los 15 años	20	67%	(0.0093)
Total	30	100%	
Número de parejas sexuales			
1 a 2 parejas sexuales	14	47%	0.2352 (0.0704)
3 a 4 parejas sexuales	14	47%	
Más de 5 parejas sexuales	2	7%	
total	30	100	
Falta de planificación familiar			
Sí	25	83%	0.1925
No	5	17%	(0.0225)
Total	30	100%	

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

Fuente: el autor

Gráfico 7: “Distribución según factores conductuales: edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y falta de planificación familiar, antecedentes de ITS en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”



Fuente. Tabla 7.

En la tabla y el gráfico 7 muestra la distribución según factores de riesgo conductuales, teniendo así que la variable edad de inicio de relaciones sexuales fue predominante los casos en que iniciaron después de los 15 años con 20 casos (67%) y solo 10 casos (33%) aquellas que iniciaron la actividad sexual antes de dicha edad, mostrando una visión en cuanto al momento de inicio de las relaciones sexuales en la muestra. Por otro lado, en cuanto al número de parejas sexuales, vemos que hay 14 casos en la muestra que informaron tener de 1 a 2 parejas sexuales, al igual que aquellos que presentaron entre 3 a 4 parejas sexuales representando el 47% del total de casos para cada uno y solo 2 casos (7%) presentaron tener más de 5 parejas sexuales. En términos de planificación familiar, se evidenció que en la mayoría de casos, 25 de ellos (83%), indicó una falta de planificación familiar, mientras que 5 de los participantes (17%) presentaron tener un plan familiar establecido. Esta información destaca la necesidad potencial de intervenciones y apoyo en materia de planificación familiar en la población estudiada.

Además en la tabla 7 podemos apreciar que la edad de inicio de relaciones sexuales (p valor=0.0093), la falta de planificación familiar (p valor=0.0225) mostraron estar estadísticamente asociados a la infección por sífilis durante la gestación. En cuanto a la edad de

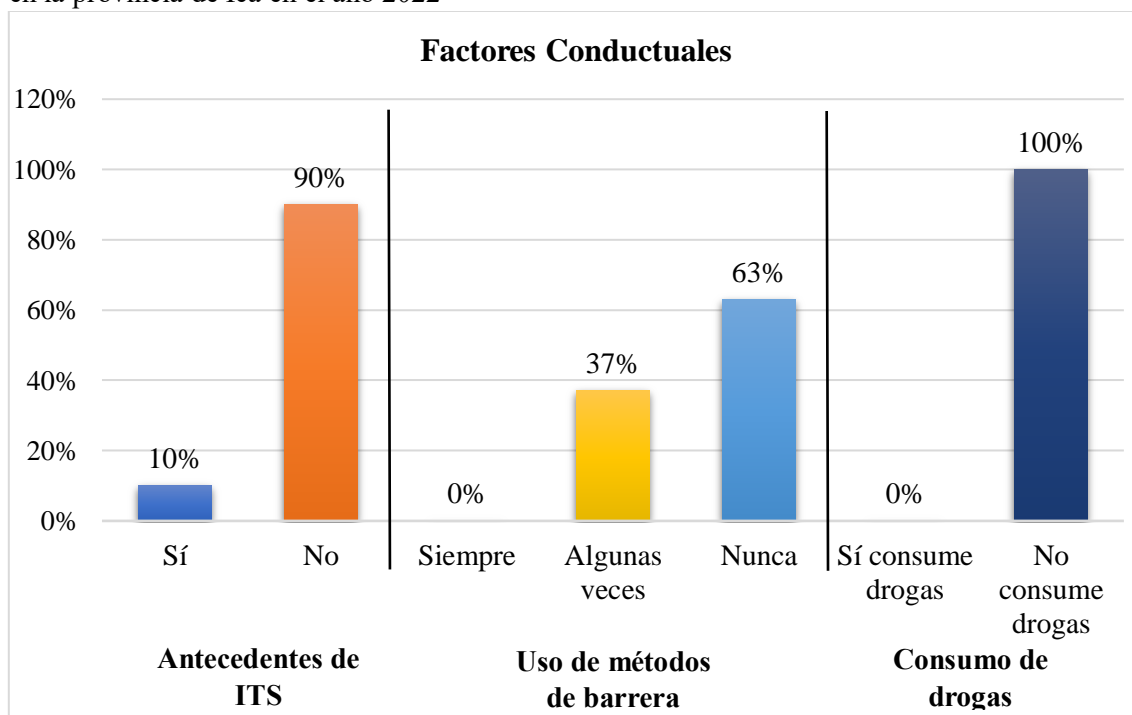
inicio de relaciones sexuales, se mostró una correlación negativa moderada **(-0.3333)** indicando que aquellas personas que inician relaciones sexuales más temprano podrían tener una mayor probabilidad de tener sífilis, mostrando una correlación significativa. Por otro lado, tenemos que la variable número de parejas sexuales **(0.2352)** mostró una correlación positiva moderada, siendo significativa, indicando que a medida que aumenta el número de parejas sexuales, la probabilidad de tener sífilis tiende a aumentar. Tenemos así también que la prueba de correlación de Spearman entre sífilis en gestantes y la falta de planificación familiar, arrojó una correlación positiva sugiriendo que hay una relación moderada entre la planificación familiar y la probabilidad de tener sífilis en gestantes **(0.1925)**. En este contexto, la interpretación podría ser que, en general, a medida que la falta de planificación familiar aumenta, el riesgo de sífilis en gestantes también aumenta

Tabla 8. “Distribución según factores conductuales: antecedentes de ITS, uso de métodos de barrera y consumo de drogas en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”

Antecedentes de ITS	Frecuencia N°	Porcentaje %	Rho de Spearman (p valor)
Sí	3	10%	-0.2294 (0.0779)
No	27	90%	
Total	30	100%	
Uso de método de barrera			
Siempre	0	0%	-0.4327 (0.0476)
Algunas veces	11	37%	
Nunca	19	63%	
Total	30	100%	
Consumo de drogas			
Sí consume drogas	0	0%	-
No consume drogas	30	100%	
Total	30	100%	

Fuente: el autor.

