



UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO DE SUCRE

HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”

POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**INCIDENCIA DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
CUMANÁ – ESTADO SUCRE JULIO 2015 – JUNIO 2016.**

Trabajo Especial de investigación como requisito parcial para optar al título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia

TUTOR: Dra. Jesmary Bastardo

AUTOR: Dr. Albert Rodriguez

Cumaná, Noviembre de 2016.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE

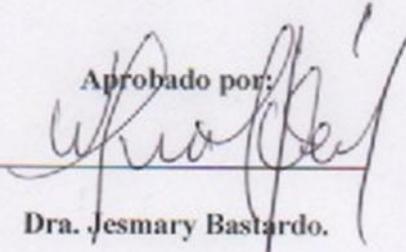
NÚCLEO DE SUCRE

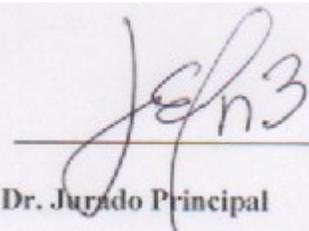
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”

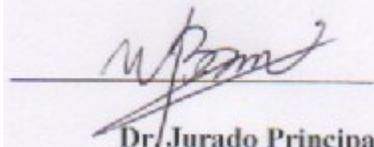
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**INCIDENCIA DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
CUMANÁ – ESTADO SUCRE JULIO 2015 – JUNIO 2016.**

Trabajo Especial de Investigación como requisito parcial para optar al título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Aprobado por:

Dra. Jesmary Bastardo.


Dr. Jurado Principal


Dr. Jurado Principal

Cumaná, noviembre de 2016

ÍNDICE

ÍNDICE GRAFICOS	i
ÍNDICE DE TABLAS	ii
RESUMEN.....	iii
SUMMARY	iv
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	11
GENERAL:	11
ESPECÍFICOS:	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
TIPO DE ESTUDIO:.....	12
UNIVERSO:	12
MUESTRA:	12
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	12
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	13
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	13
MANEJO ESTADÍSTICO:.....	13
RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	14
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS	35
HOJAS DE METADATOS	41

ÍNDICE GRAFICOS

Gráfico 1: Nivel Socio-Económico de las gestantes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.	19
Gráfico 2: Semanas de gestación de pacientes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.	20
Gráfico 3: Número de parejas sexuales de las gestantes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.	21
Gráfico 4: Uso de tratamiento de las gestantes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.	22

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Incidencia de Sífilis en gestantes atendidas en Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.	14
Tabla 2: Sífilis en gestantes según grupo etario en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.....	14
Tabla 3: Método de protección más utilizado en la práctica sexual de las gestantes con sífilis por grupos etario en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.	15
Tabla 4: Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.....	16
Tabla 5: Procedencia de las gestantes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015-junio del 2016.....	17
Tabla 6: Recién nacidos con sífilis congénita en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.	17
Tabla 7: Complicaciones obstétricas presentes durante el control pre-natal de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016	18

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”.

**INCIDENCIA DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
CUMANÁ – ESTADO SUCRE JULIO 2015 – JUNIO 2016.**

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de sífilis en las embarazadas que acudieron a la unidad obstétrica del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Municipio Sucre, Cumaná, Estado Sucre julio 2015 a junio 2016.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal para evaluar incidencia y factores de riesgos de sífilis en embarazadas que acudieron a la unidad obstétrica del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, (HUAPA), Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

Resultados: La edad predominante fue entre 18-21 años representando el 67, 42 % (89/132), con una incidencia de 2,02%. Solo el 12,87% (17/132) de la población utilizó preservativo en sus prácticas sexuales, la enfermedad de transmisión sexual predominante fue infección por virus de papiloma humano con 15,90% (21/132), el equivalente a 12,12% (16/132) provenía del área rural mientras que 87,87% (116/132) del área urbana, 8,33% (11/132) resulto en sífilis congénita, la complicación obstétrica más frecuente fue restricción del crecimiento intrauterino en igual porcentaje, el nivel socioeconómico fue la clase media baja con 78,03% (103/132), las pacientes diagnosticadas con sífilis tenían más de 28 semanas 71,21% (94/132), el 56,81% (75/132) tuvieron más de 4 parejas sexuales, el 55,30% (73/132) no cumplió tratamiento.

Conclusión: El grupo etario predominante fue de 18-21 años, la mayoría no utilizan preservativo en la práctica sexual, provenían de clase media baja, tenían más de 4 parejas sexuales, se diagnosticaban posterior a las 25 semana y no cumplían tratamiento, la restricción del crecimiento intrauterino fue la complicación obstétrica más frecuente.

Palabras Clave: Gestante, sífilis, adolescente, sífilis congénita.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ"

**INCIDENCE OF SYPHILIS IN PREGNANT MATTERS AT UNIVERSITY
HOSPITAL "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ" CUMANÁ - SUCRE
STATE JULY 2015 - JUNE 2016.**

SUMMARY

Objective: To determine the incidence of syphilis in pregnant women who attended the obstetric unit of the "Antonio Patricio de Alcalá" University Hospital, Sucre Municipality, Cumaná, Sucre State, July 2015 to June 2016.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was carried out to evaluate the incidence and risk factors for syphilis in pregnant women attending the obstetric unit of the Antonio Patricio de Alcalá University Hospital (HUAPA), Cumaná, Sucre state, from July 2015 to June 2016.

Results: The predominant age was between 18-21 years representing 67, 42% (89/132), with an incidence of 2.02%. Only 12.87% (17/132) of the population used a condom in their sexual practices, the predominant sexually transmitted disease was human papillomavirus infection with 15.90% (21/132), the equivalent of 12, 12% (16/132) came from the rural area while 87.87% (116/132) from the urban area, 8.33% (11/132) resulted in congenital syphilis, the most frequent obstetric complication was intrauterine growth restriction in the same Percentage, socioeconomic status was low middle class with 78.03% (103/132), patients diagnosed with syphilis were older than 28 weeks 71.21% (94/132), 56.81% (75/132) Had more than 4 sexual partners, 55.30% (73/132) did not receive treatment.

Conclusion: The predominant age group was 18-21 years, the majority did not use a condom in the sexual practice, they came from the lower middle class, had more than 4 sexual partners, were diagnosed after 25 weeks and did not receive treatment, the restriction Of intrauterine growth was the most frequent obstetric complication..

Key words: Pregnant woman, syphilis, adolescent, congenital syphilis.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) eran denominadas también “Enfermedades venéreas” y su nombre provenía de Venus (también conocida como Diosa del Amor). También pueden definirse como infecciones producidas por bacterias, virus, hongos o parásitos adquiridos a través del contacto sexual, se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países. Las complicaciones afectan principalmente a mujeres y niños. (1,2).

La sífilis pertenece al grupo de las enfermedades transmisibles y como tal forma una categoría muy particular desde el punto de vista de la salud pública, por cuanto, entre otras consideraciones, su forma de contagio hace bastante difícil el control; considerada una enfermedad infecto-contagiosa, sistémica, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. (1, 2,3).

Según opinión hoy aceptada, la palabra sífilis se deriva del nombre del pastor *Syphilus*, inspirado en una historia de Ovidio, de un poema titulado *Syphilis sive morbus gallicus*, escrito en el siglo XVI (1530) por *Gerolano Fracastoro* (1483-1553), quien al seguir la costumbre de los humanistas de la época, alteró el nombre y de ahí *Syphilis*. En este poema, Sífilis era el nombre de un héroe pastor que resultó castigado porque levantó altares prohibidos en la montaña. El castigo consistió en una nueva y desconocida enfermedad. (2,3).

Desde principios del siglo XVI se convirtió en un azote para la humanidad. Se consideraba un mal innombrable, y que no era más que el estigma vergonzante que dejaban en el cuerpo los placeres carnales. La iglesia llegó a afirmar que la enfermedad era un castigo divino. Una epidemia de sífilis arrasó Europa durante los

siglos XV y XVI, lo que dio como resultado miles de muertos, pues no había ninguna terapéutica eficaz; sólo se disponía de las plegarias (2).

