

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**Prevalencia de sífilis en gestantes que dieron a luz en el
servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de
Coronel Oviedo. Año 2016**

TESIS

Lourdes Benítez Paniagua

Coronel Oviedo - Paraguay

2016



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Prevalencia de sífilis en gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016

Lourdes Benítez Paniagua

Tutor: Bioq. Gladys Estigarribia

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado de

Médico-Cirujano



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Prevalencia de sífilis en gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016

Lourdes Benítez Paniagua

Tesis presentada para obtener el título de grado de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

AGRADECIMIENTOS

- *A mi tutora, la Dra. Gladys Estigarríbia, por brindarme todo el apoyo para la realización de esta tesis.*
- *A los funcionarios del Hospital Regional de Coronel Oviedo, por la predisposición y buen trato, sobre todo durante la recolección de los datos.*
- *A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú.*
- *A todas aquellas personas que de una u otra forma aportaron un granito en la realización de esta tesis.*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

DEDICATORIA

- *A Dios por el don de la vida, por guiar mis pasos y por darme la fuerza necesaria para recorrer este camino.*
- *A mis padres, Fidel Benítez y Lorenza Paniagua por sus incansables esfuerzos, apoyo y sacrificio.*
- *A mis hermanos/as por el apoyo incondicional y el acompañamiento en los momentos más difíciles.*
- *A mi hijo quien ha sido mi motor, mis fuerzas para seguir siempre mirando al frente.*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESUMEN

Introducción: La sífilis es la infección de transmisión sexual que más consecuencias negativas tiene para la salud pública por su alta capacidad de transmisión vertical durante cualquier momento de la gravidez. Se estima que 12 millones de personas son infectadas con sífilis cada año, de los cuales 2 millones ocurren en mujeres embarazadas y un número significativo no recibe tratamiento. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de sífilis en mujeres gestantes que dieron a luz en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo periodo 2016.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de prevalencia con componente analítico, con un muestreo probabilístico aleatorio simple, donde se revisó la historia clínica de las embarazadas durante el periodo de estudio.

Resultados: La prevalencia de sífilis en la población de estudio fue de 2,2%. La mayor prevalencia se observó en las edades comprendidas entre 30 a 34 años, el 59% procedían de la zona rural, el 86,4% eran amas de casa. El diagnóstico de la infección se efectuó antes de las 20 semanas en el 59,1% (13) de los casos. Recibieron tratamiento completo para sífilis el 100% de las gestantes. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de sífilis y la edad ($p=0,041$), el estado civil ($p=0,028$), la ocupación ($p=0,044$).

Conclusión: La prevalencia de sífilis hallada en este estudio fue superior a la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud. En más de la mitad de los casos el diagnóstico de sífilis fue realizado antes de las 20 semanas. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de sífilis y la edad, el estado civil, la ocupación.

Palabras claves: Sífilis, gestación, prevalencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is the sexually transmitted infection that has the most negative consequences for public health because of its high vertical transmission capacity during any time of pregnancy. It is estimated that 12 million people are infected with syphilis each year of which 2 million occur in pregnant women and a significant number do not receive treatment. The objective of this study was to analyze the prevalence of syphilis in pregnant women who gave birth in the gynecological obstetrics service of the Regional Hospital of Coronel Oviedo in 2016.

Material and methods: We performed an observational, descriptive, prevalence study with an analytical component, with a random simple probabilistic sampling, where the clinical history of the pregnant women was reviewed during the study period.

Results: The prevalence of syphilis in the study population was 2.2%. The highest prevalence was observed in the ages of 30 to 34 years, 59% came from the rural area, 86.4% were housewives. The diagnosis of infection was made before 20 weeks in 59.1% (13) of the cases. 100% of pregnant women received complete syphilis treatment. We found a statistically significant association between syphilis prevalence and age ($p = 0.041$), marital status ($p = 0.028$), occupation ($p = 0.044$).

Conclusion: The prevalence of syphilis found in this study was higher than the goal established by the World Health Organization. In more than half of the cases the diagnosis of syphilis was performed before 20 weeks. We found a statistically significant association between syphilis prevalence and age, marital status, occupation.

Keywords: syphilis, gestation, prevalence.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESUMO

Introdução: A sífilis é a infecção sexualmente transmissível que mais consequências negativas tem para a saúde pública devido a sua alta capacidade de transmissão vertical durante qualquer momento da gravidez. Estima-se que 12 milhões de pessoas são infectadas com sífilis todos os anos, dos quais 2 milhões ocorre em mulheres grávidas e um número significativo não é tratada. O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de sífilis em mulheres grávidas que deram a luz no serviço de obstetria e ginecologia no hospital regional de Coronel Oviedo período 2016.

Material e Métodos: Se realizou um estudo observacional, descritivo, de prevalência com componente analítico, com um muestreo probabilístico aleatório simple, onde se revisou as historias clínica das embarcadas durante o período de estudo.

Resultados: A prevalência de sífilis na população de estudo foi de 2,2%. A maior prevalência observou-se nas edades comprendidas entre 30 a 34 años, o 59% vêm da zona rural, 86,4% são amas de casa. O diagnóstico da infecção é efetuado antes das 20 semanas em 59,1% dos casos. Receberam tratamento completo para sífilis o 100% de las gestantes. Encontrou-se uma associação estadísticamente significativa entre a prevalência de sífilis e a idade ($p = 0,041$), o estado civil ($p = 0,028$) e com a ocupação ($p = 0,044$).

Conclusão: A prevalência de sífilis hallada neste estudo foi superior à meta estabelecida pela Organización Mundial da Saúde que chegou a 1%. En mais da metade dos casos o diagnóstico de sífilis foi realizado antes das 20 semanas. Receberom tratamento todas as gestantes. Encontro-se associação estadísticamente significativa entre a prevalência de sífilis e idade, estado civil, e a ocupação.

Palavras-chave: sífilis, gestação, prevalência.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ÑEMOMBYKY

Ñepyrummy: sífilis ha'e peteî mba'asy heta mba'e vai akasaba salud publicape, ha'e rupi petei mba'asy ikatuva ova tyeguasú jave mitãre. Oje'e oiha 12 millones yvypóra oguerékóva ko mba'asy cada ary ha 2 millones ojehe kuña hyeguasuvape, ha heta oi noñepohanoiva. Jahupytyva'êra ko tempiapo rupive jaikua mboypa ko mba'asy oreko umi kuña hyeguasúva ha imembyva Hospital Regional de Coronel Oviedo ary 2016 pe.

Mba'e purupy ha mba'e jekupyty: Ta'ãngahai observacional, descriptivo ha prevalencia con componente analítico. Atyvore probabilístico aleatorio simple. Ko tembiapope ojehecha historia clínica umi kuña hyeguasúva mba'e.

Jehechapyrã: Ojejuhu pe pu'akave sífilis 2,2% ko tempiapope. Heta pu'akave ojehecha pe ary 30-34, 59% ou tenda ruralgui, 86,7% omba'apo ogapype. Ko mba'asy ojejuhu ohupytymboypa 20 semanas 59% pe (13), oîmieva umi kuña oñepohano porã. Ojejuhu asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de sífilis y la edad ($p=0,041$), el estado civil ($p=0,028$), la ocupación ($p=0,044$).

Ñambopahavo: Pe pu'akave sífilis ojejuhúva ko tembiapope hetave pe meta omoîva Organización Mundial de la Salud. Heta kuña hyeguasuvape ojejuhu ko mba'asy ohupytymboypa 20 semanas. Ojejuhu asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de sífilis y la edad, el estado civil, la ocupación.

