

Prevalencia de la sífilis en las embarazadas que consultan en el Hospital Distrital de la Ciudad de Hernandarias

Prevalence of Syphilis in pregnant women who consult at the District Hospital of the city of Hernandarias

Sífilis oguerekóva kuña hyeguasúva ohóva ojehechauka
Hernandarias táva pegua Hospital Distrital-pe

Laura Estela Soliz Otazú

Universidad Tecnológica Intercontinental

Nota de la autora

Facultad de Ciencias de la Salud – Sede Hernandarias

laurasoliz91@gmail.com

Resumen

Se presentan los resultados de un estudio sobre la prevalencia de la Sífilis en las embarazadas que consultan en el Hospital Distrital de la ciudad de Hernandarias, en el año 2016. La investigación realizada es de tipo cuantitativo, de un nivel descriptivo y diseño no experimental. El estudio consideró a las embarazadas que consultan en el servicio de prenatal. De 500 mujeres embarazadas fueron seleccionadas, como muestra, 217. El instrumento de recolección de dato utilizado fue la lista de cotejo del carnet perinatal. La conclusión realizada sobre la investigación y respondiendo a los objetivos propuestos se constata que la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas es de 18,89 % lo cual nos indica un elevado índice, afectando a la gran mayoría de mujeres de 16 a 26 años de edad, que mantienen una relación de unión libre (concubinato) y poseen una formación académica básica y secundaria.

Palabras claves: Prevalencia de sífilis, embarazada, elevado índice de sífilis.

Abstract

The results of a study on the prevalence of syphilis in pregnant women who visit the District Hospital of the city of Hernandarias in 2016 are presented. The research carried out is quantitative, of a descriptive level and non-experimental design. The study considered pregnant women who consult in the prenatal service. From 500 pregnant women, 217 were selected as a sample. The data collection instrument used was the perinatal card checklist. The conclusion made on the investigation and responding to the proposed objectives shows that the prevalence of syphilis in pregnant women is 18.89%, which indicates a high rate, affecting the vast majority of women aged 16 to 26 years, who maintain a relationship of free union (concubinage) and have a basic and secondary academic education.

Keywords: Prevalence of syphilis, pregnant, high rate of syphilis.

Mombypykyre

Ke tembiapópe ojekuaauka sífilis oguerékóva kuña hyeguasúva ohóva ojehechauka Hernandarias táva pegua Hospital Distrital-pe, ary 2016-pe. Ko tembiapokue hína cuantitativo, oñemoha'angahaihápe ojejuhúva ha idiséño katu experimental. Oñemba'apo kuña hyeguasúva ohóva ojehechauka kuña hyeguasúva ojehechauhápe. 500 kuña hyeguasúva apytégui ojedoravo 217 oñemba'apo haña. Pojoapy oñemarandumono'õ rekávo ojeporu carnet perinatal lista de cotejo. Oñembyapu'a rekávo upe tembiapokue ha oñembohováivo ojehekava'ekue, ojejuhu 18,89 % kuña hyeguasúva oñemba'apo hague isifiliha, ha'e kóva ijyvate; umi hasyvéva hína kuña oguerékóva 16 ary guive 26 peve, oikóva amanseváda, ha ohova'ekue mbo'ehaópe primaria ha secundaria peve.

Mba'e mba'e rehepa oñe'ẽ: sífilis oguerékóva, hyeguasúva, sífilis oguerékóva ijyvate.

Fecha de recepción: 23/09/2019

Fecha de aprobación: 18/11/2019

Prevalencia de la sífilis en las embarazadas que consultan en el Hospital Distrital de la Ciudad de Hernandarias

La prevalencia es la proporción de individuos de un grupo o una población que presenta característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Es de mucha importancia la realización de esta investigación ya que esta afección representa una causa importante de morbilidad de las embarazadas y de los recién nacidos y no existe ningún registro de investigación realizado en la zona.

La sífilis es un problema reemergente de salud pública, porque afecta a la gran mayoría de las mujeres lo cual representa una prioridad para los programas de salud del ministerio de salud.