Gráfico 8. “Distribución según factores conductuales: antecedentes de ITS, uso de métodos de barrera y consumo de drogas en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”



Fuente: tabla 8.

La tabla y el gráfico 8 según la distribución de factores conductuales, en cuanto a los antecedentes de infecciones de transmisión sexual, tenemos que de los 30 casos, sólo 3 participantes (10%) reportaron haber tenido antecedentes de ITS, siendo identificado la sífilis en los 3 casos, mientras que 27 casos (90%) indicaron no haber tenido antecedentes de estas infecciones. en la variable uso de métodos de barrera, podemos ver que del total de 30 casos, ningún participante reportó utilizar métodos de barrera siempre. Solo 11 participantes (37%) lo hicieron algunas veces, mientras que 19 participantes (63%) nunca utilizó métodos de barrera. Esto sugiere variabilidad en las prácticas de protección durante las relaciones sexuales en la población estudiada. En cuanto al consumo de drogas, ningún participante reportó consumir drogas, lo que representa el 100% de la muestra.

En la tabla 8 también podemos apreciar que el uso de método de barrera (p valor =0.0476) mostró estar estadísticamente asociados a la infección por sífilis durante la gestación. Con la variable antecedentes de ITS se mostró una correlación negativa moderada (-0.2294) lo que implicaría que las personas con antecedentes de otras ITS tienen menor probabilidad de tener sífilis; debido a que en el estudio el total de participantes que presentaron antecedentes de ITS indicaron tener sífilis en el pasado, entonces la correlación negativa indicaría menor probabilidad de reinfección de sífilis. Finalmente tenemos que la prueba de correlación de Spearman entre sífilis en gestantes y el uso de métodos de barrera, mostró una correlación negativa sugiriendo que hay una relación fuerte entre el no uso de métodos de barrera y la probabilidad de tener sífilis en gestantes (-**0.4327**). En este contexto, la interpretación podría ser que, en general, a medida que aumenta el uso de métodos de barrera, la probabilidad de tener sífilis tiende a disminuir.

En la variable consumo de drogas, dado que el 100% de la muestra no mostró consumo de las mismas, no fue posible calcular la correlación de Spearman debido a que se presentó falta de variabilidad en dicha variable.

IV DISCUSIÓN.

Con el transcurso del tiempo, las infecciones de transmisión sexual han emergido como un problema significativo que impacta la salud pública a nivel global, generando efectos adversos en la calidad de vida y resultando en notables índices de morbilidad y mortalidad. Estas condiciones conllevan consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran envergadura, ejerciendo una influencia directa en la salud reproductiva e infantil. Este impacto se manifiesta a través de complicaciones que van desde la infertilidad hasta la posible aparición de cánceres, exacerbando directamente los desafíos asociados al embarazo poniendo en riesgo el adecuado desarrollo del feto, es esencial comprender los elementos vinculados a las infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, dentro de ellas la sífilis la cual tiene un carácter histórico. Se han reconocido diversos elementos como factores cruciales que contribuyen al incremento del riesgo de infecciones de transmisión sexual en mujeres gestantes. Entre estos factores, la carencia de educación sexual y conocimiento acerca de las ITS se destaca como uno de los más significativos. Esta falta de información, tanto en la población en general como específicamente en las mujeres embarazadas, puede dar lugar a prácticas sexuales de riesgo y a la falta de conciencia sobre la importancia de someterse a pruebas de detección y recibir tratamiento de manera temprana. Esta comprensión se revela crucial para la formulación de estrategias preventivas y terapéuticas apropiadas. (1,23).

En la presente investigación realizada, según el diagnóstico de la enfermedad, tenemos que en la mayoría de casos, 67% del total, se realizó el diagnóstico utilizando solo un método diagnóstico, el cual incluye, bien el uso de sólo pruebas treponémicas o el uso de pruebas no treponémicas, no se encontraron estudios previos que hayan realizado el estudio de esta variable, por lo cual se sienta como base para próximas investigaciones. Por otro lado en relación al estadio de la sífilis al momento del diagnóstico, se obtuvo que el 67% presente sífilis en un estadio tardío, 23% en estadio temprano y 10% presentó reinfección de la enfermedad, presentando una discordancia con el estudio presentando por **Bobadilla C. Ica (2022)**(13) quien determinó que el 89% presentó sífilis en estadio primario, 8% en estadio secundario y 3% en estadio de latencia. El 67% de nuestra muestra representaron aquellas gestantes que desconocían haber presenta sífilis previo al diagnóstico en la gestación, categorizándolas como estadio tardío, definido por la OMS como aquellas que presentan un tiempo de enfermedad mayor a 2 años o un tiempo de enfermedad desconocido, por otro lado el estadio temprano incluye los estadios primario y secundario, por lo que se explica la discordancia, el porcentaje que presentó reinfección sí manifestó haber presentado sífilis en el pasado.