Después de 500 años de existencia, la sífilis mostró un marcado aumento en los países occidentales a partir de 1955, que se incrementó de un 30 a un 85 % por año. Entre los años 1958 y 1960 hubo un descenso en la incidencia de esta enfermedad, y ocurrió otro aumento a partir de los años 70 (según datos de la OMS). Se consideró desde esa época la existencia de millones de sifilíticos repartidos en forma desigual entre todas las naciones, y se explicó la diseminación de la enfermedad, y a veces la reaparición, a la mezcla cada vez mayor de poblaciones distintas y a los puertos como grandes reservorios de treponemas (1).

Ésta espiroqueta mide 5 y 15 micras de longitud, su espesor es de 0,09 a 0,18 micras. Poseen movilidad, con tres tipos de movimientos: traslación (movimiento rápido, siguiendo su eje mayor), lateral (movimiento en onda), en espiral (movimiento lento alrededor de su eje central). Estos movimientos facilitan la invasión del organismo por parte de la bacteria, y también posibilitan la identificación del germen mediante microscopia campo oscuro. Son bacterias que tienen una escasa avidez por la tinción, de ahí su denominación “*Pallidum*” o pálido (2, 3).

Su genoma consta de 1.138.006 pares de bases. Al parecer carece de “componentes transferibles” lo que explicaría su sensibilidad conservada a la penicilina a lo largo del tiempo. La sífilis se clasifica en adquirida y congénita. La adquirida se divide en 4 etapas: primaria, secundaria, latente y terciaria. La primera etapa se caracteriza por linfadenopatías y la aparición de lesiones ulcerosas conocidas como chancros que desaparecen en el término de 3 a 8 semanas sin dejar cicatriz; la respuesta inmune origina la destrucción de las espiroquetas, excepto aquellas que migran a los nódulos inguinales. (1, 2,3).

La etapa secundaria inicia 2 a 12 semanas después de la desaparición de los chancros y corresponde a la diseminación sistémica del microorganismo; aparecen erupciones cutáneas y mucosas particularmente contagiosas, posteriormente ocurre una etapa de latencia de 2 a 20 años en la que no hay síntomas aunque las pruebas serológicas son positivas. (1,2).

La etapa terciaria aparece varios años después de la etapa secundaria y se caracteriza por la aparición de lesiones denominadas “Gomas” o “Sifilomas” localizadas en tejidos blandos y huesos y que son resultado de una respuesta inmunológica exagerada que en ausencia de tratamiento llegan a destruir de forma irreversible los tejidos implicados abarcando el sistema cardiovascular, musculo-esquelético y nervioso central. (1, 2,3).

En este último caso se presenta lo que se conoce como neurosífilis que puede evolucionar con resolución espontánea, meningitis asintomática o meningitis sifilítica aguda. (2,3).

La sífilis congénita es el resultado de la transmisión de la infección al feto, que puede ocurrir in útero por vía transplacentaria o por el canal del parto, por una madre no tratada adecuadamente o por mal control prenatal. Puede transmitirse en cualquier momento del embarazo, siendo más frecuente después de las 16 semanas, cuando la atrofia de las células de Langhans en la placenta permite el paso de las treponemas, ocasionando la afectación sistémica. El sistema inmunológico del producto reconoce al microorganismo hasta después de las 20 semanas, produciendo las lesiones tisulares o la muerte fetal (1,2).

El diagnóstico de laboratorio se realiza mediante varios métodos:

Pruebas de laboratorio. El examen microscópico en campo oscuro es esencial para evaluar las lesiones cutáneas húmedas como el chancro de la sífilis primaria o los condilomas planos de la sífilis secundaria. La identificación de un único microorganismo móvil característico, efectuada por un observador experimentado, es suficiente para el diagnóstico. No se recomienda el estudio de las lesiones bucales y las úlceras anales con este método porque es difícil diferenciar. (2,3).

Inmunofluorescencia directa. La mayor parte de los casos de sífilis se diagnostican en las consultas de médicos privados en las que no se dispone de los medios necesarios para la microscopia de campo oscuro; son necesarios métodos opcionales para la identificación de *T. pallidum* en el exudado. La prueba de anticuerpos fluorescentes directos a *T. pallidum* (DFA-TP), puede llevarse a cabo en laboratorios de referencia que utilizan un anticuerpo policlonal antitreponémico conjugado con fluoresceína para la detección de *T. pallidum* en frotis desecados, obtenidos de lesiones sospechosas. (1, 2,3).

Un avance de esta técnica es el uso de un anticuerpo monoclonal específico para treponemas patógenas. En la actualidad, está en evaluación la reacción en cadena de la polimerasa para la detección de *T. pallidum* y de otros patógenos genitales que causan úlceras. (1,2).

Demostración del *T. pallidum* en tejido. Con frecuencia es necesario demostrar la presencia de *T. pallidum* en tejido, cuando las características clínicas o anatomopatológicas sugieren el diagnóstico de sífilis. (1,3).

Pruebas serológicas para la sífilis. La profusión de pruebas serológicas para la sífilis ha causado confusión innecesaria. La infección sifilítica provoca la aparición de dos

tipos de anticuerpos — anticuerpo antilípido “reagínico” y anticuerpo antitreponémico específico— que puede cuantificarse mediante las pruebas no treponémicas y treponémicas, respectivamente. Ambas son positivas en las personas que presentan cualquier tipo de infección treponémica, incluidos el pian, la pinta y la sífilis endémica. (1, 3,4).

Los anticuerpos no treponémicos contienen IgG e IgM dirigidas frente a un complejo antigénico cardiolipina-lecitina-colesterol. El término reagina es poco afortunado porque los anticuerpos IgE implicados en fenómenos alérgicos también se denominan reagentes. (4).

Las pruebas no treponémicas para la sífilis son la RPR, que puede automatizarse (ART), la prueba del Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), y la prueba sérica con azul de toluidina sin calentar (TRUST), otras pruebas que se utilizan con menos frecuencia son la prueba sérica reagínica sin calentamiento (USR) y la prueba de detección de reagentes (RST), en todas ellas, los anticuerpos se detectan mediante la floculación microscópica (VDRL y USR), o macroscópica (RPR, TRUST y RST) de la suspensión antigénica. (2,4).

Las pruebas RPR y VDRL tienen una sensibilidad similar y pueden utilizarse para la detección inicial o la cuantificación de los anticuerpos séricos. El título sérico refleja el grado de actividad de la enfermedad. En la evolución de la sífilis inicial puede observarse un incremento al cuádruple o mayor del título. En la sífilis activa de la prueba VDRL alcanza niveles de 1:32 o más en la sífilis secundaria. Una disminución persistente de dos diluciones al cuádruple, o más, tras el tratamiento de la sífilis inicial representa un indicio de respuesta adecuada al tratamiento. (1, 2,3).

Los títulos en las pruebas VDRL no se corresponden con los observados en la prueba RPR, y las pruebas cuantitativas secuenciales, como las aplicadas para conocer la respuesta terapéutica, deben estar basadas en el uso de un solo método de medición (3,4).

Existen otras pruebas treponémicas: la de absorción del anticuerpo treponémico fluorescente (FTA-ABS), y la determinación de microhemaglutinación para anticuerpos frente a *T. pallidum* (MHA-TP). Las pruebas de hemaglutinación y FTA-ABS son específicas y, cuando se les utiliza para la confirmación de positividad de las pruebas de anticuerpos reagínicos, tienen un valor predictivo positivo para el diagnóstico de sífilis elevado, aunque incluso estas pruebas dan falsos positivos, hasta en 1 a 2% de los casos, cuando se utilizan como métodos de detección en la población general. (1,2).

La prueba de la inmovilización de *T. pallidum* (TPI), en la que los microorganismos vivos de *T. pallidum* quedan inmovilizados por suero inmune más complemento, es el estándar de oro muy específico, pero más laborioso de realizar y sólo se efectúa en pocos laboratorios de investigación. (1, 3,4).

Puesto que el antígeno utilizado en las pruebas no treponémicas también se encuentra en los tejidos, estas pruebas pueden resultar positivas en personas que no presentan infección treponémica, aunque rara vez los títulos superan 1:8. En una población seleccionada para la aplicación de pruebas de detección debido a sospecha clínica, con antecedentes de exposición o incremento en el riesgo de infecciones de transmisión sexual, menos de 1% de los resultados positivos han demostrado ser falsos. (3,4).