La sífilis es una enfermedad que se transmite mayormente por contacto sexual; así también existe otro mecanismo de transmisión como es la transmisión congénita, cuando se da de madre a hijo atravesando el *Treponema pallidum* la barrera trasplacentaria, y la otra vía de transmisión es la feta que puede ocurrir al momento del nacimiento a través del canal del parto, cuando hay contacto directo con alguna lesión de esa zona.

La importancia de este estudio de la sífilis congénita radica en que dicha infección produce importantes consecuencias para el producto de la concepción durante el embarazo y también luego del nacimiento.

La sífilis, principalmente la sífilis congénita, es un indicador del sistema de salud de nuestro país.

Se trata de una enfermedad que se puede prevenir, fácil de diagnosticar, pero no de implementar el tratamiento, pero esto como se trata de una infección de transmisión sexual, es más difícil porque se tiene que generar cambios en la conducta sexual.

Es por ello que la sífilis congénita representa un riesgo para la salud del producto final de un embarazo.

La importancia de esta investigación radica en poder reconocer la prevalencia de sífilis en las embarazadas que consultan en el hospital de la ciudad de Hernandarias.

En consecuencia se plantea la siguiente pregunta central: ¿Cuál es la prevalencia de sífilis en las embarazadas que consultan en el hospital distrital de

la ciudad de Hernandarias? A continuación se formulan las siguientes preguntas específicas: ¿Cuál es la franja etaria más afectada de las embarazadas por la sífilis?, ¿Cuál es el nivel de formación académica que posee la embarazada sífilis?, ¿Cuál es el estado civil de las embarazadas con sífilis?, ¿Cuál es el número de paridad que presentan las embarazadas con sífilis?

La sífilis

La distribución de la sífilis en el Paraguay es muy amplia, prevalece en el grupo de personas jóvenes, sexualmente activas, y preferentemente urbanas. Según estudios del 2012, la prevalencia en el Paraguay es de 4%. Según Regiones Sanitarias, Alto Paraná es la de mayor prevalencia (6 %), seguido de Amambay (4,3 %), Asunción (3,5 %), Itapúa (3 %). Estudios realizados en el 2014 entre trabajadoras sexuales, muestran una prevalencia de 9 % y en la población transexual fue de 23 % (MSP y BS, 2015).

La iniciación precoz de las relaciones sexuales entre los adolescentes, los casos de abusos sexuales y el incremento de la drogadicción y el sida hace todavía que la sífilis sea considerada una enfermedad de transmisión sexual de interés clínico sanitario. Las embarazadas jóvenes con circunstancias socioeconómicas y culturales más desfavorecidas, mujeres con un comportamiento sexual promiscuo constituyen la población con mayor riesgo de padecer esta infección.

La sífilis es una infección crónica producida por una espiroqueta que origina lesiones intersticiales en diferentes órganos internos. Una vez que se ha producido el contagio del treponema llega en pocas horas hasta los ganglios linfáticos regionales, desde donde se produce la invasión hematógena y la generalización de la infección (González y Armas, 2007).

La mayoría de los agentes patógenos que producen las enfermedades de transmisión sexual vive dentro del organismo humano, tal es el caso del *Treponema Pallidum*.

La sífilis se clasifica en adquirida y congénita, también en reciente y tardía. La sífilis adquirida reciente se presenta en el primer año después del contagio y tiene lesiones con abundantes treponemas; en cuanto a la tardía, surgen lesiones después de un año de la infección y estas son prácticamente nulas en bacterias. Entre esos dos estadios pueden ocurrir períodos sin manifestaciones clínicas que se denominan sífilis latente, y ocurren con menos o más de un año de evolución de la enfermedad, se clasifican en latentes tempranas o tardías. La sífilis congénita se clasifica en recientes y tardías,

dependiendo de los signos y síntomas, surgen antes o después del segundo año de vida (Leal y Pelligrini, 2009, p. 1015).