Ñe'ëapytere: Sífilis, tyeguasú, pu'akave



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

INDICE

| | |
|--|------|
| RESUMEN..... | vi |
| ABSTRACT..... | vii |
| RESUMO..... | viii |
| ÑEMOMBYKY..... | ix |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 2 |
| 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 4 |
| 4. JUSTIFICACIÓN..... | 6 |
| 5. OBJETIVOS..... | 7 |
| 5.1. OBJETIVO GENERAL:..... | 7 |
| 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 7 |
| 6. MARCO TEÓRICO..... | 8 |
| 6.1 Sífilis..... | 8 |
| 6.2. Definición..... | 8 |
| 6.3. Etiología..... | 8 |
| 6.4. Epidemiología..... | 9 |
| 6.5. Patogenia..... | 11 |
| 6.6. Clasificación..... | 12 |
| 6.7. Cuadro clínico:..... | 15 |
| 6.7.1. Sífilis primaria:..... | 15 |
| 6.7.2. Sífilis secundaria..... | 15 |
| 6.7.3. Periodo latente..... | 16 |
| 6.7.4. Sífilis terciaria o tardía..... | 16 |
| 6.8. Diagnóstico..... | 17 |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

| | |
|---|----|
| 6.9. Tratamiento | 19 |
| 7. MARCO METODOLÓGICO | 20 |
| 7.1. Tipo de estudio y diseño general..... | 21 |
| 7.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión. | 21 |
| 7.2.1. Universo:..... | 21 |
| 7.2.2. Tamaño de muestra y selección: | 21 |
| 7.2.3. Unidad de análisis:..... | 22 |
| 7.2.4. Criterios de inclusión:..... | 22 |
| 7.2.5 Criterio de exclusión | 22 |
| 7.3. Variables: | 22 |
| 7.3.1. Descripción conceptual:..... | 22 |
| 7.3.2. Operalización de las variables | 24 |
| 7.4. Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, método de control de calidad de datos..... | 25 |
| 7.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación..... | 25 |
| 7.6. Plan de análisis: | 26 |
| 8. RESULTADOS..... | 27 |
| 9. DISCUSIÓN | 31 |
| 10. CONCLUSIÓN | 33 |
| 11. RECOMENDACIONES | 34 |
| 12. BIBLIOGRAFÍA | 35 |
| 13. ANEXOS..... | 41 |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Prevalencia de sífilis..... | 27 |
| Tabla 2. Prevalencia de sífilis según características sociodemográficas | 28 |
| Tabla 3. Prevalencia de sífilis según antecedentes gineco-obstétricos..... | 30 |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, y en muchos países de la América Latina incluyendo el Paraguay sus consecuencias económicas, sociales y sanitarias son muy importantes, ya que algunas como la sífilis suelen afectar de manera significativa a las mujeres en edad reproductiva y a sus hijos¹.

A nivel mundial, más de dos millones de mujeres embarazadas son diagnosticadas con sífilis anualmente².

En la región de las Américas, exceptuando Estados Unidos de América y Canadá, se calcula que se producen unos 460 mil casos de sífilis gestacional, y un número anual de sífilis congénita que oscila entre 164 mil y 344 mil³.

La sífilis no tratada en el embarazo conduce a resultados adversos, tales como muerte fetal tardía, prematuridad, y muerte neonatal, en hasta 80% de los embarazos afectados⁴.

Sin embargo, estos resultados son prevenibles a través de tamizaje prenatal, que es de bajo costo, y del tratamiento de las mujeres gestantes en caso de serología positiva⁵.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto la meta de eliminar la sífilis congénita, llevando la incidencia a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos (incluidos los mortinatos). Para lograr esta meta, es vital que más de 95% de las gestantes infectadas sean detectadas y tratadas, logrando reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1,0%⁶.

Es importante destacar que el subregistro y la subnotificación de casos de sífilis materna hace que se subestime la magnitud del problema, limitándose la planificación de acciones de abogacía y de monitoreo y evaluación de programas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación de Rosa Leguizamón, María Enilda Vega y Gladys Godoy consistió en un estudio observacional descriptivo con el título de sífilis en gestantes y recién nacidos que asistieron al Hospital Nacional de enero del 2011 a octubre del 2012, donde han encontrado que el 4,1% fueron diagnosticadas con sífilis durante el año 2011, y en el 2012 se diagnosticó 3,4%. En cuanto a características de la población, 76% de las embarazadas eran adultas jóvenes; 74% procedían del Dpto. Central; el nivel de instrucción de las mismas fue primaria en 63%, secundaria en 21% y universitaria en 3%.

El número de visitas prenatales fue de 1 a 3 en 66 pacientes, y más de 3 en 20 casos. En cuanto al diagnóstico de la infección se constató que en 51 casos se efectuó antes de las 22 semanas y en 53 después de las 22 semanas. En 40 (38%) el diagnóstico de sífilis se realizó recién después de las 28 semanas de gestación⁷.

Ríos-González CM et al. en el año 2014, se había propuesto como objetivo general determinar la prevalencia sífilis en embarazadas que acuden para su control prenatal durante los meses de enero a diciembre de 2014, en este estudio se ha encontrado que 4,80% de la población de las embarazadas del estudio estaban infectadas, el 45,76% de las infectadas tenía una edad comprendida entre 20 a 24 años y que el 73,46% tenía una formación académica primaria⁴.

En el año 2014, Gonzales et al, se han propuesto como objetivo determinar el perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y factores asociados en una población peruana, en este estudio se estimó la prevalencia de sífilis gestacional en 0,7% y de tamizaje de sífilis materna en 80,7%. La mayor prevalencia de sífilis materna se encontró en la selva baja seguida de la selva alta. En las tres regiones del Perú se aprecia una disminución de la prevalencia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

de sífilis gestacional en el transcurso de los años. Las prevalencias al 2010 son de 0,2% en la costa, 0,23% en la sierra y 0,47% en la selva. La ausencia de educación, el bajo número de control prenatal, la mayor paridad, el ser conviviente o soltera, y el vivir en la selva, son factores asociados a la positividad en la prueba de sífilis⁸.

La investigación de la Dra. Dora Lara de Recalde titulada Casuística de Lúes en gestantes del Hospital Distrital de Lambaré: años 2007 y 2008 consistió en la revisión de fichas clínicas de pacientes que acudieron a la consulta en el servicio de Ginecología del Hospital Distrital de Lambaré. El tamaño muestral fue de 8.861 pacientes gestantes, arrojando un resultado positivo para infección sifilítica 0.93%. En la mayoría de los casos (41%), el diagnóstico de sífilis fue realizado en el transcurso del 2do trimestre del embarazo. En aproximadamente un tercio de las pacientes con sífilis gestacional, los controles prenatales resultaron insuficientes. El nivel educativo es carente en la mayoría, con aproximadamente un 60% de las pacientes con Nivel Educativo Primario Incompleto⁹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima 12 millones de casos nuevos de sífilis por año, siendo una causa importante de preocupación para la salud pública debido a los efectos adversos en el embarazo¹.

Los Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que en el año 2013 en Paraguay, el 59% de las embarazadas se realizaron la prueba para sífilis, de los cuales 2,80% obtuvieron un resultado positivo³, asimismo un estudio publicado en el 2015 demuestra una prevalencia de 4,80% en un hospital del área rural del país, lo cual demuestra el relativo auge de la enfermedad en cada rincón del país⁴.

Si bien el Programa Nacional de Control de VIH/sida (PRONASIDA) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) ha implementado diversas estrategias de captación de embarazadas a la fecha la prevalencia en diversos sectores del país sigue siendo alta, lo cual indicaría que siguen existiendo falencias en las estrategias implementadas por dicho programa. Las posibles causas de estas altas tasas de prevalencia se pueden atribuir a la baja cultura del control prenatal precoz, también al bajo nivel de instrucción de la población, lo cual dificulta el diagnóstico temprano, asimismo el tratamiento.

La sífilis materna no tratada puede producir abortos espontáneos, muerte fetal, prematuridad y sífilis congénita. La transmisión vertical de la sífilis es común y es una de las causas principales de pérdida fetal y muerte perinatal e infantil. El efecto más serio de la sífilis en el embarazo es el aborto espontáneo⁵.