Por lo que hace a los factores de riesgo obstétricos, se menciona a los factores más representativos: en cuanto al número de gestación el 60% fueron multigestas, presentando similitud con el estudio de **Tareke K., Munshea A., et al. Etiopía. (2019)**(6) donde se determinó en su estudio que cerca

del 56.5% presentaron más de una gestación. Por otro lado, el 63% comenzaron sus atenciones prenatales de manera tardía después de las 12 semanas, al igual que el estudio de **Erazo L., García J., et al Lima (2022)**(24), donde alrededor de 58.7% presentaron inicio tardío de las APN después de las 12 semanas, lo que presenta un riesgo para la transmisión vertical de sífilis al neonato. El 40% presentó tener entre 1 a 5 atenciones prenatales (APN) al igual que aquellos casos que tuvieron de 6 a 8 APN y sólo un 20% presentaron más de 9 APN, resultado similares a los expuestos por **Bobadilla C. Ica(2022)**(13) quien determinó que el 55.2% de su población presentaron tener más de 6 APN, además, en el presente estudio se presentando asociación estadística al igual que el estudio realizado por **Erazo L., García J., et al Lima (2022)**(24); a su vez, el 60% de la población no mostró tener atenciones prenatales adecuadas; pese a que según el cálculo del número de atenciones prenatales, cerca al 60% presentaron más de 6 APN, estos no fueron de manera periódica o iniciaron de manera tardía, lo que cual no se considera como APN adecuadas definidas según las directrices técnicas del Ministerio de Salud (MINSA) sobre Salud Sexual y Reproductiva, que define a una gestante como "controlada" cuando ha recibido seis o más Atenciones Prenatales (APN), de manera periódica y de inicio precoz. En relación a la edad gestacional al momento del diagnóstico, se obtuvo que el 56% del total fueron diagnosticadas en el primer trimestre de la gestación, teniendo correlación con el estudio realizado por **Zamora H. México. (2022)**(7) donde se determinó que del total de gestantes que fueron diagnosticadas durante el embarazo la mayoría fueron en el primer control prenatal realizados en el primer trimestre, lo cual aumenta el riesgo de transmisión vertical de la sífilis al neonato.

En relación a los factores de riesgo socio demográficos, se mencionan a los factores más representativos: la edad promedio fue de 28.2 años, con un rango de edad que predominó entre los 20 a 34 años con un 67%, coincidiendo con el estudio de **Ñaupari L. Lima (2020)**(11) en donde el rango de edad predominante fue entre 20 a 34 años con alrededor del 70% por lo que los jóvenes adultos son los más probable de contraer sífilis. El nivel educativo que se vio más representativo fue de secundaria completa con un total de 63% y secundaria incompleta con apenas 10%, por otro lado ningún participante presentó terminar estudios superiores, coincidiendo con el estudio presentado por **Saldivar V. Tacna (2019)**(10) donde concluye que el 62.5% y cerca del 30% presentaron tener secundaria completa e incompleta respectivamente, y solo el 3% estudios superiores, coincidiendo también con el estudio presentado por **guillen S. Ica (2023)**, quien concluye que al rededor del 70% presentaron estudios secundarios, mostrando también asociación estadística significativa; pese a que en el nivel educativo hubieron mejoras en los últimos años, esto no se refleja en cuanto al conocimiento sobre prevención frente a las infección de transmisión sexual el cual no ha visto mejoras. En cuanto al estado civil, se obtuvo que el 60% mostraron ser solteras y 40% convivientes, ninguna participante de la muestra indicó ser casada, datos similares se presentaron en el estudio de **Erazo L., García J., et al Lima (2022)**(24) donde

se presentó que el 58.7% y 38.1% presentaron ser solteras y convivientes respectivamente, por otro lado, sólo el 3.2% refirieron ser casadas, esta característica de riesgo se asoció con el estado civil de soltería, significando la ausencia de convivencia marital, lo que aumenta la probabilidad de tener parejas sexuales no estables y desconocer los antecedentes sexuales de dichas parejas.. La ocupación que más predominó fue de ama de casa con un 77%, solo el 17% indicó ser algún tipo de estudiante y ningún participante indicó ser profesional, resultados similares presentó **Ñaupari L. Lima (2020)**(11) donde concluyó que el 75% de su población fueron amas de casa, mientras que 9% refirieron ser algún tipo de estudiantes. Finalmente, en cuanto a la nacionalidad, el 77% fueron peruanas, sin embargo, debido al movimiento migratorio de los últimos años, se obtuvo una cantidad representativa de 23% de participantes que manifestaron ser de nacionalidad extranjera. Es relevante señalar que, hasta el momento de este estudio, no se han encontrado investigaciones anteriores que se hayan enfocado directamente en la comparación de las variables específicas que estamos examinando. La data recopilada, especialmente en lo que respecta a la nacionalidad, representa una aportación única para el entendimiento de la sífilis en gestantes en el entorno actual. Debido a la ausencia de estudios comparativos disponibles, nuestras conclusiones se fundamentan principalmente en la información obtenida durante la ejecución de este estudio, sirviendo como base para futuras investigaciones.

En cuanto a los factores de riesgo conductuales, se mencionan a los más representativos: que en nuestra población predominó con un 67% la edad de inicio de las relaciones sexuales después de los 15 años de edad, coincidiendo con el estudio presentado por **Castillo M., et al Pisco (2021)**(25) quienes determinaron que en su muestra cerca del 70% iniciaron relaciones sexuales después de los 14 años de edad, a su vez, el estudio presentado por **Erazo L., García J., et al Lima (2022)**(24) demostró asociación estadística significativa entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y la infección por sífilis durante la gestación, teniendo concordancia con nuestro estudio. En cuanto al número de parejas sexuales el 47% presentó entre 1 a 2 parejas sexuales, al igual que aquellos que presentaron entre 3 a 4 parejas sexuales, mostrando concordancia con lo presentando por **Erazo L., García J., et al Lima (2022)**(24) donde determinaron que 49.2% presentaron entre 1 a 2 parejas sexuales y cerca del 50% más de 3 parejas sexuales. Esta semejanza entre investigaciones confirma que mientras más temprano es el inicio de una vida sexual activa, hay más predisposición a presentar mayor número de parejas sexuales conllevando así a una mayor vulnerabilidad de contraer cualquier tipo de infección de transmisión sexual, teniendo esto en cuenta, nuestro estudio concluyó una correlación negativa, significando que a medida que una persona inicia las relaciones sexuales más temprano podrían tener una mayor probabilidad de tener sífilis. Por otro lado, la adolescencia, como etapa de vida, representa en nuestro medio un periodo donde el acceso a la educación sexual y reproductiva está aún limitado, lo que condiciona a un mayor riesgo para este grupo poblacional. Por otro lado, en