Patogenia de la sífilis adquirida

La sífilis es una infección bacteriana que casi siempre se disemina a través del contacto sexual, el desarrollo de la enfermedad se da cuando ingresa al organismo el agente causal que desencadena la enfermedad.

El agente causal de la sífilis, *Treponema Pallidum*, penetra con facilidad a través de mucosas intactas o por abrasiones de la piel, y en pocas horas se disemina a los linfáticos y la sangre, y puede producir una bacteriemia con focos metastásicos a distancia antes de que surja la lesión primaria; por tanto, la sangre de un paciente, aun en el periodo de incubación, ya es contagiosa. Dicho periodo es directamente proporcional al tamaño del inoculo, varía de 3 a 90 días, con un promedio de 21 días. El *Treponema pallidum* se divide cada 30 a 33 horas. La concentración de *Treponemas* suele alcanzar 10 por gramos de tejidos antes de que aparezca la lesión clínica (González, Torales, y Gómez, 2011, p. 340).

La sífilis congénita

La sífilis congénita es la infección causada por el *Treponema pallidum* que se adquiere por vía transplacentaria, como consecuencia de la falta de tratamiento materno de la enfermedad.

Por ende se considera sífilis congénita a: Hijos de madres con evidencias serológicas de sífilis, aborto o mortinato cuya madre tiene evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o con prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que:

No haya sido tratada o haya sido tratada con eritromicina.

Haya sido tratada inadecuadamente.

Haya culminado tratamiento en el último mes de embarazo independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio en el niño/a.

Todo niño/a con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor (equivalente a un cambio de dos diluciones; ejemplo: mujer 1/4; niño 1/16) que los títulos de la madre realizado en el momento del parto.

Todo niño/a que presenta prueba no treponémica positiva y algunas de las siguientes condiciones:

Manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita al examen físico.

Evidencia de cambio en la serología, VDRL anteriormente negativa que se hace positiva o elevación de título de VDRL en relación a títulos anteriores.

Evidencia radiográfica de sífilis congénita.

Todo niño/a con menos de 13 años de edad, con las siguientes evidencias clínicas y/o serológicas:

VDRL reactiva después del sexto mes de vida, excepto en situaciones de seguimiento posterapéutico.

Test treponémicos reactivos después de los 18 meses de edad.

Títulos de VDRL/RPR mayores en 4 Títulos (dos diluciones) a los de la madre (MSP y BS, 2011, p. 220).

Al respecto de la trasmisión transplacentaria (González, Torales, y Gómez, 2011, p. 344) manifiesta que por esta vía la trasmisión es más alta del 60 al 90 % en sífilis primaria o secundaria no tratada, disminuye a 40 % en sífilis latente temprana y menos de 10% en sífilis latente tardía.

El resultado de tal infección puede acabar en muerte fetal en más de 40 % de quienes no fueron tratadas, óbito en 75% o aborto, y muerte neonatal en 25 %, o bien, en parto de producto inmaduro prematuro o de término, pero que fallece a las pocas horas o vive, pero con manifestaciones floridas de la enfermedad.

La frecuencia de infección fetal es mayor cuando la sífilis tiene menos de dos años de duración y es menor en la madre con sífilis latente, en particular si el embarazo anterior terminó en parto de niño normal.

El *Treponema pallidum* afecta al producto en cualquier periodo de gestación, y las manifestaciones clínicas están relacionadas con el momento de la infección materna, si fue anterior o durante el embarazo, grado de inmunidad adquirida por la gestante, así como la cantidad y virulencia de los treponemas y el momento de transición de la infección al feto.

Pueden estar ausentes las manifestaciones clínicas al momento del nacimiento, o en los siguientes días, meses o años después del parto.

El *Treponema pallidum* lesiona en primer lugar la placenta, ocasionando una placentomegalia. En el feto, agrede sobre todo al hígado,

diseminándose enseguida en la piel, mucosas, huesos, pulmones y sistema nervioso central. La sífilis adquirida materna no tratada también puede infectar al feto, pero con una frecuencia mucho menor.