La prevalencia de la sífilis en grupos vulnerables es alta, por lo que las intervenciones para eliminar la sífilis congénita deben incluir estrategias eficaces tendientes a promover la prevención, detección y el tratamiento oportuno en estos grupos⁸.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Debido a la repercusión negativa que esto tiene para la salud pública surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de sífilis en mujeres gestantes que dieron a luz en el Hospital Regional de Coronel Oviedo de enero a junio de 2016?



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

4. JUSTIFICACIÓN

Uno de los principales problemas de salud pública es precisamente las infecciones de transmisión sexual, más aún existen ciertos grupos netamente vulnerables como lo son las pacientes en gestación. Y es precisamente en este grupo, no solo por el producto sino también por la afectación que puede existir en la propia madre, con las consabidas consecuencias a posterior que podrá desembocar por este problema, que en el caso de la sífilis es una de las causas de muerte intrauterina y perinatal, por lo que es importante el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado en mujeres gestantes⁹.

El presente trabajo constituirá una herramienta para actualizar los datos epidemiológicos fiables, utilizados para informar, evaluar y modificar intervenciones y otras actividades y así afinar los esfuerzos en la lucha contra la sífilis, especialmente a nivel local.

Es importante determinar la prevalencia de sífilis en embarazadas y sus resultados darían una línea de base para establecer la dinámica o comportamiento de esta infección, que podría proporcionar pautas para la implementación de nuevas estrategias de prevención en las embarazadas, que repercutan en la disminución de la incidencia anual de sífilis.

Es necesario este tipo de información porque existe en la actualidad casos de sífilis y de prácticas sexuales sin responsabilidad que conllevan a un desequilibrio familiar y social. El propósito es ampliar conocimientos sobre el comportamiento epidemiológico de la sífilis en las embarazadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la prevalencia de sífilis en gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de enero a junio de 2016.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de sífilis en gestantes que dieron a luz en el Hospital Regional de Coronel Oviedo.
- Describir las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de sífilis.
- Establecer la edad gestacional al momento del diagnóstico de la sífilis en las gestantes que dieron a luz en el Hospital Regional de Coronel Oviedo.
- Determinar el número de controles prenatales de las gestantes con diagnóstico de sífilis.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Sífilis

La sífilis es la infección de transmisión sexual que más consecuencias negativas tiene para la salud pública por su alta capacidad de transmisión vertical durante cualquier momento de la gravidez⁴.

6.2. Definición

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica exclusiva del ser humano, de transmisión sexual, perinatal y sanguínea, causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas y se caracteriza por fases de actividad separadas por periodos de latencia¹⁰.

Después de un periodo de incubación de dos a seis semanas, aparece la lesión primaria, que con frecuencia conlleva a la aparición de linfadenopatía regional. La fase de bacteriemia secundaria, que por lo general se vincula con lesiones mucocutáneas diseminadas y linfadenopatías generalizadas, va seguida de una fase latente de infección subclínica que dura años o décadas. En cerca de 33 % de los casos no tratados aparece el periodo terciario, que se caracteriza por lesiones mucocutáneas, musculoesqueléticas o parenquimatosas de carácter destructivo, por aortitis o por lesiones y síntomas del sistema nervioso central (SNC)¹¹.

6.3. Etiología

La sífilis es una enfermedad producida por la bacteria *Treponema Pallidum* sub especie pallidum, el cual es una espiroqueta fina que muestra alrededor una membrana citoplasmática trilaminar, capa delicada de peptidoglicanos que le confiere rigidez estructural, así como una membrana exterior con abundantes lípidos que contiene una cantidad relativamente pequeña de proteínas integrales de membrana¹².



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Treponema Pallidum se describe como un organismo helicoidal, fino y delgado, que se caracteriza por tener una pared celular flexible y rodeando la pared se encuentran unas pequeñas micro fibrillas, que en realidad tienen una estructura endoflagelar¹².

El *Treponema Pallidum* se desplaza gracias a endoflagelos que lo rodean en forma de espiral en el espacio periplasmático. El microorganismo no puede cultivarse in vitro¹².

6.4. Epidemiología

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS), curable con tratamiento antimicrobiano adecuado, considerada como un grave problema de salud pública en los países en desarrollo y reemergente en países desarrollados al afectar a más de 12 millones de personas en todo el mundo. Se estima que más de 2 millones de mujeres gestantes adquieren la infección con sífilis cada año en el planeta, y un significativo número de casos no reciben tratamiento¹³.

Se calcula que 55 400 personas en los Estados Unidos contraen nuevas infecciones de sífilis cada año. En el 2011, existieron 46042 nuevos casos de sífilis reportados. De los nuevos casos de sífilis, 13 970 fueron de sífilis primaria y secundaria, que son las fases más tempranas y más infecciosas de esta patología. También hubo 360 informes de niños con sífilis congénita en el 2011. En América Latina y países como Uruguay la incidencia de sífilis ha aumentado significativamente en los últimos años, en el 2006 el porcentaje de gestantes con prueba de VDRL reactivo fue del 2.5%, en el 2010 fue del 4,2%¹⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima alrededor de 420.000 abortos y mortinatos al año a nivel mundial. La transmisión vertical es posible prevenir si la madre es diagnosticada y tratada oportunamente. Si todas las mujeres gestantes fueran sometidas a tamizajes para sífilis, y los casos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

positivos fuesen tratadas con al menos una dosis de penicilina, más del 97% de los neonatos evitarían esta infección. La transmisión vertical se estima entre el 60 y 90% cuando la madre se encuentra en fase de sífilis activa sin tratamiento, el 10-40% durante la sífilis latente, existiendo 2% de riesgo luego de dos años de enfermedad¹⁵.

En el Perú, actualmente la prevalencia de sífilis durante el embarazo es en promedio del 1.4% y la tasa de recién nacidos con sífilis congénita es de: 3,6 casos por 1000 nacidos vivos. Esto se debe a una falta de diagnóstico de esta infección y por consecuencia la falta de tratamiento¹⁶.

Debe mencionarse que América Latina y el Caribe (ALC) tiene una tasa de sífilis materna más alta que cualquier otra región, estimada por la OMS entre 1997 y 2003 en 3,9%. Con dicha tasa se calcula que puede haber aproximadamente 459.108 casos de sífilis gestacional en la Región de las Américas (exceptuando EE.UU. y Canadá), originando cada año de 164.222 a 344.331 casos de sífilis congénita. En la mayor parte de los casos, la infección sifilítica es transmitida al feto, generalmente entre las 16 y 28 semanas de gestación, teniendo un pronóstico fatal en el 30-50% de casos¹⁰.

La prevalencia de sífilis materna varía significativamente entre los países de la región. Por ejemplo, durante 2005-2006, era del 1,4% en Argentina, del 5,75% en Haití y del 5% en Bolivia¹⁰.

En Paraguay se ha registrado en el año 2013 una prevalencia de sífilis en parturientas y puérperas de 4,41% y dentro de este grupo de mujeres la edad de mayor afectación estaba comprendida entre 25 a 29 años según el Programa Nacional de Control de SIDA-ITS (PRONASIDA)¹⁷.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Entre las poblaciones consideradas más vulnerables, se encuentran las Mujeres Trabajadoras Sexuales, con una prevalencia registrada en el año 2012 en nuestro país de 30,37%¹⁸.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha planteado el objetivo de eliminar la sífilis congénita como problema grave de salud pública llevando la incidencia a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos (incluidos mortinatos). Para lograr dicho objetivo propuesto se requiere que más de 95% de las mujeres gestantes infectadas con sífilis sean detectadas y tratadas oportunamente, con lo que se logre reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1%⁶.