Los falsos positivos en pruebas reagínicas se clasifican como agudos, si se negativizan a los seis meses, y crónicos cuando persisten seis meses o más. El embarazo suele mencionarse como causa de falsos positivos, pero en diversos estudios se ha demostrado una frecuencia muy baja de falsos positivos en las embarazadas, por lo que la positividad en las pruebas VDRL o RPR en estas pacientes se debe considerar real. (1, 2,4).

La frecuencia elevada de falsos positivos que se obtenía hace varios decenios en pacientes con lepra, mononucleosis infecciosa y otras infecciones se debían principalmente a la utilización de los primeros reactivos lipoídicos. Las pruebas VDRL y RPR modernas tienen una especificidad de 97 a 99% y los falsos positivos se limitan en el momento actual. (1,2).

Las pruebas reagínicas arrojan resultados falsamente positivos hasta en 25% de drogadictos por vía intravenosa. Es frecuente también la positividad falsa en personas con enfermedades autoinmunitarias. La prevalencia de falsos positivos en las pruebas no-treponémicas es mayor a medida que los pacientes tienen más edad; 10% de las personas mayores de 70 años presenta reacciones falsamente positivas. (3,4).

El aumento de la sífilis materna y congénita en los países en desarrollo contribuye al incremento de las tasas de mortalidad infantil, situación que de no modificarse se traducirá en el retroceso de los logros alcanzados por los planes de salud reproductiva en el mundo. La sífilis también tiene un impacto negativo en la salud materna y en la transmisión del VIH/sida. (3,4, 5,6).

La sífilis pone en riesgo la salud de la madre y también la del recién nacido, la mortalidad neonatal puede llegar a 54% de los niños afectados, siendo la prematuridad

una causa importante de esta, se puede transmitir sífilis al feto hasta cuatro años después de la infección materna original cuando no ha sido tratada. Se estima que de todas las gestantes con sífilis no tratada, sólo 20% llevará al feto al término de la gestación y obtendrá un niño normal. (1, 2, 5,6).

Las complicaciones incluyen: aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal no inmune, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, muerte perinatal y secuelas serias en los niños que nacen vivos. Se ha visto que puede llevar a muerte intrauterina en 30%, muerte neonatal en 10% y trastorno neonatal en 40%. (4, 7,8,).

Entre los factores de riesgo para la transmisión de la sífilis se encuentran: las prácticas sexuales de alto riesgo (por ejemplo la práctica del sexo vaginal, oral o anal sin protección); el inicio de la actividad sexual a una edad temprana; la actividad comercial sexual, el VIH/SIDA; el consumo de drogas ilícitas y el alcohol, que muchas veces dificulta la toma de medidas preventivas. (5, 6,9).

La mayor parte de los países de América Latina y el Caribe tienen una normativa de tamizaje de sífilis en gestantes, pero ésta no se aplica de forma sistemática. Así, la eliminación de la sífilis congénita es todavía un asunto pendiente a pesar de tener servicios de control prenatal disponibles, la tecnología adecuada y el conocimiento de cómo prevenir la infección, en la mayoría de los países se ha puesto más atención a las pruebas de descarté para el VIH para el cual, actualmente, no hay cura disponible. Esto ha conducido a la situación donde las personas "están evitando el VIH y muriendo de sífilis". (1,3 ,10).

En Venezuela y en otras partes del mundo esta enfermedad continúa siendo un problema de salud pública significativo. La sífilis no tratada en mujeres embarazadas

puede afectar profundamente el producto del embarazo y se dice que no es ni una nueva enfermedad ni una enfermedad reemergente, es una enfermedad antigua y descuidada en la que los seres humanos son el único huésped natural. (7, 8,11).

El falso mito de que la penicilina sería la droga mágica que acabaría con la sífilis, trajo como consecuencia un equivocado concepto de seguridad y una pérdida de interés casi trágico por la epidemiología de la enfermedad desde las Escuelas de Medicina hasta la consulta privada del médico particular y también en los Departamentos de Salud Pública, pero más tarde se ha reconocido y admitido el hecho de que se necesitaría algo más que una "droga milagrosa" para controlar esta enfermedad y mantenerla a raya. (1, 12,13).

Hasta la fecha, la lucha contra la sífilis en Venezuela ha tropezado con una serie de obstáculos, entre ellos citaremos la falta de conocimiento exacto de la magnitud del problema por la insuficiencia en la notificación de casos, debida a su vez, entre otras razones, a las siguientes: falta de personal preparado para la investigación epidemiológica de los contactos en escala nacional; falta de educación sanitaria a todos los niveles de la comunidad; automedicación por falta de control en el expendio de antibióticos; disminución del temor a la enfermedad; aumento de la homosexualidad; promiscuidad cada vez mayor entre adolescentes de sexos diferentes y, por consiguiente, el aumento creciente de la sífilis en estos grupos (20 por ciento de sífilis contagiantes activa en menores de veinte años) ; disminución de la enseñanza sobre las enfermedades de transmisión sexual en las escuelas de medicina; causas socioeconómicas; falta de notificación de los médicos en ejercicio privado, y existencia en diferentes lugares del país de una prostitución clandestina incontrolable por los métodos actuales y que sigue siendo una fuente muy importante de infección. (8, 14,15).

Estos datos dan una idea de la magnitud del problema y por qué es necesario generar conocimientos que ayudan a orientar las conductas que se definen para enfrentarlo.

Según el boletín epidemiológico para la semana 38 del 2014 se reportaron 75 nuevos casos de sífilis congénita, lo que crea una necesidad de conocer los factores de riesgo que intervienen en esta problemática de salud, siendo éste el propósito de ésta investigación

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la incidencia de sífilis en las embarazadas que acudieron a la unidad obstétrica del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Municipio Sucre, Cumaná, Estado Sucre, julio 2015 a junio 2016.

ESPECÍFICOS:

1. Establecer la incidencia de sífilis gestacional.
2. Determinar el grupo etario afecto por sífilis gestacional.
3. Identificar la procedencia de gestantes atendidas por sífilis.
4. Establecer el método de protección sexual más utilizado.
5. Conocer si existe antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en las gestantes atendidas por sífilis.
6. Analizar las complicaciones obstétricas presentes durante el control pre-natal.
7. Determinar el porcentaje de recién nacidos con sífilis congénita.
8. Establecer la semana de gestación en donde se presentó el mayor número de sífilis gestacional.
9. Determinar el nivel socio- económico.
10. Señalar la relación existente entre número de parejas y sífilis.
11. Conocer el uso de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo trasversal para evaluar incidencia y factores de riesgos de la sífilis en las embarazadas que acudieron a la unidad obstétrica del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, (HUAPA), Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

UNIVERSO:

El universo de estudio estuvo constituido por 6536 embarazadas que acudieron a la unidad obstétrica del HUAPA en julio 2015-junio2016.

MUESTRA:

Estuvo conformada por 132 gestantes seleccionadas según los criterios de inclusión y exclusión.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se cumplieron los objetivos mediante la recolección de datos tomados de las historias clínicas individuales y entrevistando a las gestantes. Éste constó de 24 preguntas que fueron respondidas por las gestantes de forma individual, la cual recogió las siguientes variables: Edad, número de parejas sexuales, procedencia, , complicaciones obstétricas, uso de protección en las prácticas sexuales, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, condiciones socio-económicas, edad gestacional, uso de tratamiento y número de recién nacidos con sífilis.

El procesamiento de datos se realizó en una computadora Laptop HP Pavilion dv7 a través de los programas Microsoft Word y Excel y los resultados fueron expuestos en tablas, textos y gráficos. Se hizo firmar a las pacientes un consentimiento informado para su inclusión en el estudio, previa explicación de manera clara de la importancia y características del mismo así como los objetivos de éste.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Gestantes con VDRL reactivo mayor de 1:8 diluciones que acudieron a la unidad obstétrica del HUAPA en julio 2015-junio2016.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron todas las gestantes que refirieron los siguientes antecedentes: infección viral o vacunación reciente, herpes genital, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, infección por *Mycoplasma pneumoniae*, paludismo, uso de drogas por vía parenteral y enfermedades autoinmune.