Manifestaciones clínicas de sífilis congénita reciente y sífilis congénita tardía

Puede ser la causa de abortos, parto de pretérmino, muerte neonatal, infección neonatal e infección latente. Sífilis congénita temprana: las manifestaciones clínicas aparecen en los dos primeros años de vida.

Sífilis congénita reciente. La hepatomegalia ocurre en la mayor parte de los casos como anemia, ictericia, purpura, hidropesía, derrame cavitario y maceración cutánea, se observan en los casos con mayor virulencia y sepsis. Se observan más las lesiones cutáneo-mucosas, óseas y viscerales (González, Torales y Gómez, 2011).

Sífilis congénita tardía. Ocurre cuando la penetración de las treponemas acontece en los últimos meses los tres de la gestación, y éstos son pocos virulentos. Son más evidentes en la clínica a partir del tercer año de vida. El hallazgo clínico característico de esta fase es la triada de Hutchinson, que comprende la queratitis parenquimatosa, la sordera laberíntica y los dientes de Hutchinson. Las lesiones de córnea, huesos y del sistema nervioso son las más importantes y algunas estigmatizantes (Leal y Pelligrini, 2009).

Sífilis en embarazada

Para la detección de la sífilis toda mujer embarazada debe realizarse análisis serológicos para sífilis:

En la primera consulta prenatal (primer trimestre).

Entre las 28 – 32 semanas: segundo control serológico.

En el momento del parto: tercer control serológico.

Eventualmente cuando sea atendida por aborto o mortinato (Rodríguez y Plata, 2013).

Influencia del estado de gravidez sobre la sífilis

El curso del periodo primario no se modifica durante la primera mitad del embarazo.

Si la infección se efectúa en la segunda mitad del embarazo, el chancro suele persistir hasta el término y el período secundario se presenta en forma temprana.

Las manifestaciones de este periodo comienzan a aparecer generalmente a los dos meses de inoculada la madre. La sífilis papulosas y pigmentarias, así como otras manifestaciones cutáneas (roséola) suelen mostrar ya desde la primera mitad del embarazo un tinte oscuro, debido a la pigmentación gravídica, pero es durante la segunda mitad cuando estas lesiones cutaneomucosas (condilomas planos), especialmente las de la zona vulvoperineal, se vuelven exuberantes. Son indoloras, no pruriginosas y muy contagiosas (Schwarcz, Fescina, y Duverges, 2014).

Influencia de la sífilis sobre la gravidez

La tasa de transmisión vertical de la sífilis en mujeres no tratadas es de 70% a 100% en las fases primaria y secundaria, reduciéndose al 30 % en las fases latente y terciaria.

Las lesiones fetales dependen del número de treponemas que pasan la barrera placentaria, lo que deriva a su vez, en parte, de la cantidad de espiroquetas circulantes de la madre, que es mayor cuanto más próxima es la fecha de infección.

En efecto, si bien ya a las 24 horas de contaminada se produce la diseminación sanguínea y linfática, ésta aumenta al establecerse a las tres semanas el chancro de inoculación y la adenopatía satélite.

En el embarazo. Cuando una gestante adquiere sífilis durante el embarazo puede ocurrir: aborto espontáneo, muerte fetal, parto inmaduro, prematuro.

En el feto. La sífilis fetal es decapitada porque no presenta puerta de entrada ni defensa ganglionares. Si el feto muere in útero, generalmente queda retenido cierto tiempo hasta ser expulsado en estado de maceración, exhibe una hepatomegalia. Puede ocurrir muerte perinatal en un 40% de los casos.

En los anexos ovulares. La placenta sífilítica suele tener mayor tamaño y peso que lo normal. De consistencia blanda y friable y coloración pálida, muestra el aspecto de una masa encefaloide.

En el niño luético. El riesgo de transmisión materno-infantil parece ser mayor cuando la madre es tratada en el último trimestre de gestación comparado con el existente cuando el tratamiento se efectúa en el primer

trimestre. El recién nacido puede ser asintomático o presentar síntomas de sífilis congénita (Schwarcz, Fescina, y Duverges, 2014).