6.5. Patogenia

Treponema Pallidum se transmite por contacto directo con el exudado de las lesiones, por vía transplacentaria durante el embarazo o por transfusión de sangre de una persona infectada. El período de incubación varía entre 10 y 90 días. Aunque el contagio se puede producir en cualquier momento, por la presencia de lesiones mucocutáneas durante la sífilis primaria o secundaria, se considera que la máxima transmisibilidad ocurre durante el primer año de infección¹⁹.

Treponema Pallidum penetra por las mucosas intactas o por la piel lesionada, alcanza el sistema linfático y se disemina a todo el organismo por vía sanguínea. En el sitio de inoculación y cuando la concentración de bacterias llega a 10^7 se produce una lesión denominada «chancro». Después de un período asintomático produce lesiones mucocutáneas con sintomatología general. Tras un nuevo período asintomático puede evolucionar a un tercer estadio con afección predominantemente neurovascular¹⁹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La escasez de proteínas de la membrana externa del microorganismo favorece su escape a la respuesta del hospedador, y los fenómenos inflamatorios locales que desarrolla son la respuesta inmune los principales responsables de las manifestaciones clínicas. La lesión básica que produce es una vasculitis en forma de endarteritis obliterativa, con infiltrado linfoplasmocitario. En la lúes primaria y secundaria hay una elevada concentración de bacterias, por lo que las lesiones son muy contagiosas. En la lúes terciaria, la endarteritis obliterante afecta a los vasos vasorum, especialmente en la sífilis cardiovascular y meningovascular. Los gomos son lesiones pseudogranulomatosas alrededor de endarteritis de pequeños vasos sobre todo en piel y huesos¹⁹.

6.6. Clasificación

La sífilis se clasifica como congénita (transmitida de madre a hijo intra útero) o adquirida (transmitida por vía sexual o por medio de transfusiones)²⁰.

La transmisión sexual es producida por la inoculación del microorganismo de *Treponema Pallidum* en abrasiones causadas por micro traumatismos en piel o mucosas durante el acto sexual, evolucionando a erosiones y posteriormente a úlceras. Si la infección no se trata durante la fase aguda evoluciona hacia una enfermedad crónica con manifestaciones que pueden ser potencialmente graves¹⁰.

Entre los factores de riesgos para la trasmisión de la infección se encuentran: las prácticas sexuales de alto riesgo (práctica del sexo vaginal, oral o anal sin protección), el inicio de las relaciones sexuales a muy temprana edad, la actividad comercial sexual y el VIH-SIDA, el consumo de alcohol y de drogas ilícitas²¹.

La sífilis gestacional se produce cuando una mujer con infección sifilítica queda embarazada o una gestante adquiere dicha infección²².



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La influencia de la sífilis sobre la gravidez es transmitida al feto por vía trasplacentaria a través de las vellosidades coriales. La transmisión materna puede ocurrir en cualquier momento del embarazo siendo más alta al final de la gestación. La tasa de transmisión vertical de la sífilis en mujeres sin tratamiento es de 70% a 100% en las fases primaria y secundaria, disminuyendo al 30% en las fases latente y terciaria²³.

La probabilidad de infección fetal se encuentra relacionada inversamente con el tiempo de evolución de la infección materna; muy alta en la sífilis primaria y secundaria y menor en la fase terciaria de la enfermedad²⁴.

La infección fetal es considerada rara en el primer trimestre de la gestación, y se piensa que en ello la placenta cumple un papel de barrera al paso del treponema²⁵.

Las lesiones fetales dependen del número de treponemas que atraviesan la barrera placentaria, lo que a su vez deriva, en parte, de la cantidad de microorganismos presentes en la circulación materna, que es mayor cuanto más próxima es la fecha de infección²⁶.

Los microorganismos infecciosos (*T. Pallidum*) en la sangre de una mujer embarazada pueden pasar al feto, especialmente en la fase temprana de la infección (denominada sífilis temprana). La mayor parte de las mujeres con sífilis de duración menor a un año transmitirán la infección al niño no nato. Si bien es posible el paso de la infección al feto a partir de las nueve semanas de gestación, la transmisión suele tener lugar entre la 16^a y la 28^a semana del embarazo²⁷.

La sífilis gestacional (SG) puede afectar al feto hasta en un 80 % de los casos, y causar aborto, parto pretérmino, bajo peso al nacer, óbito fetal o infección en el recién nacido o sífilis congénita (SC), que es considerada una de las causas principales de morbilidad perinatal²⁸.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La transmisión materno-infantil de la infección sífilítica es prevenible totalmente si es diagnosticada en forma precoz y tratada oportunamente²⁹.

La transmisión vertical se estima entre el 60 y 90% cuando la madre se encuentra en fase de sífilis activa sin tratamiento, el 10-40% durante sífilis latente, existiendo un 2% de riesgo luego de dos años de enfermedad³⁰.

La sífilis congénita (SC) se produce cuando la madre con sífilis transmite la infección al producto durante la gestación, ya sea por vía transplacentaria, hematológica o durante el parto por el contacto del neonato por su pasaje por el canal de parto con lesiones en los genitales maternos. Las lesiones clínicas se forman a partir de las 16 semanas de gestación cuando se ha desarrollado el sistema inmunológico, aunque el *Treponema* puede pasar a la circulación fetal desde la novena semana. Al menos 2/3 de los neonatos de mujeres infectadas no tratadas resultan infectados. Se estima que, de todas las mujeres gestantes con diagnóstico de sífilis sin tratamiento, solo el 20% llegará al término de la gestación y el neonato será normal³¹.

La infección congénita está asociada a múltiples complicaciones severas en el producto, incluyendo:

- Abortos espontáneos
- Muerte perinatal
- Parto pretérmino
- Bajo peso al nacer y retardo del crecimiento intrauterino.
- Hidrops fetal no inmune
- Anormalidades congénitas
- Sífilis congénita activa en el neonato
- Secuelas a largo término, como alteraciones neurológicas, deformidades óseas y sordera.
- Puede llevar a muerte intrauterina en el 30%, a muerte neonatal en el 10% y a trastorno neonatal en el 40%³².



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública, cabe destacar las barreras de accesibilidad a los servicios del control prenatal o su acceso tardío, falla en la capacitación al personal, dificultad en la administración del tratamiento y seguimiento de la gestante y su pareja, y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual³³.

6.7. Cuadro clínico:

6.7.1. Sífilis primaria:

Se caracteriza por la aparición del “chancro” después de un periodo de incubación de aproximadamente 10 a 90 días, 3 semanas promedio. El chancro es la primera manifestación de la sífilis localizada en el punto de inoculación del treponema. Se manifiesta como una erosión, circunscrita, indolora y de bordes elevados y base indurada. A veces es difícil su detección en mujeres debido a su localización interna. Cuando el chancro es localizada en la región genital, puede acompañarse de cambios en los ganglios linfáticos inguinales, pudiéndose encontrar a la palpación varios ganglios aumentados de tamaño, de consistencia dura y poco dolorosos. El chancro involuciona sin tratamiento y cicatriza en aproximadamente 2 a 6 semanas³⁴.

6.7.2. Sífilis secundaria

Se manifiesta a las 3 a 12 semanas de la aparición del chancro. Se caracteriza por la presencia de múltiples lesiones cutáneas que surgen en este período: la roséola sifilítica y lesiones papulosas. La roséola sifilítica consiste en múltiples maculas redondeadas de color rojo cobrizo de 5 a 12mm de diámetro, localizada predominantemente en el tórax, abdomen, y los brazos, con afectación palmo plantar en más de la mitad de los casos. Pueden pasar inadvertidas si la roséola es tenue. La duración de las lesiones varía desde



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

pocos días hasta semanas, y desaparecen espontáneamente aunque hasta una cuarta parte de los pacientes infectados pueden presentar recurrencias durante el primer año de infección. Pueden presentarse otras manifestaciones de sífilis secundaria como son los condilomas planos, localizados en región perianal, inguinal, zonas genitales, axilas, y generalmente, en los pliegues en donde hay humedad, maceración y lesiones en la mucosa oral. En ciertos casos se puede presentar malestar general, pérdida del apetito, dolor muscular, ronquera, trastornos gastrointestinales, ligera pérdida de peso y aumento leve de la temperatura corporal. Se han descrito también casos de glomerulonefritis. Las lesiones desaparecen espontáneamente después de las 2 a 6 semanas de aparición, pero los microorganismos persisten, dando lugar a la fase latente que precede a la sífilis terciaria³⁴.