MANEJO ESTADÍSTICO:

Los datos estadísticos fueron representados en forma de gráficos y tablas. El análisis se realizó mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central como la media aritmética y error estándar como medida de dispersión para series agrupadas. Se utilizó el programa Microsoft Office 2010, para graficar el sistema de barra. Se consideró para cada tabla a generar, el grado de libertad y una seguridad de 95%.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla 1: Incidencia de Sífilis en gestantes atendidas en Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

Sífilis gestacional	# pacientes	%
SI	132,00	2,02
NO	6404,00	97,98
Total	6536,00	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la tabla 1, se establece la incidencia de Sífilis en gestantes atendidas en Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016 evidenciando 2,02% (132/ 6536).

Tabla 2: Sífilis en gestantes según grupo etario en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016

Edad	Frecuencia	%
14-17	32,00	24,24
18-21	89,00	67,42
22-25	9,00	6,82
26-29	2,00	1,52
Total	132,00	100,00

Fuente: instrumento de recolección de datos.

En la tabla 2, se valora la distribución de gestantes con sífilis según la edad, observándose que la edad predominante fue entre 18-21 años representando el 67, 42

% (89/132) de la población estudiada respectivamente, seguido del grupo de edades comprendidas entre 14-17 años representando el 24,24 % (32/132).

Tabla 3: Método de protección más utilizado en la práctica sexual de las gestantes con sífilis por grupos etario en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

Edad en años	Uso de Preservativo	Total	%
14-17	5,00	32,00	15,62
18-21	9,00	89,00	10,11
22-25	2,00	9,00	22,22
26-29	1,00	2,00	50,00
Total	17,00	132,00	12,87

Fuente: instrumento de recolección de datos.

En la tabla 3, evaluó método de protección en la práctica sexual de las gestantes con sífilis por grupos etario, observando que el método más utilizado en la práctica sexual fue el preservativo masculino, sin embargo solo el 12,87% (17/132) de la población estudiada lo utiliza, mientras que el resto de la población no utiliza ningún otro método.

Tabla 4: Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

Enfermedades de Transmisión Sexual	#	%
Virus Papiloma Humano	21,00	15,90
Gonorrea	3,00	2,27
Herpes Genital	1,00	0,76
Molusco contagioso	1,00	0,76
Sin Antecedentes	106,00	80,30
Total	132,00	100,00

Fuente: instrumento de recolección de datos.

En la tabla 4, se muestran los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre julio 2015- junio del 2016, predominando la infección por virus de papiloma humano con 15,90% (21/132), seguido de gonorrea, herpes genital y molusco contagioso en una menor proporción.

Tabla 5: Procedencia de las gestantes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

Tipo	#	%
Urbana	116,00	87,87
Rural	16,00	12,12
Total general	132,00	100,00

Fuente: instrumento de recolección de datos.

En la tabla 5, se evaluó la procedencia de las gestantes con sífilis en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, resultando que un 87,87% (116/132) proviene del área urbana y el equivalente a 12,12% (16/132) proviene del área rural.

Tabla 6: Recién nacidos con sífilis congénita en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

Entidad	Numero	%
Sífilis congénita	11,00	8.33
Recién Nacidos Sanos	121,00	91,66
Total	132,00	100,00

Fuente: instrumento de recolección de datos.

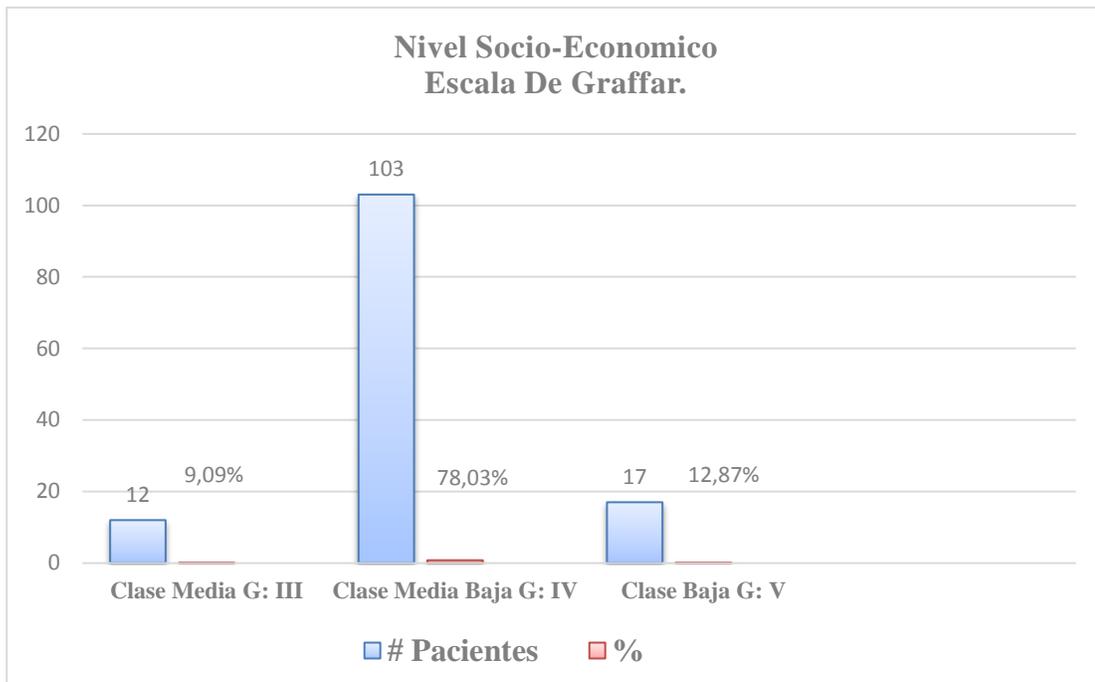
En la tabla 6, se estudió número de recién nacidos con sífilis congénita en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016, resultando afectados el 8.33% (11/132) de los neonatos.

Tabla 7: Complicaciones obstétricas presentes durante el control pre-natal de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016

Complicaciones	#	%
Óbito fetal	1,00	0,75
Restricción del Crecimiento	11,00	8,33
Parto Pre-Termino	6,00	4,54
Sin Complicaciones	114,00	86,36
Total	132,00	100,00%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

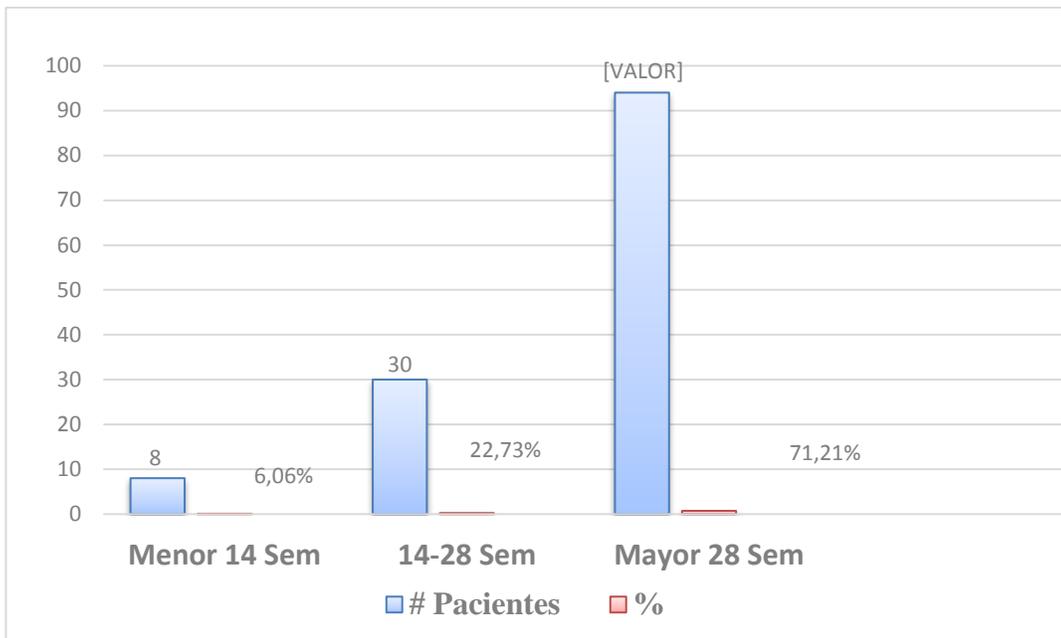
En la tabla 7, se señalan las complicaciones obstétricas presentes durante el control pre-natal de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016, representado por tres entidades: óbito fetal, parto pre-termino y restricción del crecimiento, donde esta última complicación resalta con un 8,33% (11/132).



Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfico 1: Nivel Socio-Económico de las gestantes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

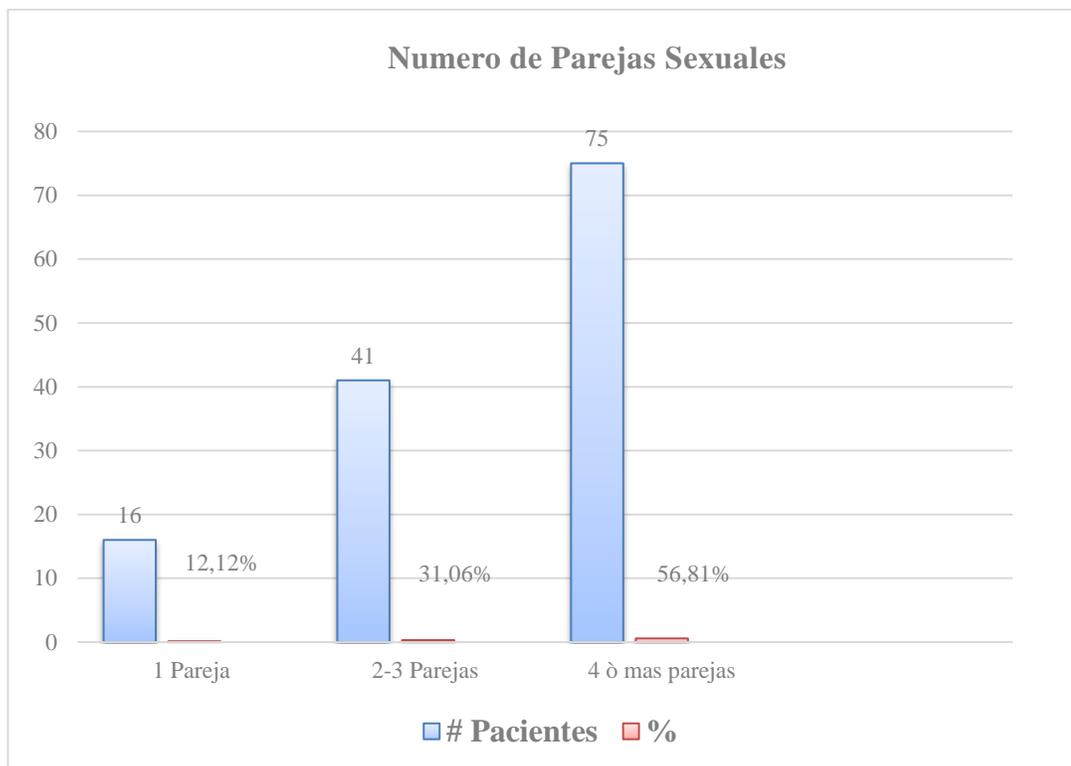
En el gráfico 1, se presenta el nivel socio-económico de las gestantes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016, donde se evidencia predominio de la clase media baja en un 78,03% (103/132), seguido de la clase baja con un 12,87% (17/132).



Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfico 2: Semanas de gestación de pacientes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

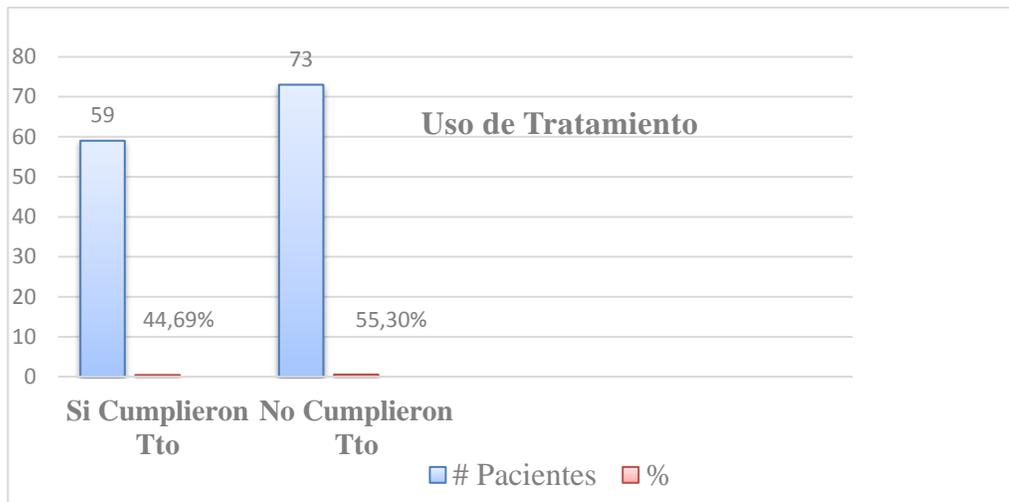
En el gráfico 2, donde se muestra las Semanas de gestación de pacientes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016, se evidencia que la mayoría de las pacientes diagnosticadas con sífilis se encontraban por encima de las 28 semanas de gestación representando 71,21% (94/132).



Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfico 3: Número de parejas sexuales de las gestantes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

En el gráfico 3 se evaluó el número de parejas sexuales que tuvieron las gestantes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, donde el 56,81% (75/132) refirió haber tenido más de 4 parejas sexuales y el 12,12% (16/132) solo una pareja sexual.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfico 4: Uso de tratamiento de las gestantes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

El gráfico 4 presenta el uso de tratamiento de las gestantes con sífilis que acudieron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016, en el cual el 55,30% (73/132) no cumplió tratamiento posterior a el diagnostico, mientras que 44,69% (59/132) refiere si haber cumplido el mismo.

DISCUSIÓN

En este estudio se valoró la distribución de las gestantes con sífilis según la edad, donde el 67,42% tenían entre 18 y 21 años, datos que coinciden con los estudios realizados en poblaciones de Venezuela, así como otros países de latinoamérica y África (20,30, 31, 32). Sin embargo difiere de lo encontrado por otros autores como Vásquez y col., en un estudio realizado en México en 2014 donde se reporta que la edad promedio de gestantes con sífilis fue de 29,08 años; datos apoyados por otros autores (33, 34, 35).

En el periodo estudiado acudieron a la unidad obstétrica 6536 gestantes de las cuales se determinó una incidencia de 132 pacientes con sífilis, equivalente a 2.02%, resultados que coinciden con lo obtenido por Cifuentes y col., 2013 en Bogotá quienes obtuvieron una incidencia de 2,47% y por Moura y col., 2015 en Brasil quienes reportaron 2,80% (30,31). Estos estudios difieren de lo reportado por Vásquez y col., 2014, quienes llevaron a cabo una investigación durante 12 años en México obteniendo una incidencia de 39,72% de sífilis en el embarazo (33).

La falta de uso de preservativo en las relaciones sexuales es un factor de riesgo común reportado por múltiples investigadores que estudian las enfermedades de transmisión sexual. Relación que se mantiene en este estudio con un 87,13% de gestantes que niegan el uso de protección en la práctica sexual, así como lo aseveran Hokororo y col., en Tanzania 2015, sin embargo el preservativo masculino fue el método de protección más utilizado. (32, 36, 37).

En un estudio realizado por Vasilenko y col en Norteamérica en 2016 se asoció la sexarquia temprana con la persistencia de enfermedades de transmisión sexual a lo

largo de la vida, donde se destacó la infección por sífilis y virus de papiloma humano, lo cual coincide con los resultados de este estudio donde el 15.90% (21/132) tenían lesiones por virus de papiloma humano asociado a sífilis (32, 38).

En reportes realizados por Manyahi y col., (34), así como otros autores se describe que una característica significativa asociada con la alta carga de sífilis era el proceder de un área urbana y semiurbana (39-46), lo cual se asemeja con los resultados de este estudio, donde el 87,87% (116/132) proviene del área urbana y solo 12,12%(16/132) del área rural.