nuestra muestra, sólo el 10% presentaron antecedentes de ITS, el resto negaron los antecedentes de los mismo o desconocían haber tenido alguna ITS previa al diagnóstico de sífilis, en nuestra muestra se consideró como antecedente aquellos casos que sí manifestaron conocer su diagnóstico previo a la gestación, mostrando concordancia en lo presentado por **Tareke K., Munshea A., et al. Etiopía. (2019)(6)**, donde determinaron que el 91.4% no presentaron antecedentes de ITS y sólo alrededor del 9% sí manifestaron tener antecedentes previos. Esta semejanza entre investigaciones sugiere que existe una falta de conciencia o información sobre las ITS en la población estudiada, ya que muchos de ellos no estaban al tanto de su historial de infecciones antes del diagnóstico de sífilis. Además, la proporción de aquellos que reconocieron tener antecedentes de ITS es consistente con hallazgos similares en estudios realizados en otras regiones, como el estudio en Etiopía mencionado. En cuanto al uso de métodos de barrera, se identificó que el 63% nunca usó método alguno y sólo el 37% algunas veces, por otro lado, ningún participante mostró usarlos siempre, resultados similares obtuvo **Bobadilla C. Ica (2022)(13)** donde demostró que el 60.5% nunca usaron método de barrera alguno y el 39.5% presentó usarlos algunas veces, a su vez, también determinó asociación estadística significativa entre el uso de métodos de barrera y la infección por sífilis durante la gestación al igual que el presente estudio, lo que recalca la importancia del uso de métodos de barrera para la prevención de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual, evidenciando también falta en conocimiento acerca de sus beneficios. Por otro lado, el 100% de la muestra negaron el uso de drogas, al igual que lo presentado por **Ñaupari L. Lima (2020)(11)** donde también demostró que el 100% de su muestra negaron usar algún tipo de droga. Finalmente, 83% del total presentaron tener falta de planificación familiar previa a la gestación, demostrando también una asociación estadística significativa entre ambas variables; podemos mencionar que entre los objetivos que presenta la planificación familiar se propone mejorar la salud materno infantil ya que al permitir que las mujeres planifiquen sus embarazos, se pueden reducir los riesgos asociados con embarazos no deseados y mejorar la salud de la madre y del niño, por lo que esta carencia en la planificación familiar puede conducir a relaciones sexuales no planificadas e inseguras, aumentando el riesgo de exposición a ITS, incluida la sífilis, especialmente si no se utilizan métodos de barrera de manera consistente, esta carencia también podría conducir en un menor seguimiento médico antes del embarazo lo que puede resultar en un retraso en la detección y el tratamiento de la sífilis, aumentando el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el feto. Pese a que no se han encontrado estudios específicos que comparen la carencia de planificación familiar antes del embarazo con sus efectos en la salud materno-infantil, nuestros descubrimientos se respaldan en los objetivos generales de la planificación familiar, de este modo se plantea el presente estudio actuando como fundamento para investigaciones venideras.

V CONCLUSIONES.

- Se concluye que la mayor parte de los participantes del presente estudio solo realizó algún tipo de método diagnóstico, dejando de lado lo recomendado por la OMS y OPS quienes sugieren el conjunto de dos métodos diagnósticos para tener un diagnóstico más preciso de la infección por sífilis.
- Se concluye que la mayor parte de la población, se encontró en un estadio tardío de la infección por sífilis y sólo un pequeño porcentaje presentó reinfección de la misma.
- Se concluye que de los factores obstétricos, sólo el número de atenciones prenatales tardíos y en número menor a 8 mostró asociación estadística como factores de riesgo para la infección por sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.
- Se concluye que de los factores de riesgo socio demográficos, sólo el nivel educativo secundario mostró asociación estadística como factores de riesgo para la infección por sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.
- Se concluye que de los factores de riesgo conductuales, la edad de inicio de relaciones sexuales menor a 15 años, la falta de planificación familiar y el no uso de método de barrera mostraron estar estadísticamente asociados a la infección por sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.
- Finalmente, la ausencia de planificación familiar, que fue evidente en el 83% de los participantes del presente estudio, genera inquietudes significativas en relación con los riesgos vinculados a embarazos de alto riesgo. Se argumenta que la planificación familiar puede desempeñar un papel esencial en mejorar la salud materno-infantil, ya que permite a las mujeres en edad fértil planificar sus embarazos y, de este modo, reducir las posibles consecuencias adversas que se pueden asociar, sin embargo no evita las ITS como la sífilis, por lo que se debe educar además sobre el uso de métodos de barreras.

VI RECOMENDACIONES.