6.7.3. Periodo latente

Se caracteriza por ser un periodo asintomático que dura aproximadamente entre 5 a 50 años antes de que los pacientes infectados presenten manifestaciones de sífilis terciaria. Durante esta fase el diagnóstico puede realizarse sólo por métodos serológicos. Este período se divide en sífilis latente temprana (duración de la infección menor a un año), sífilis latente tardía (duración mayor a un año), o de tiempo indeterminado. Entre una tercera a cuarta parte de los pacientes sin tratamiento desarrollarán manifestaciones de sífilis terciaria durante el seguimiento. Durante la fase latente el riesgo de transmisión sexual es bajo, aunque no inexistente, y especialmente debe tenerse en cuenta en las mujeres embarazadas³⁴.

6.7.4. Sífilis terciaria o tardía

La sífilis tardía se presenta varios años después de la infección pudiendo afectar hasta el 40% de los casos que no reciben tratamiento. Incluye



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

numerosas manifestaciones clínicas, siendo las más comunes, las complicaciones cardiovasculares, las lesiones neurológicas y las gomas sífilíticas. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran las cardiovasculares y aparecen entre los 10 a 30 años de infección, pudiendo manifestarse como aneurisma del llamado de la aorta, regurgitación aórtica, ostitis coronaria, entre otros. Las gomas sífilíticas aparecen por lo general a los 3 a 15 años de la infección y comienzan como uno o varios nódulos subcutáneos no dolorosos en cualquier parte del cuerpo, pero aparece con mayor frecuencia en la cara, tronco y cuero cabelludo. La superficie de los nódulos se enrojece y ulcera, posteriormente puede cicatrizar, pudiendo llevar a caída del paladar o tabique nasal³⁴.

La afectación del sistema nervioso puede presentarse durante la sífilis temprana por compromiso vascular pudiendo manifestarse como meningitis, mielopatía, convulsiones, alteraciones de nervios craneales o enfermedad ocular. La neurosífilis tardía representa a las manifestaciones asociadas con la sífilis crónica, e incluye a la demencia, ataxia, paresias, tabes dorsal, alteraciones sensoriales, disfunción de esfínteres³⁴.

6.8. Diagnóstico

Las pruebas serológicas para el diagnóstico de sífilis continúan siendo los métodos de elección. El diagnóstico de laboratorio consiste en el uso inicial de una prueba de detección no treponémica. Estas pruebas no son específicas ya que detectan anticuerpos contra antígenos reagínicos presentes tanto en *T. Pallidum* como en algunos tejidos humanos. Entre las pruebas no treponémicas se encuentran la VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y la prueba rápida de reagina plasmática (RPR) que son las usadas en nuestro medio. Las pruebas treponémicas, como las pruebas de haemagglutination para *T. Pallidum* (TPHA), el test de aglutinación de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

partículas *T. Pallidum* (TPPA) y la prueba de absorción de anticuerpos treponémicos por fluorescencia (FTAABS), son utilizadas para prueba confirmatoria³⁵.

En las pruebas no treponémicas, VDRL y RPR se logra positividad luego de un mes de enfermedad, mientras que la prueba treponémica FTA-ABS eleva sus niveles de forma más temprana³⁵.

El diagnóstico de sífilis gestacional se define cuando una mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con prueba serológica no treponémica (RPR o VDRL) es reactiva en 1:8 o más diluciones, o en menor dilución si ella cuenta con una prueba treponémica reactiva³⁶.

En la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. 2014 se define como caso confirmado de SC aquel que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

Fruto de la gestación:

- nacido vivo o mortinato de madre con sífilis gestacional no tratada o tratada de forma inadecuada.
- con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones más por encima del título materno.
- Todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones clínicas de sífilis congénita al examen físico con exámenes paraclínicos alterados de SC.
- Todo fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otro procedimiento específico en lesiones, secreciones, cordón umbilical, placenta, o en material de autopsia³⁷.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.9. Tratamiento

El tratamiento de la sífilis gestacional es recomendada administrar dependiendo del estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante:

o Sífilis temprana (igual o menor a 1 año de infección, incluye la sífilis primaria, secundaria y latente temprana): administrar 2.400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis única.

o Sífilis tardía (sífilis latente mayor a (>) 1 año de duración desde la infección): administrar 2.400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas.

o Sífilis de duración desconocida: administrar 2.400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas³⁷.

En mujeres con sífilis gestacional y antecedente de alergia a la penicilina o historia de reacciones alérgicas sistémicas tipo I (urticaria generalizada, edema angioneurótico, choque anafiláctico o dificultad respiratoria), se deberá utilizar penicilina benzatínica, previa desensibilización. Es recomendado utilizar el esquema de desensibilización con penicilina V potásica vía oral. En mujeres con diagnóstico de sífilis gestacional alérgicas a la penicilina no es recomendable el tratamiento con macrólidos. En la mujer con sífilis gestacional con diagnóstico de reinfección es recomendable repetir el tratamiento con esquema de penicilina benzatínica 2.400.000 UI/IM, una dosis cada semana hasta completar 3 dosis. De la misma manera debe iniciarse de forma inmediata el tratamiento de el (los) contacto(s) sexual(es) de la gestante. En el o los contactos sexuales de la mujer con diagnóstico de sífilis gestacional se recomienda el tratamiento para sífilis de duración desconocida, es decir 2.400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas. En caso de antecedentes de alergia a la penicilina, se recomienda administrar doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días³⁷.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

En mujeres tratadas por sífilis gestacional, se debe realizar seguimiento al tratamiento con prueba no treponémica (VDRL, RPR) reportada en diluciones, la cual debe ser realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto, así como en la primera consulta posparto en caso de parto domiciliario. Se habla de efectividad de tratamiento a partir de la disminución de 2 diluciones con respecto a la serología inicial. Es necesario aclarar que el seguimiento debe ser realizado con el mismo tipo de prueba no treponémica para que el resultado sea confiable. En el caso de que no se observe la efectividad del tratamiento se deberán analizar las posibles causas y la paciente nuevamente deberá tratarse. En los recién nacidos que cumpla con la definición de caso de sífilis congénita, se recomienda el uso de penicilina G cristalina 100.000 UI/Kg/IV dividida en dos dosis, cada una de 50.000 UI cada 12 horas por 7 días y luego 150.000 UI/Kg/IV del día 8 al 10 administrada en tres dosis (1 dosis cada 8 horas) de 50.000 UI/Kg cada una. En todo recién nacido expuesto que no cumpla con los criterios de caso de sífilis congénita y cuya madre haya sido tratada en forma adecuada; se recomienda aplicar una sola dosis de penicilina benzatínica 50.000 UI/Kg/IM como profilaxis para infección por sífilis³⁷.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de estudio y diseño general

Estudio observacional descriptivo de prevalencia con componente analítico.

Muestreo probabilístico aleatorio simple.

7.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión.

7.2.1. Universo:

Mujeres gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

7.2.2. Tamaño de muestra y selección:

El tamaño poblacional estuvo constituido por el total de gestantes que dieron a luz en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de enero a junio del año 2016, el número de las mismas fue 1200 según datos aportados por el departamento de estadísticas del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Con una proporción esperada de 4% y una exactitud del 0,4% se obtuvo un tamaño de muestra de 1000 gestantes que fueron incluidas en el estudio, con un nivel de confianza de 95 %. Se calculó la n utilizando el programa Epi info™7.