Según información obtenida por múltiples estudios (47-49) la sífilis congénita continua siendo una complicación frecuente. Demostrado también en este estudio, donde el 8,33% de los recién nacidos se diagnosticó con esta enfermedad, sin embargo se puede inferir que existe un sub-registro de esta patología debido a que no se realizó seguimiento a los neonatos. Resultados parecidos fueron obtenidos por Valera Y., 2006 en Barquisimeto-Venezuela (21). Siendo los datos de este estudio diferentes a los encontrado por Vásquez y col., 2008 en Trujillo-Venezuela (22) quienes reportan un 86% de incidencia.

En pro de la disminución de esta entidad, en 2010 y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los estados miembros aprobaron la estrategia y el plan de acción para la eliminación de la transmisión de sífilis congénita con el objetivo de reducir la incidencia a menos de 0.5casos por cada 1000 vivos en 2015. De esta manera, a pesar de algunos avances, Brasil no logró La meta de eliminación de la sífilis congénita, sino más bien la epidemia, lo que da lugar a un aumento sustancial de la mortalidad. En 2010, fueron reportados 6916 casos de sífilis congénita (2.27 / 1000 nacidos vivos) al Ministerio de

Salud y OPS. Mientras que en 2013, el número de Casos aumentó a 13.705 (4.70 / 1.000 nacidos vivos) antes de disminuir a 6793 casos en 2014 (50).

Del total de las pacientes solo 13,64 % presentaron complicaciones obstétricas, de las cuales la más relevante fue la restricción del crecimiento intrauterino y en menor porcentaje el parto pre termino y el óbito fetal, datos semejantes a los reportados por Cifuentes y col., 2013 Bogotá así como por autores Venezolanos (20, 21,30) pero estos difieren del reporte de la OMS para el año 2012 donde la mayor complicación reportada fue el aborto (14).

Por otra parte se estudiaron diversas variables que permitieron calcular el nivel socioeconómico de las gestantes aplicando la escala de graffar modificado, encontrando que las pacientes estaban distribuidas entre los 3 últimos niveles, con un 78,03% (103/132) representado por la clase media baja; coincidiendo con resultados de múltiples estudios (35, 41, 42,44-46).

Cabe mencionar que no siempre se encuentra una relación directa del nivel socioeconómico con la incidencia de sífilis, así como lo reportan Manyahi y col., en su estudio realizado en Tanzania 2015 (34).

La edad gestacional del 71,21%(94/132) de las pacientes en el momento de la realización del VDRL estaba por encima de las 28 semanas, semejante a los datos obtenidos por Maura y col., 2015 en Brasil y Roca Y., 2012 en Venezuela , donde la mayoría fueron diagnosticadas en el tercer trimestre de la gestación (20,31).

En este trabajo se observó que la mayoría de las pacientes 56,81% (75) habían tenido 4 ó más parejas sexuales, lo que permite relacionar este parámetro como factor de riesgo para la sífilis. Estos resultados difieren de los resultados obtenidos por otros autores (20)

Con respecto al uso del tratamiento se reportó que 55.30% (73/132) de las pacientes no cumplió con el mismo lo cual coincide con Joshua M y col., en un estudio realizado en Brasil sobre la persistencia de sífilis congénita, encontrándose relación del no cumplimiento del tratamiento con las complicaciones obstétricas y neonatales (33,50).

CONCLUSIONES

1. La sífilis continúa siendo una enfermedad que afecta de forma importante a las mujeres embarazadas que consultan en la unidad obstétrica del HUAPA.
2. Las gestantes entre 18 y 21 años de edad constituyen el grupo etario más afectado.
3. El método de protección más utilizado es el preservativo masculino, aunque la mayoría de las gestantes con sífilis no utilizan ninguno en la práctica sexual.
4. Las lesiones por virus de papiloma humano son el antecedente de mayor relevancia entre las enfermedades de transmisión sexual referidas por las pacientes con sífilis.
5. La procedencia del área urbana destacó en las pacientes con sífilis.
6. Solo un 8.33% de los recién nacidos resultaron afectados con sífilis congénita.
7. La complicación obstétrica más frecuente fue la restricción del crecimiento intrauterino.
8. La sífilis se encuentra relacionada con los niveles socioeconómicos más bajos.
9. En la mayoría de las pacientes se realizó el diagnóstico de sífilis en el último trimestre del embarazo.
10. El antecedente de 4 ó más parejas sexuales es un factor de riesgo para el contagio de sífilis.
11. La mayoría de las pacientes no cumplió el tratamiento indicado, lo cual se asocia a complicaciones obstétricas y neonatales.

RECOMENDACIONES

- Llevar a cabo un trabajo multicéntrico de la incidencia de sífilis en embarazadas que pueda dar una visión más amplia del estado de la enfermedad en otros centros de salud del estado Sucre.
- Plantear un diseño de estudio de gestantes con VDRL positivo, donde se cuente con los recursos para la confirmación de la enfermedad mediante pruebas treponémicas específicas.
- Sugerir estudios donde se realice el seguimiento de los recién nacidos de madres con VDRL reactivo.
- Incentivar al personal de salud a realizar trabajos científicos que den continuidad a esta misma línea de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hong F, Yang Y, Liu X, Feng T, Liu J, Zhang C, et al. Reduction in mother-to-child transmission of syphilis for 10 years in Shenzhen, China. *Sex Transm Dis.* 2014, 41:188–193.
2. Arnesen L, Martínez G, Mainero L, Serruya S, Durán P: Gestational syphilis and stillbirth in Latin America and the Caribbean. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015, 128:241–245.
3. Singh AE, Levett PN, Fonseca K, Jayaraman GC, Lee BE: Canadian Public Health Laboratory Network laboratory guidelines for congenital syphilis and syphilis screening in pregnant women in Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2015, 26: 23-28.
4. Mario J, Jose A, Maria I. Sífilis Congénita. Un problema de salud continuo pero descuidado: *Rev Soc Vzla Med Interna.* 2011. 26(4): 231-251.
5. Lago E. Current perspectives on prevention of mothers to-child- transmission of Syphilis. *Cureus* 2016. 8(3) 525.
6. Barba F, Tovar V, Jiménez F. Sífilis congénita, experiencia en un hospital básico de Sonora México. *Rev Biomédicas mex.* 2010; 27(1): 41-47.
7. Lago E, Vaccari A, Fiori R. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. *SexTransm Dis.* 2013, 40:85–94
8. 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.* 2013, 10:15.
9. Ortega X, Moenne K, Pinto M y Salinas J. Caso clínico radiológico: sífilis congénita. *Rev. Med. Clin. Condes,* 2011; 22(1): 243- 247.
10. Saman W, Roger R, Kamb M, Turlapati P, Temmerman M, Broutet N, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *Lancet Glob Health* 2016; 4: 525–533.

11. Leal E, Campos S, Pardo I, Vázquez M, García E y Moral E. Sífilis y embarazo. *Clin Invest Gin Obst*. 2011; 38(3):114-117.
12. Janier M, Hegyi V, Dupin N, Unemo M, Tiplica GS, Potočník M. European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014 Dec; 28(12):1581–1593.
13. Tayou C. Syphilis and Blood Safety in Developing Countries. In: Sato NS, ed. *Syphilis - Recognition, Description and Diagnosis*. InTech; 2011. (13): 267-273.
14. World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis. WHO. 2012.
15. Hernández M, Hernández B, Uribe F, Juanes L, Conde C. Sífilis materna y congénita en dos hospitales mexicanos; Evaluación de una prueba diagnóstica rápida. *Rev. Invest Clin*. 2006; 58:119-125.
16. Bradley H, Tapia V, Kamb M, Newman L, Garcia P, Serruya S, et al. Can the Perinatal Information System in Peru be used to measure the proportion of adverse birth outcomes attributable to maternal Syphilis infection?. *Rev Panam Salud Pública*. 2014, 36:73–79.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Surveillance- Syphilis. CDC. 2012.
18. Lipinsky D, Schreiber L, Kopel V, Shainberg B. Validation of reverse sequence screening for syphilis. *J Clin Microbiol*. 2012, 50:1501.
19. Jafari Y, Peeling R, Shivkumar S, Claessens C, Joseph L, Pai N. Are *Treponema pallidum* specific rapid and point-of-care tests for syphilis accurate enough for screening in resource limited settings? Evidence from a meta-analysis. *PLoS One*. 2013, (6):8-16.
20. Roca Y. Infección por torchs en la consulta de seguimiento del recién nacido de alto riesgo. hospital de niños “Dr. Jorge Lizárraga”. trabajo especial de especialización de pediatría y puericultura. Valencia, Venezuela: universidad de Carabobo-sede Carabobo; 2012.