- A los centros del primer nivel de atención, recomiendo fomentar a cumplir las recomendaciones estipuladas por las OMS y la OPS sobre el diagnóstico de sífilis acerca del uso de más de una sola prueba diagnóstica, para lograr una detección más precisa de la infección por sífilis, así como también la realización de pruebas serológicas seriadas para determinar la respuesta al tratamiento, siendo determinante para lograr disminuir la transmisión vertical y posibles complicaciones perinatales, todo esto incluido en la creación de un programa para el control de la sífilis y otros ITS en gestantes.
- Concientizar a la población en edad reproductiva sobre la importancia de empezar de manera precoz las atenciones prenatales en los casos donde hay sospecha de embarazo, enfocándose así en la prevención primaria, tanto como en la secundaria para lograr un diagnóstico oportuno y precoz durante la gestación. Así como también, elaborar tácticas para elevar la conciencia y la participación en el cuidado prenatal, mediante la implementación de programas educativos brindando charlas durante la realización de las atenciones prenatales.
- En cuanto al enfoque de los factores socio demográficos, vemos que en base a la relación que presentó nuestro estudio con el nivel educativo, recomiendo la implementación de medidas específicas orientadas a mujeres con niveles educativos más bajos con el fin de elevar la concientización y prevenir la sífilis durante el embarazo. Modificar los programas educativos para abordar los obstáculos socioeconómicos que podrían favorecer la propagación de la infección por sífilis.
- Para las intervenciones conductuales, todo personal de la salud deberá realizar iniciativas educativas sobre salud sexual con un enfoque específico en la edad de inicio de las relaciones, aconsejando un inicio tardío de las mismas y la relevancia de la planificación familiar en aquellas personas que ya iniciaron actividad sexual. Facilitar el acceso y la instrucción sobre métodos de barrera para prevenir la sífilis y otras infecciones de transmisión sexual, así como también la implementación de medidas de despistaje de sífilis y otras ITS desde el inicio de la vida sexual activa, permitiendo así una detección oportuna y un manejo precoz y adecuado con el fin de evitar complicaciones perinatales en el futuro.
- A los centros del primer nivel que formaron parte del presente estudio, sugiero la creación de programas especializados para el manejo y control estrecho de gestantes que presente algún tipo de ITS, como se viene realizando en otras regiones.
- Finalmente, recomiendo al personal de salud orientar a la población sobre la prolongación del inicio de relaciones sexuales, hasta alcanzar la madurez psicosomática, priorizando a la población menor de 18 años que aún no inician relaciones coitales por las complicaciones que podrían presentarse ya sea embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual como la sífilis, la cual fue profundizada en el presente estudio.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Panamericana de la Salud. Detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas [Internet]. Guía De La Oms. 2019. 20 p. Available from: http://www.fasgo.org.ar/images/SIFILIS_EN_LA_EMBARAZADA.pdf
2. Pan American Health Organization. Epidemiological Review of Syphilis in the Americas. 2021.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategias mundiales del sector salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el período 2022-2030. Organización Mundial de la Salud. 2022. 2003–2005 p.
4. Korenromp Id EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Saman N, Id W, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes-Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS One [Internet]. 2019 [cited 2023 Apr 18];14(2). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>
5. Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico. Volumen 31 - SE 07 [Internet]. Ministerio de salud. 2022 [cited 2023 Apr 18]. p. 27. Available from: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20227_10_212757.pdf
6. Tareke K, Munshea A, Nibret E. Seroprevalence of syphilis and its risk factors among pregnant women attending antenatal care at Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, northwest Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Res Notes [Internet]. 2019 Jan 31 [cited 2023 May 3];12(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30704517/>
7. Rodríguez Z, Leonardo H. Distribución geográfica de la sífilis en el embarazo y sus factores asociados en el municipio de Aguascalientes 2020-2021 [Internet]. [TESIS DE ESPECIALISTA].AGUASCALIENTES.Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2022 [cited 2023 May 3]. Available from: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2229>
8. Cuñat-Ladron-de-Guevara Y, Parra-Castellanos M, Correa-Iznaga L, López-Bubaire M, Iribar-Tarruella G. Análisis comparativo sobre el comportamiento de sífilis en gestantes del Policlínico Universitario “Emilio Daudinot Bueno”, Guantánamo 2020. Gac Médica Estud [Internet]. 2020;2(1):95–103. Available from: <http://www.revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/53>
9. Erazo-Medina LL, García-Cajaleón JD, Sotelo-Muñoz SA, Rivera-Beltrán SE, Reyes-Ortiz SC, Campos-Correa KE, et al. Sífilis gestacional: análisis de factores de riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015-2020). Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2022 [cited 2023 May 5];90(11):901–9. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022001100901&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. Saldivar Banegas V de los A. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA SÍFILIS EN GESTANTES EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2019. [tesis de licenciatura].TACNA:UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN; 2021.
11. ÑAUPARI TORREJON LDLA. COMPORTAMIENTO SEXUAL Y SIFILIS EN GESTANTES EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO , 2019 [Internet]. [tesis de grado].Lima:Universidad Alas Peruanas.; 2020. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/10035>
12. Castillo Farromeque MA, Garay Arteaga KP. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA SIFILIS EN GESTANTES A TERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS- PISCO, 2019 [Internet]. [Ica]: [Tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [cited 2023 May 8]. Available from: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1016>
13. BOBADILLA PALOMINO CDR. RELACIÓN ENTRE GESTANTES CON SÍFILIS Y CARACTERÍSTICAS GINECO OBSTÉTRICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA, 2020 – 2021. [Internet]. [tesis de licenciatura]. Ica: universidad nacional san luis gonzaga; 2022. Available from: <http://www.nber.org/papers/w16019>
14. Guillen Miranda SL. Factores asociados a infecciones de transmisión sexual en gestantes atendidas en el Hospital Regional De Ica, 2019-2021 [Internet]. [tesis de licenciatura].ICA:UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA; 2023. Available from: <http://www.nber.org/papers/w16019>
15. Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2023 Jun 1];37(6):398–404. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-sifilis-S0213005X19300072>
16. Riedel S, Hobden JA, Miller S, Morse SA, Mietzner TA, Detrick B, et al. Spirochetes: Treponema, Borrelia, and Leptospira. In: Jawetz, Melnick, & Adelberg's Medical Microbiology, 28e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1163280859>
17. Marra CM. Neurosyphilis [Internet]. UPTODATE. 2023 [cited 2023 Jul 14]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/neurosyphilis?search=neurosifilis&source=search_result&selectedTitle=1~72&usage_type=default&display_rank=1#H5
18. Eppes CS, Stafford I, Rac M. Syphilis in pregnancy: an ongoing public health threat. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2022;227(6):822–38. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.041>