Para la proporción esperada fue utilizada la prevalencia a nivel país manejada por el Programa Nacional de Control del VIH/SIDA/ITS. PRONASIDA.

Para la selección de los sujetos se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, se procedió a la toma de manera aleatoria de las historias clínicas de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

todas las gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de enero a junio de 2016.

7.2.3. Unidad de análisis:

Mujeres gestantes con diagnóstico de sífilis que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

7.2.4. Criterios de inclusión:

Historias clínicas completas de gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de enero a junio de 2016.

7.2.5 Criterio de exclusión

Historias clínicas incompletas de gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

7.3. Variables:

7.3.1. Descripción conceptual:

Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo en años, días y meses.

Estado Civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Procedencia: Lugar de origen de una persona.

Ocupación: Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo.

Nivel de estudios: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso (primaria, secundaria, superior técnica o superior universitaria).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Sífilis gestacional: toda mujer embarazada con prueba treponémica o no treponémica positiva o reactiva.

Edad gestacional: duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación.

Edad gestacional del primer control prenatal: edad gestacional en semanas en el que se encuentra la gestante en el primer control prenatal.

Edad gestacional en que se diagnostica la sífilis: Edad gestacional en semanas en que se logra diagnosticar el cuadro de sífilis.

Controles prenatales: Conjuntos de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal.

Número de controles prenatales: Cantidad de veces que acudió a consulta prenatal.

VDRL: prueba de floculación aplicada en sífilis, en los que los anticuerpos del suero del enfermo reaccionan con el antígeno cardiolipínico del *Treponema Pallidum*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.3.2. Operalización de las variables

| | VARIABLES | TIPO | ESCALA | DESCRIPCIÓN |
|--|--------------------------------------|---------------------------|--|--|
| SOCIODEMOGRAFICOS | Edad | Cuantitativa continua | Numérico | Edad en años |
| | Estado Civil | Cualitativo nominal | Casada Soltera Unión libre Separada Viuda | Estado civil según situación legal |
| | Procedencia | Cualitativo dicotómico | Área rural Área urbana | Área de donde procede la paciente |
| | Ocupación | Cualitativo nominal | No trabaja Ama de casa Empleada domestica Estudiante Profesional Otros | En relación a la actividad que realiza |
| | Nivel de estudios | Cualitativo Nominal | Ninguno Primaria Secundaria Superior | Según el estudio cursado |
| ANTECEDENTE S GINECO- OBSTETRICOS | Número de controles prenatales | Cuantitativa continua | Numérico | Registrados en el sistema CLAP |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

| | | | | |
|---------------------|---|------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| | Edad gestacional del primer control prenatal | Cuantitativa continua | Numérico | Edad gestacional en semanas |
| | Edad gestacional en que se diagnostica la sífilis | Cuantitativa Continua | Numérico | Edad gestacional en semanas |
| LABORATORIOS | VDRL | Cualitativo Dicotómico | Reactivo No reactivo | Según resultado de laboratorio |
| | Dilución de la prueba de VDRL | Cuantitativa Continua | Numérico | Según resultado de laboratorio |

7.4. Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, método de control de calidad de datos.

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de las gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, recolectados a través de un instrumento elaborado en base al carnet prenatal y consta de las siguientes secciones: sección I datos generales, sección II datos sociodemográficos, sección III antecedentes gineco-obstetricos, sección IV laboratorio, sección V tratamiento.

7.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

Para el acceso a la información almacenada en el departamento de estadística del HRCO se solicitó el correspondiente permiso del Director del Hospital Regional a través de los medios correspondientes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El estudio consistió en el análisis de historias clínicas del Departamento de Archivo del Hospital Regional de Coronel Oviedo. La información se manejó en forma confidencial y no se mencionó nombre ni dato alguno de los pacientes en forma individual bajo ninguna circunstancia. No se hizo ningún tipo de discriminación social, étnica, política, religiosa ni económica.

7.6. Plan de análisis:

Los datos recolectados fueron cargados en una planilla electrónica de Microsoft Office Excel 2013 para su análisis mediante la utilización del programa estadístico de Stata 12.0.

Se consideró diagnóstico de sífilis gestacional una prueba no treponémica VDRL reactiva igual o mayor a 1:8 diluciones o en menor dilución con prueba treponémica positiva.

El análisis bivariado se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrado, tomando un nivel de significancia estadística $p < 0,05$.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8. RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por un total de 1000 gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo durante los meses de enero a junio del año 2016. La edad media de las gestantes fue 26,4 años (DE 6,8) siendo el límite inferior 16 años y el límite superior 47años.

Tabla 1. Prevalencia de sífilis n: 1000

| Resultado de la prueba de VDRL | Frecuencia | Porcentaje % |
|--------------------------------|------------|--------------|
| Reactivo | 22 | 2,2 |
| No reactivo | 978 | 97,8 |
| Total | 1000 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016

La prevalencia de sífilis fue de 2,2% por cada 100 gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 2. Prevalencia de sífilis según características sociodemográficas n: 22

| | Frecuencia | Porcentaje % | p |
|-----------------------------|------------|--------------|-------|
| Edad | | | 0.041 |
| 15 a 19 años | 1 | 4,54 | |
| 20 a 24 años | 4 | 18 | |
| 25 a 29 años | 5 | 22,7 | |
| 30 a 34 años | 7 | 32,8 | |
| 35 a 39 años | 5 | 22,7 | |
| 40 a 44 años | 0 | 0 | |
| 45 años o más | 0 | 0 | |
| Procedencia | | | |
| Rural | 13 | 59,1 | |
| Urbana | 9 | 40,9 | |
| Estado civil | | | 0.028 |
| Soltera | 0 | 0 | |
| Casada | 8 | 36,3 | |
| Unión Libre | 14 | 63,6 | |
| Separada | 0 | 0 | |
| Nivel de instrucción | | | |
| Ninguno | 0 | 0 | |
| Primaria | 11 | 50 | |
| Secundaria | 11 | 50 | |
| Superior | 0 | 0 | |
| Ocupación | | | 0.044 |
| No trabaja | 1 | 4,6 | |
| Ama de casa | 19 | 86,4 | |
| Empleada Doméstica | 2 | 9 | |
| Estudiante | 0 | 0 | |
| Profesional | 0 | 0 | |

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La edad de las gestantes con sífilis estuvo comprendida entre 30-34 años en el 32,8% (7), seguido de 25-29 años en el 22,7% (5), 35-39 en el 22,7% (5), 20-24 años en el 18% (4), encontrándose una gestante en la edad comprendida de 15-19 años. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de sífilis y la edad.

De las 22 gestantes con diagnóstico de sífilis, el 59,1% (13) provenían de la zona rural.

En cuanto al estado civil de las gestantes con diagnóstico de sífilis, el 63,6% (14) convivían en unión libre mientras que el 36,3% (8) eran casadas. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de sífilis y el estado civil.

De las 22 gestantes con diagnóstico de sífilis el 50% (11) se encontraba en la primaria y el 50% (11) en la secundaria.

Con respecto a la ocupación de las embarazadas con sífilis se halló que el 86,4% eran amas de casa, 9% empleada domestica y el 4,6% no trabajaba. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de sífilis y la ocupación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 3. Prevalencia de sífilis según antecedentes gineco-obstétricos n: 22

| | Frecuencia | Porcentaje % |
|--|------------|--------------|
| Distribución según número de controles prenatales | | |
| 5 o más controles | 13 | 59,1 |
| Menos de 5 controles | 9 | 40,9 |
| Distribución del momento del diagnóstico según edad gestacional | | |
| Antes de las 20 semanas | 13 | 59,1 |
| Después de las 20 semanas | 9 | 40,9 |

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016

De las 22 gestantes con diagnóstico de sífilis el 59,1% (13) tuvieron control prenatal suficiente (5 o más controles).