21. Vásquez O, Dickson S, Salas J, Teguedor L, Alfonso J. Influence of mother VDRL titers on the outcome of newborns with congenital Syphilis. *Tropical Biomedicine*, 2008, 25(1): 58–63.
22. Valera Y. frecuencia de sífilis congénita en el hospital pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. julio 2004-octubre 2005. trabajo especial de especialización de pediatría y puericultura. Barquisimeto, Venezuela: Universidad centroccidental Lisandro Alvarado.2006.
23. Boa S, Purificação A, Amorim T, Assunção L, Reis A, Galvão B. Dried blood spot testing for the antenatal screening of HTLV, HIV, syphilis, toxoplasmosis and hepatitis B and C: prevalence, accuracy and operational aspects. *Braz J Infect Dis*. 2014, 18:618–624.
24. Wedderburn C, Murtagh M, Toskin I, Peeling R. Using electronic readers to monitor progress toward elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis: An opinion piece. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; (130):81-83.
25. Owusu K, Gift T, Ballard R. Cost-effectiveness of a dual nontreponemal/treponemal syphilis point-of-care test to prevent adverse pregnancy outcomes in sub-Saharan Africa. *Sex Transm Dis*. 2011; (38):997–1003.
26. Almonte D, Alfonso M, Corpeño T, De Mucio B, Estrada H, Falistocco C. 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. p. 100.
27. Martín A, Álvarez M, Reyes D y García J. Características epidemiológicas de la sífilis congénita en Gran Canaria. ¿Es necesario el cribado? *Prog Obstet Ginecol*. 2007; 50(1):15-22.
28. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB: Treatment of syphilis: a systematic review. *JAMA*. 2014; (312):1905–1917.
29. Rac M, Bryant S, McIntire D, Cantey J, Twickler D, Wendel G. Progression of ultrasound findings of fetal syphilis after maternal treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 2014; (5):211-426.

30. Cifuentes M, Ojeda C. Sífilis congénita en el Instituto Materno Infantil-Hospital la Victoria, Bogotá. *Rev sal Públic.* 2013; 15 (3): 434-445.
31. Moura A, Goncalves M, Correia J. Prevalence of syphilis, human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and human T-lymphotropic virus infections and coinfections during prenatal screening in an urban Northeastern Brazilian population. *Int J Infect Dis.* 2015; (39): 10–15.
32. Hokororo A, Kihunrwa A, Hoekstra P, Kalluvya S, Chagalucha J. High Prevalence of Sexually-Transmitted Infections in Pregnant Adolescent Girls in Tanzania: a Multi-Community CrossSectional Study. *Sex Transm Infect.* 2015; 91(7): 473–478.
33. Vázquez R, Galnares J, Blachman R y Berebichez R. Doce años de experiencia en el diagnóstico de sífilis en México (periodo 2001-2012). *Gac Méd Mex.* 2014; 150 Suppl 1:5-10.
34. Manyahi J, Boniphace S, Mathias I, James J, Ndayongeje J, Kilama B, et al. Prevalence of HIV and syphilis infections among pregnant women attending antenatal clinics in Tanzania, 2011. *BMC Public Health.* 2015; 15: 501.
35. Muricy C y Laerte V. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* 2015 48(2):216-219.
36. Mushi D, Mpembeni R y Jahn A. Knowledge about safe motherhood and HIV/AIDS among school pupils in a rural area in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012; 7:5.
37. Exavery A, Lutambi A y Mubyazi G. Multiple sexual partners and condom use among 10 – 19 year-olds in four districts in Tanzania : What do we learn?. *BMC Public Health.* 2011; 411:490.
38. Vasilenko S, Kugler K y Rice C. Timing of First Sexual Intercourse and Young Adult Health Outcomes. *J Adolesc Health.* 2016; 59(3):291-297.
39. Domingues R, Szwarcwald C, Souza Junior P y Leal M. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. *Rev Saude Pública.* 2014; 48(5):766-774.

40. Punguyire I, Mahama E, Letsa T, Akweongo P y Sarfo W. Factors associated with syphilis screening uptake among pregnant women in health facilities in Brong Ahafo Region of Ghana Damien. *Matern Health, Neonatol and Perinatol* (2015) 1:7.
41. Emelumadu O, Ukegbu A, Ezeama N, Kanu O, Ifeadike C, Onyeonoro U. Socio-demographic determinants of maternal health-care service utilization among rural women in anambra state, South East Nigeria. *Ann Med Health Sci Res.* 2014; 4(3):374–382.
42. Melo N, Melo F, Ferreira L. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiol Serv Saude.* 2011; 20:213-222.
43. Holanda, Barreto, Machado, Pereira. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. *Epidemiol Serv Saude.* 2011; 20:203-212.
44. Magalhães D, Kawaguchi I, Dias A, Calderon I. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saude Públ.* 2013; 29:1109-1120.
45. Yang L, Tucker J, Liu F, Ren X, Hong X, Wang C, et al. Syphilis screening among 27,150 pregnant women in south Chinese rural areas using point-of-care tests. *PLoS ONE.* 2013; 8(8) 23-28.
46. Kirakoya S, Defer M, Yaro S, Fao P, Ilboudo F, Langani Y, et al. Low seroprevalence of syphilis in Burkina Faso. *Sex Transm Infect.* 2011; 87(1): 35–37.
47. Yáñez I, Conde C, Uribe F, Olamendi M, García S, Sánchez M. Maternal/child seroprevalence of antibodies against *Treponema pallidum* at four general hospitals in the state of Morelos, Mexico. *Arch Med Res.* 2012; 43(7):571-577.
48. Baidya A, Ghosh A, Chopra S, Garg A, Sood S, Kapil A, et al. Congenital syphilis in the era of decreasing seroprevalence. *Indian J Med Microbiol.* 2016; 34:111-112.

49. Ruffini E, Compagnoni L, Tubaldi L, Infriccioli G, Vianelli P, Genga g. Le infezioni congenite e perinatali nella regione Marche (Italia). Studio epidemiológico e differenze tra gruppi etnici. *Le Infect Med* 2014. (3): 213-221.
50. Joshua M. Coopera, I. Michelow B, Phillip S. Wozniaka, Pablo J. *Rev Paul.* Persistence of congenital syphilis in Brazil, More progress In time: the needed. *Rev Paul Pediatr.* 2016; 34(3):251-253.

ANEXOS

Anexo 1

HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”

SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

CUMANÁ – ESTADO SUCRE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ CI: _____ Edad _____

En pleno uso de mis facultades mentales y sin que nadie me coaccione, en pleno conocimiento de la naturaleza, propósito, duración, inconveniente y riesgos relacionados con este estudio, declaro haber sido informado (a) de todos los aspectos relacionados con este trabajo de investigación titulado “Incidencia de sífilis en las embarazadas atendidas en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, municipio Sucre, Cumana, estado Sucre en el periodo de julio 2015 a junio 2016. Donde se me presentaran 28 preguntas relacionadas con el tema. Que se realizará por el Dr. Albert Rufino Rodriguez Bracho CI: 18339111. Residente del postgrado de ginecología y obstetricia del HUAPA.

Consentimiento que se expide en la ciudad de Cumaná a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma del participante

Anexo 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA: _____

1. Nombre del Centro de Salud / Hospital: _____

Ciudad/Región: _____

DATOS EMBARAZADA

No. Historia: _____ telf.: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección y Lugar de residencia: _____ Rural
____ Urbano _____

Tipo de Vivienda: casa _____ rancho _____ · habitaciones _____

3. Conocimiento de la enfermedad: Bueno _____ Regular _____ Malo _____

4. Nivel de instrucción y profesión del encargado de la casa:

5. Ingreso Económico: 1 salario _____ más 1 salario _____ menos 1 salario _____

ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN

6. Historia Gineco - Obstétrica:

Gestaciones: _____ Aborto: _____ Mortinato: _____ Recién nacido Prematuros:

Recién nacido Bajo Peso al Nacer: _____

DATOS DE LA GESTACIÓN

7. ¿Presenta o presentó usted alguna enfermedad? Sí No ¿Cuál?