19. Arrieta AC. Congenital syphilis: Clinical manifestations, evaluation, and diagnosis [Internet]. UPTODATE. 2023 [cited 2023 Jul 14]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/congenital-syphilis-clinical-manifestations-evaluation-and-diagnosis?search=sifilissecundaria&topicRef=7584&source=see_link#H110903715
20. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B [Internet]. Vol. 801, Minsa-Peru. 2020. 99 p. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>
21. Juana Jiménez Cardoso D, Carmen Gómez Jiménez D, Gómez Gutiérrez V, Neri González Bello D. Dilemas éticos en la Sífilis. Gac Médica Espirituana [Internet]. 2018 Oct 19 [cited 2023 Jun 24];8(0). Available from: <https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1848/html>
22. Rodríguez Garat CD. Ética en investigaciones con seres humanos vulnerables en el marco de la Bioética. ¿Conocimientos para quién? Divulg Perfiles académicos posgrado. 2022;7(19):99–116.
23. Malpartida Ampudia MK. Enfermedades de transmisión sexual en la atención primaria. Rev Medica Sinerg. 2020;5(4):e405.
24. Erazo-Medina LL, García-Cajaleón JD, Sotelo-Muñoz SA, Rivera-Beltrán SE, Reyes-Ortiz SC, Campos-Correa KE. Sífilis gestacional: análisis de factores de riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015-2020). Ginecol Obs Mex [Internet]. 2022 [cited 2023 May 5];90(11):901–9. Available from: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i11.8154>
25. Castillo Farromeque MA, Garay Arteaga KP. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA SIFILIS EN GESTANTES A TERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS- PISCO, 2019 [Internet]. [tesis de licenciatura]. Ica: universidad autónoma de Ica; 2021 [cited 2023 May 3]. Available from: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1016>

VIII ANEXOS.

VIII.1 Matriz de consistencia.

TÍTULO: “Factores De Riesgo Asociados A Sífilis En Gestantes Atendidas En Tres Centros Del Primer Nivel De Atención En La Provincia De Ica En El Año 2022”				
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES	METODOLOGIA
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022?	Establecer los factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.	Se identifican factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.	Variable dependiente _ Sífilis en gestantes. <ul style="list-style-type: none"> • Método diagnóstico. • Etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico. Variable independiente _ Factores obstétricos. <ul style="list-style-type: none"> • Número de embarazos. • Comienzo de atenciones prenatales. • Atenciones prenatales adecuadas. • Número de atenciones prenatales. • Edad gestacional cuando se diagnostica la sífilis. _ Factores socio demográficos. <ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Nivel educativo. • Estado civil. • Ocupación. • Nacionalidad. _ Factores conductuales. <ul style="list-style-type: none"> • Edad de inicio de 	Tipo de estudio _ Observacional porque se observarán y recopilarán datos sin realizar intervenciones ni manipulaciones en las variables ni situaciones estudiadas. _ Correlacional ya que examina la relación entre ambas variables determinar si existe o no una asociación entre ambas. _ Retrospectivo ya que busca estudiar datos previamente recopilados de casos ya documentados buscando obtener información y analizar las variables de interés. _ Transversal porque la recopilación de datos sucede en un solo momento sin la necesidad de realizar seguimiento a lo largo del tiempo.
PROBLEMA ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICA		
¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022?	Precisar los factores de riesgo obstétricos asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.	Los factores de riesgo obstétricos se correlacionan de manera positiva con el riesgo de contraer sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de embarazos. • Comienzo de atenciones prenatales. • Atenciones prenatales adecuadas. • Número de atenciones prenatales. • Edad gestacional cuando se diagnostica la sífilis. 	_ Retrospectivo ya que busca estudiar datos previamente recopilados de casos ya documentados buscando obtener información y analizar las variables de interés.
¿Cuáles son los factores de riesgo socio demográficos asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022?	Precisar los factores de riesgo socio demográficos asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.	Los factores de riesgo socio demográficos se correlacionan de manera positiva con el riesgo de contraer sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.	_ Factores socio demográficos. <ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Nivel educativo. • Estado civil. • Ocupación. • Nacionalidad. 	_ Transversal porque la recopilación de datos sucede en un solo momento sin la necesidad de realizar seguimiento a lo largo del tiempo.
¿Cuáles son los factores de riesgo	Precisar los factores de riesgo	Los factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de inicio de 	Población: Total de gestantes tamizadas para sífilis en tres centros del primer

<p>riesgo conductuales asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022?</p>	<p>riesgo conductuales asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.</p>	<p>conductuales se correlacionan de manera positiva con el riesgo de contraer sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022.</p>	<p>relaciones sexuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de parejas sexuales. • Falta de planificación familiar. • Antecedentes de otras ITS. • Uso de métodos de barrera. • Consumo de drogas, alcohol o tabaco. 	<p>nivel de atención en el año 2022</p> <p>Muestra: Total de gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis mediante pruebas treponémicas o no treponémicas, atendidas en tres centros del primer nivel de atención en el año 2022</p> <p>Técnicas de recopilación de Información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficha de recolección de datos. <p>Técnicas de procesamiento de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Excel. - STATAV17.
---	---	--	---	--