De las 22 gestantes con diagnóstico de sífilis, el 59,1% (13) fueron diagnosticadas antes de las 20 semanas de gestación, mientras que el 40,9% (9) fueron diagnosticadas luego de las 20 semanas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9. DISCUSIÓN

La tasa de prevalencia para sífilis en mujeres gestantes del Hospital Regional de Coronel Oviedo fue de 2,2%, cifra superior a la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud que es llegar al 1%.

La procedencia mayoritaria de la población de madres con diagnóstico de sífilis fue la rural. El nivel de instrucción de las embarazadas con sífilis fue predominantemente la primaria y secundaria, es conocida la relación existente entre el nivel de educación de la población y el autocuidado en salud, lo cual señala que la educación que recibe las gestantes sigue siendo insuficiente.

Debemos destacar que actualmente las enfermedades de transmisión sexual ya no afectan preponderantemente a personas con comportamientos o hábitos sexuales de riesgo, como serían las trabajadoras del sexo, el consumo de alcohol y drogas ilícitas, como se señalaba en la literatura⁷; esto se demuestra en el hallazgo del presente estudio en el cual la mayoría de mujeres gestantes eran amas de casa con pareja estable.

El rango de edad más frecuente de las embarazadas con sífilis fue entre 20 a 39 años; la mayoría de ellas eran menores de 35 años (77,2%), 5 casos se encontraba en el grupo de 35-39 años, coincidiendo con las edades de actividad sexual activa.

La mayoría de las gestantes tenían pareja estable, esto es importante a la hora de establecer el tratamiento en pareja y de establecer una red de posibles contagios. Se desconoce el estado serológico de las parejas.

Con respecto a los controles prenatales, pudo observarse que el 59% de las pacientes tuvo una cantidad suficiente de controles prenatales (5 o más), similar a lo encontrado en el estudio de Lara de Recalde y col⁹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La edad gestacional del primer control prenatal mayor a 20 semanas fue de 40,9%, esto pudo deberse al difícil acceso al servicio de salud ya que la mayoría eran de procedencia rural.

El momento del diagnóstico de sífilis en la embarazada fue antes de las 20 semanas en el 59,1% de los casos, este diagnóstico precoz es importante porque si bien el contagio transplacentario puede ocurrir ya a partir de las semanas 9^a ó 10^a, es más frecuente durante la segunda mitad del embarazo.

En el 40,9% el diagnóstico fue efectuado después de las 20 semanas, esto podría deberse al inicio tardío del control prenatal, falta de petición de estudio para sífilis por parte de los profesionales de salud en la primera consulta o falta de realización del estudio solicitado por el profesional. Recibieron tratamiento el 100% de las gestantes.

La asociación sífilis y embarazo sigue constituyendo un problema de salud pública en nuestro país y requiere de un esfuerzo conjunto por parte de la población, los profesionales de salud y las autoridades que dirigen las instituciones sanitarias, para la concientización de la población sobre la importancia del control prenatal, la accesibilidad de los servicios de salud y la solicitud o realización del test rápido en forma seriada en las embarazadas con el fin de erradicar la enfermedad.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

10. CONCLUSIÓN

Se concluye que la prevalencia en este estudio fue superior a la meta establecida por la Organización Mundial de la salud.

El grupo de edad más afectado estaba comprendido entre 20 a 39 años; la mayoría de ellas eran menores de 35 años. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de sífilis y la edad.

La procedencia mayoritaria de las gestantes con diagnóstico de sífilis fue la rural. Un alto porcentaje convivían en unión libre. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de sífilis y el estado civil.

El nivel de instrucción de las embarazadas con sífilis fue predominantemente la primaria y secundaria, la mayoría eran amas de casa. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de sífilis y la ocupación.

Más de la mitad de las gestantes tenían controles prenatales suficientes.

En más de la mitad de los casos el diagnóstico de sífilis fue realizado antes de las 20 semanas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

11. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo se recomienda los siguientes puntos:

- Al Hospital Regional de Coronel Oviedo; implementar programas para lograr el seguimiento y tratamiento de las parejas, así como registrar el estado serológico de los mismos en las fichas clínicas.
- A la Facultad de Ciencias Médicas; por medio de extensiones universitarias, educar a nuestra población de gestantes con la finalidad de informar y concientizar sobre la importancia del correcto control durante el embarazo y el inicio temprano del mismo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

12. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Rodríguez-Riveros MI, Insaurralde-Alviso A, Páez M, Mendoza L, Castro A, Giménez G. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sífilis materna: adolescentes embarazadas. Hospitales de referencia en Paraguay. 2008 Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet] 2012 [citado 2016 nov 29];10(1):76-84. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v10n1/v10n1a10.pdf>
- 2- World Health Organization. Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2012.
- 3- Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y la Sífilis en las Américas: actualización del 2014; [citado 2016 nov 29]; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28351&lang=es.
- 4- Rios-González CM. PREVALENCIA DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CONTROL PRENATAL EN UN HOSPITAL. 2014. CIMEL. 2015; 20(1): 1 Disponible en: http://www.academia.edu/17258020/PREVALENCIA_DE_S%C3%8DFILIS_EN_EMBARAZADAS_QUE_ACUDEN_AL_CONTROL_PRENATAL_EN_UN_HOSPITAL._2014.
- 5- Berdasquera-Corcho D, Fariñas-Reinoso AT, Ramos-Valle I. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas: Un problema de salud a nivel mundial. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2011 Abr [citado 2016 nov 29];17(2):185-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200013&lng=es.
- 6- Organización Mundial de la Salud. Eliminación Mundial de la Sífilis Congénita: Fundamentos y estrategia para la acción, OMS 2008.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/congenital_syphilis/congenital_syphilis_strategy_es.pdf
- 7- Leguizamón R, Vega ME, Godoy G. Sífilis en gestantes y en recién nacidos. Rev. Nac. (Itauguá) [Internet] 2013 Jun [citado 2016 nov 29];5(1):28-33. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742013000100004&lng=en.
- 8- Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita. Colombia 2011-2015. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C.;2011. Disponible en: http://colombia.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/PLAN_SIFILIS.pdf
- 9- Recalde L. Casuística de Lúes en gestantes del Hospital Distrital de Lambaré: años 2007 y 2008. Revista de Ginecología y Obstetricia, Publicación oficial de la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia [Revista en línea] 2010 Jul [citado 2016 nov 29];18-22. Disponible en: http://www.spgo.org.py/archivos/7_noti_archivo1_Revista2010-Julio.pdf
- 10-OPS. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington D.C. 2009
- 11-Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública: Sífilis gestacional y sífilis congénita. In: Ministerio de Salud, editor. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-sifilis-gestacional.pdf>
- 12-NORENA S, RAMOS A, SABOGAL A. Análisis del Comportamiento Socio demográfico y Epidemiológico de la Sífilis Congénita en Colombia 2008-2009. Bogotá; Editorial Universidad Colegio Mayor del