8. Control prenatal: Sí No

9. Número de controles prenatales en esta gestación: _____

10. Edad gestacional durante la primera consulta: _____

11. Si hasta ahora no tuvo control prenatal, ¿cuál fue la razón?:

a) Desconocimiento b) No lo consideró importante

c) Distancia muy lejana d) Horarios inadecuados

e) Dificultad económica f) Desconfianza en el sistema de salud

g) Otros: _____

RESULTADOS EXAMEN

12. Padece alguna Enfermedad de transmisión sexual: Sí No

13. Evidencia clínica de: Sífilis Gonorrea Condilomas Otras Cuáles:

14. ¿Se realiza serología? (Fecha: _____) VDRL RPR Prueba rápida
Prueba treponémica

15. ¿Se le comunican los resultados?: Sí No

16. Resultado de la serología (VDRL/RPR/prueba rápida/prueba treponémica) durante el control prenatal:

Fecha: _____ Resultado prueba/s: _____

17. ¿Se le proporciona tratamiento inmediato?: Sí No

18. ¿Qué tipo de tratamiento? especificar dosis y fecha _____

19. ¿Completó el tratamiento? Sí (fecha _____); No

Se refiere a un centro especializado por:

Alergia a penicilina _____ Para realización de prueba/s serológicas para detección de sífilis: _____

Otras razones: _____

20. Datos del (los) contacto(s):

Número de contactos: ____ Controlados: ____ Diagnosticados como sífilis: _____

Alguno de ellos padeció alguna Enfermedad de transmisión sexual en los últimos 12 meses?: Sí No Ignora

21. Utiliza algún método anticonceptivo: si ____ no ____ cual: _____

22. Controles serológicos realizados

Fecha: _____; Prueba: _____; Resultado: _____

Fecha: _____; Prueba: _____; Resultado: _____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DEL NIÑO

23. Edad gestacional al nacer _____ Peso al nacer (en gramos) _____

24. Mortinato Aborto Muerte _____ (fecha de la muerte)

DATOS CLÍNICOS DEL NIÑO

Diagnóstico clínico: Sí No

Presencia de síntomas (especificar): _____

Resultado de la serología:

Sangre periférica: No treponémica Título: _____ Fecha: _____

Sangre periférica: Treponémica Fecha: _____

LCR: No treponémica Título: _____ Fecha: _____

Examen del LCR: _____

Examen radiológico: _____

Otras observaciones

ESCALA DE GRAFFAR MODIFICADO		
(A) PROFESION DEL ENCARGADO DEL HOGAR		
Universitaria: Egresados Universitarios propietarios de empresa, ejecutivos.		1
Técnicos: Medianos comerciantes o productores, técnicos medios, peritos, artistas.		2
Empleados: Pequeños comerciantes o productores egresados de cursos cortos		3
Obreros Especializados: Chofer, pintor, agricultor, ama de casa que tenga educación primaria o incompleta.		4
Obreros No Especializados: Jornaleros, pisatarios, vendedores servicio doméstico ama de casa sin escolaridad.		5
(B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL ENCARGADO DEL HOGAR		
Universitaria: Egresados de universidades, pedagógico e instituto universitario		1
Secundaria Completa: Normalista, bachiller, técnicos medios		2
Secundaria Incompleta: 2º Año de educación media o normal		3
Alfabetas: Tener algún grado de educación primaria.		4
Analfabetas: personas que no saben ni leer ni escribir		5
(C) FUENTE DE INGRESO		
Rentas: Fortuna heredada o adquirida.		1
Ganancias : Honorarios , utilidades		2
Sueldo: Remuneración mensual empleados.		3
Salario: Remuneración semanal por tarea o destajo. Pequeños negocios		4
Donaciones: Ayudas otorgadas por organismos.		5
(D) CONDICIONES DE ALOJAMIENTO		
Óptimas Condiciones en Ambiente de Lujo: Urbanizaciones elegantes, ambientes espaciosos.		1
Óptimas Condiciones Sanitarias Sin Lujo: Urbanizaciones residenciales ambientes espaciosos.		2
Buenas Condiciones Sanitarias : Zonas residenciales, comárcales industriales, espacios reducidos		3
Deficiencia de Algunas Condiciones Sanitarias: Urbanizaciones de interés social, barrios obreros.		4
Condiciones Sanitarias Inadecuadas: Barrios marginales, viviendas rurales en malas condiciones, damnificados.		5

FORMULA ESTRATIFICACIÓN SOCIAL: Sumatoria: A + B+C+D

PONDERACIÓN	GRADO	DENOMINACIÓN
4-6	I	CLASE ALTA
7-9	II	CLASE MEDIA ALTA
10-12	III	CLASE MEDIA
13-16	IV	CLASE MEDIA BAJA
17-20	V	CLASE BAJA

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Incidencia de sífilis en embarazadas atendidas en hospital universitario “antonio patricio de alcalá” cumaná – estado sucre julio 2015 – junio 2016.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Albert Rodríguez	CVLAC	18339111
	e-mail	arrb170187@gmail.com
	e-mail	

Palabras o frases claves:

gestante, sífilis, adolescente, sífilis congénita.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias de la salud	Ginecología y Obstetricia

Resumen (abstract):

Objetivo: Determinar la incidencia de sífilis en las embarazadas que acudieron a la unidad obstétrica del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Municipio Sucre, Cumaná, Estado Sucre julio 2015 a junio 2016.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal para evaluar incidencia y factores de riesgos de sífilis en embarazadas que acudieron a la unidad obstétrica del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, (HUAPA), Cumaná, estado Sucre, julio 2015- junio del 2016.

Resultados: La edad predominante fue entre 18-21 años representando el 67,42 % (89/132), con una incidencia de 2,02%. Solo el 12,87% (17/132) de la población utilizó preservativo en sus prácticas sexuales, la enfermedad de transmisión sexual predominante fue infección por virus de papiloma humano con 15,90% (21/132), el equivalente a 12,12% (16/132) provenía del área rural mientras que 87,87% (116/132) del área urbana, 8,33% (11/132) resulto en sífilis congénita, la complicación obstétrica más frecuente fue restricción del crecimiento intrauterino en igual porcentaje, el nivel socioeconómico fue la clase media baja con 78,03% (103/132), las pacientes diagnosticadas con sífilis tenían más de 28 semanas 71,21% (94/132), el 56,81% (75/132) tuvieron más de 4 parejas sexuales, el 55,30% (73/132) no cumplió tratamiento.

Conclusión: El grupo etario predominante fue de 18-21 años, la mayoría no utilizan preservativo en la práctica sexual, provenían de clase media baja, tenían más de 4 parejas sexuales, se diagnosticaban posterior a las 25 semana y no cumplían tratamiento, la restricción del crecimiento intrauterino fue la complicación obstétrica más frecuente.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Dra. Jesmary Bastardo	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	12.632.146.
	e-mail	jesmaryb@gmail.com
	e-mail	
Dr. Wuillian Boada	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	5691611
	e-mail	
	e-mail	
Dr. Eliso Noriega	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	6.489.587.
	e-mail	norielicho07@gmail.com
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

2016	12	15
-------------	-----------	-----------

Lenguaje: **SPA** _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
(P.G-rodriguez.doc)	Application/word

Alcance:

Espacial: _____ (Opcional)

Temporal: _____ (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo: Especialista en Ginecología y Obstetricia

Nivel Asociado con el Trabajo Ginecoobstetra

Área de Estudio: Ginecología y Obstetricia

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Letido el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *Martínez*
FECHA *5/8/09* HORA *5:30*

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

Juan A. Bolanos Cunele
JUAN A. BOLANOS CUNELE
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

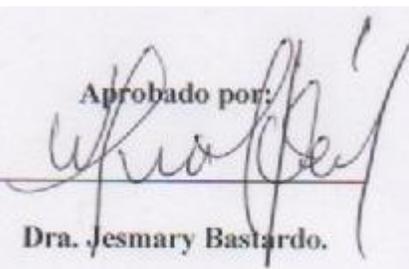
JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009): “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.



Albert Rufino Rodríguez Bracho.
Autor



Aprobado por:
Dra. Jesmary Bastardo.