VIII.2 Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Categoría Y Criterio De Medición	Tipos De Variables	Escala De Medición
VARIABLE DEPENDIENTE: SÍFILIS EN GESTANTES	Infección de transmisión sexual causado por la bacteria <i>Treponema Pallidum</i> que afecta a mujeres gestantes, pudiendo transmitirse también de la madre al feto durante el embarazo.	Sífilis	Método diagnóstico	Sólo un método diagnóstico = 0 Más de un método diagnóstico = 1	Cualitativa	Nominal
			Etapa al momento del diagnóstico	Sífilis temprana = 0 Sífilis tardía = 1 Reinfección = 2	Cualitativa	Ordinal
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SÍFILIS GESTACIONAL	Características o circunstancias que aumentan la probabilidad de que una gestante se vea expuesta o contraiga la infección por sífilis	Factores de riesgo obstétricos	Número de gestaciones	Primigesta = 0 Multigesta = 1	Cualitativa	Ordinal
			Comienzo de atenciones prenatales	Temprano (antes de las 12 semanas) =0 Tardío (después de las 12 semanas) =1	Cualitativa	Dicotómica nominal
			Atenciones prenatales adecuadas	Sí = 0 No = 1	Cualitativa	Nominal

			Número de atenciones prenatales	1 a 5 APN = 0 6 a 8 APN = 1 9 a más APN = 2	Cualitativa	Ordinal
			Edad gestacional cuando se diagnostica la sífilis	I trimestre = 0 II trimestre = 1 III trimestre = 2	Cualitativa	Ordinal
		Factores de riesgo socio demográficos	Edad	≤ 19 años = 0 20-34 años = 1 ≥ 35 años = 2	Cualitativa	Ordinal
			Nivel educativo	Primaria incompleta = 0 Primaria completa = 1 Secundaria incompleta = 2 Secundaria completa = 3 Universitaria incompleta = 4 Universitaria completa = 5	Cualitativa	Ordinal
			Estado civil	Soltera = 0 Casada = 1 Conviviente = 2 Otros = 3	Cualitativa	Nominal
			Ocupación	Ama de casa = 0	Cualitativa	Nominal

				Estudiante = 1 Profesional = 2 Otros = 3		
			Nacionalidad	Peruana = 0 Extranjera = 1	Cualitativa	Nominal
		Factores De Riesgo Conductuales	Edad de inicio de relaciones sexuales	Antes de los 15 años = 0 Después de los 15 años = 1	Cualitativa	Ordinal
			Número de parejas sexuales	1 a 2 = 0 3 a 4 = 1 5 a más = 2	Cualitativa	Nominal
			Falta de planificación familiar	Sí = 0 No = 1	Cualitativa	Dicotómica nominal
			Antecedente de otras ITS	Si = 0 No = 1	Cualitativa	Dicotómica nominal
			Uso de métodos de barrera	Sí, siempre = 0 Algunas veces = 1 No, nunca = 2	Cualitativa	Nominal
			Consumo de drogas, alcohol o tabaco	Niega = 0 Drogas = 1 Alcohol = 2 Tabaco = 3	Cualitativa	Nominal

VIII.3 Ficha de recolección de datos.



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE MEDICINA HUAMANA



“FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A SÍFILIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA PROVINCIA DE ICA EN EL AÑO 2022”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El investigador llenará de manera personal la siguiente ficha de recolección de datos, tomando las respuestas de cada pregunta de la historia clínica de la mujer embarazada. Es importante destacar que los datos serán utilizados únicamente con fines de investigación y se mantendrá la confidencialidad requerida.

Centro de salud de procedencia:

I. Diagnóstico de sífilis

1. Método De Diagnóstico:

Sólo un método diagnóstico

()

Más de un método

diagnóstico ()

Ambas ()

2. Etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico

Sífilis temprana ()

Sífilis tardía ()

Reinfección ()

II. FACTORES

OBSTÉTRICOS

3. Número de embarazos.

Primigesta ()

Multigesta ()

4. Comienzo de atención prenatales.

Temprano (antes de las 12 semanas) ()

Tardío (después de las 12 semanas) ()

5. Controles prenatales

adecuados

Sí ()

No ()

6. Número de atenciones prenatales.

1 a 5 APN ()

6 a 8 APN ()

9 a más APN ()

7. Edad gestacional cuando se diagnostica la sífilis.

I trimestre ()

II trimestre ()

III trimestre ()

III. FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS

8. Edad.

≤ 19 años ()

20-34 años ()

≥ 35 años ()

9. Nivel educativo.

Primaria incompleta ()

Primaria completa ()

- Secundaria incompleta ()
 Secundaria completa ()
 Universitaria incompleta ()
 Universitaria completa ()
10. Estado civil.
- Soltera ()
 Casada ()
 Conviviente ()
 Otros ()
11. Ocupación.
- Ama de casa ()
 Estudiante ()
 Profesional ()
 Otros ()
12. Nacionalidad.
- Peruana ()
 Extranjera ()
- IV. FACTORES CONDUCTUALES**
13. Edad de inicio de relaciones sexuales.
- Antes de los 15 años ()
 Después de los 15 años ()
14. Número de parejas sexuales
- 1-2 ()
 3-4 ()
 5 a más ()
15. Falta de planificación familiar.
- Sí ()
 No ()
16. Antecedentes de otras ITS.
- Sí () ¿Cuál?

 No ()
17. Uso de métodos de barrera.
- Sí, siempre ()
 Algunas veces ()
 No, nunca ()
18. Consumo de drogas, alcohol o tabaco.
- Drogas ()
 Alcohol ()
 Tabaco ()
 Otros ()

VIII.4 Validación de instrumento.