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Rosario; 2011 p. 72 Disponible en:
<http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2357>
- 13-Cruz-Aconcha AR. Gestational and congenital syphilis situation in Colombia, a challenge to the General System of Social Security in Health. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet] 2012 Dec [cited 2016 Nov 29]; 63(4):304-306. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342012000400001&lng=en.
- 14-Beckmann, Charles R. Obstetricia y ginecología. (7ª ed). Barcelona: LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS KLUWER HEALTH, 2010
- 15-Cruz AR, Castrillon MA, Minotta AY, Rubiano LC, Castano MC, Salazar JC. Gestational and congenital syphilis epidemic in the Colombian Pacific Coast. Sexually transmitted diseases. 2013;40(10):813-8. Disponible en:
<http://revista.fecolsoq.org/index.php/rcog/article/view/133>
- 16-MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, “Introducción de pruebas rápidas para diagnóstico de sífilis en gestantes”, febrero 2011 Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/prueba_de_sifilis.pdf
- 17-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), Programa Nacional de Control del VIH/SIDA/ITS. Informe de la situación epidemiológica del VIH/sida y sífilis Paraguay [Internet] 2013 [citado 29 set 2016]. Disponible en:
http://www.mcp.org.py/documentos/situacion_epidemiologica1314.pdf
- 18-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Nacional de Control del VIH/ITS. Estudio de prevalencia de sífilis y VIH en parturientas y puérperas en el Paraguay 2012 PRONASIDA [Internet] 2012 [citado 29 nov 2016]. Disponible en:
http://www.pronasida.gov.py/images/documentos/material_educativo/inf_est_puerperas.pdf.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- 19-Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas. In: Latin American Center for Perinatology W, and Reproductive Health, editors. 2011. Disponible en: <file:///C:/Users/MEC/Desktop/ahoraa%20sifilis/Elimination-print.pdf>
- 20-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Guías para el tratamiento de las Infecciones de Transmisión sexual”, editorial OMS, Ginebra-Suiza, 2009.
- 21- García LM, Almanza RA, Miranda C, Gaviria JM, Patemina ME, Suarez LJ. Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud en Sincelejo (Colombia). Revista Cultural del Cuidado Enfermería [revista en Internet] 2011, 1 de junio [citado 2016 nov 29];p. 16. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3785254.pdf>
- 22-Gaitán-Duarte H, Cruz-Aconcha A. El plan de eliminación de la transmisión materna-infantil de la sífilis, una oportunidad para iniciar la implementación de la reglamentación de la ley estatutaria de la salud: Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet] 2016 Mar [citado 2016 nov 29]; 67(1):7-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.370>
- 23-Gonzales-Gustavo F, Tapia V, Serruya SJ. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet] 2014 June [visitado 2016 dic 18];31(2):211-221. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200004&lng=en.
- 24-CIFUENTES Rodrigo. “Obstetricia de alto riesgo”. 6º ed., Colombia, 2007. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom112d.pdf>
- 25- Rodolfo L, Rodríguez M, Rivas J. “Sífilis y embarazo: ¿Cómo diagnosticar y tratar oportunamente?” Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [revista en Internet] 2009 Mar [citado 2016



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- nov 29];60(1):49-56. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342009000100007&lng=es.
- 26-SCHWARCZ Ricardo, FESCINA, Ricardo, DUVERGES, Carlos. "Obstetricia", ed. El Ateneo, 6º ed., Buenos Aires- Argentina,2009
- 27-ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materna infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. 2010.
- 28- Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. PLoS Med. [Internet] 2013 [cited 2016 Dec 18];67(1):1-6. doi: 10.1371/journal.pmed.1001396
- 29-WHO. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. Geneva: WHO; 2014 [visitado 2016 nov 29]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf?ua=1&ua=1
- 30-Rubiano LC. Informe epidemiológico semana 52 de 2011. Prioridad Salud Sexual y Reproductiva. Cali: Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca; 2012. Disponible en: <http://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/133>
- 31-Workowski KA, Bolan GA. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines [Internet] 2015 [acceso 21 de noviembre 2016];64(3):1-137. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>
- 32-Morales M, Estevan M. Actualización en sífilis congénita temprana. Archivos Pediátricos Uruguayos [Internet] 2011 [acceso 21 de noviembre 2016];83(1):35-9. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/2016_114_3a.pdf



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- 33-Vanegas-Castillo N, Cáceres-Buitrago Y, Jaimes-González CA, Ángel-Muller E, Rubio-Romero JA. Tratamiento de la sífilis gestacional y prevención de la sífilis congénita en un hospital público en Bogotá, 2010-investigación original. Revista Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia [Revista en internet] 2011 [acceso 21 de noviembre 2016];59(3):167-89. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/26449/38958>
- 34-Ministerio de la Protección Social-Instituto Nacional de Salud. Protocolo de sífilis congénita y gestacional [revista en Internet] 2015 [acceso 21 de noviembre 2016];32(3)4-6 Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/sifilis/ins.pdf>
- 35-MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, “Introducción de pruebas rápidas para diagnóstico de sífilis en gestantes”, febrero 2011 http://www.unicef.org/peru/spanish/prueba_de_sifilis.pdf
- 36-Rodríguez-González I, Echevarría-Pérez E, Noda-Ramos A, Rivero-Caballero M, Hernández-Louhau CM, Machado-Villa L, et al. Hemaglutinación de Treponema pallidum para la confirmación de sífilis en Cuba. Rev.Cubana Med Trop [revista en Internet] 2013 Jun [citado 2016 Nov 29];65(2):264-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602013000200014&lng=es
- 37-República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZU

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Prevalencia de sífilis en gestantes que dieron a luz en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo periodo 2016

El siguiente instrumento fue utilizado para la recolección de datos de las historias clínicas de las gestantes que dieron a luz en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, cuenta con 5 secciones y se procedió al llenado con la ayuda de un alumno de la Facultad de Ciencias Médicas previamente entrenado para tal fin.

P001. Cuestionario N°

SECCION I. INFORMACION GENERAL

P002. Fecha:.....

P003. Código del encuestador:.....

P004. Código del encuestado.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

SECCION II. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

P005. Edad:

P006. Procedencia: 1. Área rural () 2. Área urbana ()

P007. Estado civil: 1. Soltera () 2. Casada ()

3. Unión libre () 4. Separada () 5. Viuda ()

P008. Nivel de instrucción:

1. ninguno () 2. Primaria () 3. Secundaria () 4. Superior ()

5. profesional

P009. Ocupación:

1. Ama de casa () 2. Empleada domestica ()

3. Estudiante () 4. Profesional () 5. OTROS.....

SECCION III. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

P010. Gesta previa: **P011. Para:** **P012. Aborto:** **P013. Cesárea:**

P014. Ultimo método utilizado:

1. No usaba () 2. Hormonal () 3. DIU ()

4. Emergencia () 5. Barrera () 6. Natural

P015. Edad gestacional del primer control prenatal:.....

P016. Numero de controles prenatales:.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

SECCION IV. DIAGNOSTICO

P017. Prueba de VDRL: 1. Si () 2.No ()

P018. Resultado de la prueba de VDRL: 1. Reactivo () 2. No reactivo ()

P019. Dilución de la prueba de VDRL:.....

P020. Prueba de FTA-ABS: 1. Si 2. No

P021. Resultado de la prueba FTA-ABS: 1. Reactivo () 2. No reactivo ()

P022. Edad gestacional en que se diagnostica la sífilis:

1. Antes de las 20 semanas () 2. Luego de las 20 semanas ()

SECCION V. TRATAMIENTO

PO23. Recibió tratamiento la madre: 1. Si () 2. No ()

PO24. Recibió tratamiento la pareja: 1. Si () 2. No ()



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Anexo

Coronel Oviedo ,20 de julio de 2016

Dr. Marcelino Britez
Director Académico de la Facultad de Ciencias Médicas
PRESENTE

Quien suscribe, Lourdes Benítez Paniagua con CI N°5.426.901, alumna del 6° curso para manifestarle cuanto sigue:

Me es grato dirigirme a usted y por su intermedio a quienes corresponda, a los efectos de solicitar que la Dirección Académica a su digno cargo pueda realizar los trámites de rigor para poder llevar a cabo las actividades referente a la recolección de datos a utilizar en la elaboración de mi Tesis con el tema: ***“Prevalencia de sífilis en gestantes que dieron a luz en el servicio de gineco-ostetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo periodo 2016”***.

La recolección de datos consistiría en el acceso a las historias clínicas de las pacientes que acuden al consultorio de control prenatal del Hospital Regional de Coronel Oviedo acorde al diseño de la investigación. Cabe destacar que todas las acciones a realizar se harán dentro del marco de la integridad, igualdad, respeto y confidencialidad de las pacientes

Sin otro particular, me despido de usted deseándole éxitos en sus funciones

.....
Lourdes Benítez Paniagua.
Alumna



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