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Guerrero Ortiz Hilda*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Asistente Servicios de Geriátrica Del Hospital Regional ICA*
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: *Ficha de Recalificación de Datos*
 1.4 Autor(es) del Instrumento: *Vicente Doncel Enríquez Unzueta Dni*
 1.5 Título de la Investigación: *Factores de riesgo asociados a síjitis en pacientes atendidos en tres centros de Salud de la Párrquia de Ica en el año 2022*

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos de la Tecnología Educativa.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					8	2
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 0,84$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 17 de Julio del 2023

GORE-ICA
HOSPITAL REGIONAL
Firma y sello

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Manson Cabrera Mario Ama*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Asistente Del Servicio Citología Del Hospital Regional de ICA*
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: *Ficha De Recabreo De Datos*
 1.4 Autor(es) del Instrumento: *Victor Daniel Ernesto Unzueta Oñe*
 1.5 Título de la Investigación: *Factores De Riego Asociados a síjilis en gestantes atendidas en ICA con Trazo del primer nivel de atención de la Provincia en el 2022*

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas.					X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos de la Tecnología Educativa.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					8	2
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = \frac{0,84}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

ICA, 17 de Julio del 2023


 Firma y sello

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Castiello Huacabaqueche Jesús Roberto
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Médico Asistente Del Servicio de Ginecología del Hospital Regional de ICA
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Ficha De Evaluación De Datos
 1.4 Autor(es) del Instrumento: Victor David Ernesto Urzúa Oro
 1.5 Título de la Investigación: Factores De Riesgo Asociados a púrpura trombocitopenica tóxica en las embarazadas en los primeros trimestres del primer nivel de atención en la provincia de ICA en el año 2022

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos de la Tecnología Educativa.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					9	1
		A	B	C	D	E

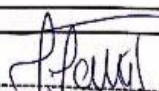
$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = \frac{0 + 0 + 0 + 36 + 5}{50} = 0,82$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

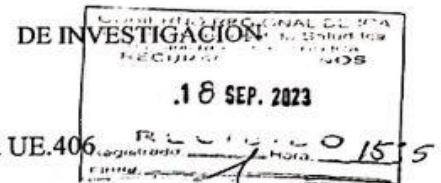
ICA, 17 de Julio del 2023


 Dr. JESÚS CASTILLO H.
 GINECOLOGO OBSTETRA...
 C.M. N.º 11113. DNE 21222
 Firma y sello

VIII.5 Solicitud para aplicar instrumento de recolección de datos dirigido a la red de salud de Ica



SOLICITO: PERMISO PARA APLICAR INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN



M.C. José Alberto Cortez Salazar, director de la Red de Salud Ica UE.406

Yo, Uriondo Oré Victor Daniel Ernesto, identificado con DNI 75375473 domiciliado en Av. San Martín # 798 La Tinguiña, Ica, con celular 994640870, con email daniel.uriondo.27@gmail.com, respetuosamente me presento y expongo:

Que, habiendo terminado la carrera profesional de MEDICINA HUMANA en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, solicito a Ud., permiso para acceder a los centro de salud LA TINGUIÑA, LA PALMA Y SAN JOAQUÍN; con la finalidad que pueda obtener la información necesaria y la disponibilidad de las historias clínicas de las gestantes con pruebas reactivas para sífilis que han sido atendidos durante el periodo 2022, para la culminación de mi Proyecto de Tesis titulado "Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022", para optar el título de Médico Cirujano.

Por lo antes expuesto; ruego a usted acceder a mi solicitud

Ica, 18 de setiembre del 2023

URIONDO ORÉ VICTOR DANIEL ERNESTO

75375473

VIII.6 Memorando de aprobación para recolección de datos en centros del primer nivel de atención



GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
UNIDAD EJECUTORA N° 406-RED DE SALUD ICA



“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

MEMORANDO MULTIPLE N° 443-2023-GORE-DIRESA-RED IPN/D.E/RR.HH/Cel.

Señor (a) : C.D. JAIME SALOMON REYES
Jefe del C.S. La Palma
M.C. YENNIFER MOTTA QUILCA
Jefe del C.S. La Tinguiña
C.D. JUAN MARTIN MAYAUTE ARCE
Jefe del C.S. San Joaquín

ASUNTO : Solicito permiso para la recolección de información con fines académicos

REF. : Solicitud S/N de fecha 18 de setiembre del 2023

FECHA : Ica, 05 de octubre del 2023

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de saludarlo muy cordialmente y a la vez comunicarle de acuerdo al documento de la referencia, que el señor URIONDO ORE, DANIEL ERNESTO, identificado con DNI. N° 75375473, en su condición de egresado de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, solicita permiso para acceder a los establecimientos de salud que están a su cargo, con la finalidad de obtener información de acuerdo al documento adjunto, a fin de culminar su proyecto de tesis titulado “Factores de riesgo asociados a la sífilis en gestantes atendidas en los centros de primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022”.

En ese sentido, ruego a usted, sírvase brindar las facilidades necesarias para el desarrollo y cumplimiento de sus actividades.

Sin otro particular, me despido de Usted no sin antes reiterarle mi estima y deferencia personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
RED DE SALUD ICA - PALPA NAZCA

Dr. JOSE ALBERTO CORTÉZ SALAZAR
CQFP-09481
DIRECTOR EJECUTIVO

Cc.
JACSD.E.
FRANCIS.

U.E. RED DE SALUD DE ICA
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS
ÁREA DE CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN
CALLE LOS GLADIOLOS N° 198 - URB. SAN ISIDRO
Ica