Cuando la sífilis es diagnosticada en la etapa de la gestación requiere mayor importancia por la magnitud de los problemas que puede acarrear, al atravesar la barrera transplacentaria ocasionando serios problemas al feto pudiendo producirse nacimientos prematuros, anomalías congénitas incluso la muerte del neonato o que el neonato desarrolle la misma enfermedad.

Diagnóstico de la sífilis en embarazada

Se debe considerar que la embarazada tiene sífilis con cualquiera de los siguientes criterios:

Test rápido para sífilis reactiva (+), en cualquier consulta, si la embarazada tiene un examen previo No Reactiva, o no tiene ningún examen previo.

VDRL Reactiva en cualquier consulta, a partir de 1:1 (considerado reactivo), si el título del test de VDRL actual es mayor en dos o más diluciones que el último test de VDRL realizado, haya o no recibido tratamiento.

VDRL Reactiva en cualquier consulta, a partir de 1:1, cuando no se pueda comprobar el tratamiento o sea considerado un tratamiento inadecuado, independientemente del título del presente test.

Diagnóstico de sífilis en niño

Evaluación del niño con sífilis congénita:

Examen físico (crecimiento abdominal, hepatomegalia, catarro nasal, ganglios, lesiones en las mucosas, descamación de la piel de manos y pies, edemas).

Pruebas no treponémicas cuantitativas (VDRL).

Prueba treponémica (FTA abs IgM) en una muestra de suero del recién nacido o lactante.

VDRL, análisis celular y concentración de proteínas en LCR.

Radiografía de huesos largos: las alteraciones óseas indicativas de compromiso de metáfisis y diáfisis de huesos largos son encontradas en 75 a 100% de los niños/as que se presentan con evidencias clínicas.

Hemograma completo con recuento de plaquetas.

Radiografía de tórax y prueba de función hepática y renal

Test serológicos

Las pruebas no-treponémicas (VDRL) son utilizadas para tamizaje de las embarazadas, teniendo en cuenta su elevada sensibilidad (VDRL: 78 a 100%) y usualmente se correlacionan con la actividad de la enfermedad y los resultados deben reportarse cuantitativamente.

Los resultados falsos (+) posibles pueden ser explicados por la ocurrencia de reacciones cruzadas con otras infecciones treponémicas u otras enfermedades como lupus, artritis reumatoidea, lepra, entre otras.

Los resultados falsos (-) pueden deberse al exceso de anticuerpos, fenómeno conocido como efecto prozona (1 a 2% de ocurrencia).

Se indica la comparación de los títulos del RN (Recién Nacido) con los títulos de la madre, preferentemente con un mismo tipo de test y en un mismo laboratorio.

De manera general, los títulos de anticuerpos de los test no treponémicos comienzan a declinar a partir de los 3 meses de vida, negativizándose a los seis meses de vida.

Después de los 6 meses, todo niño con serología reactiva debe ser investigado, excepto en aquellas situaciones en que el niño se encuentra en seguimiento.

Por otro lado, la negatividad serológica del recién nacido no excluye la infección, especialmente cuando la infección materna se produjo en el periodo próximo al parto. De esta manera, en los casos de sospecha epidemiológica, en el recién nacido no reactivo, los test serológicos deben ser repetidos después del tercer mes de vida por la posibilidad de reactivación tardía.

El diagnóstico definitivo de sífilis congénita en los niños menores de 6 meses es establecido por medio de la evaluación de la historia clínico-epidemiológica de la madre (incluyendo evaluación del tratamiento) y de los exámenes complementarios. Las pruebas treponémicas son utilizadas para la confirmación de la infección por el *Treponema pallidum*, permitiendo la exclusión de los resultados falsos positivos de los test no treponémicos, pero en los recién nacidos la búsqueda de IgM en el suero, puede dar resultados falsos (+) en un 10% y falsos (-) en un 20 a 40%.

Test en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR)

El diagnóstico de Neurosífilis debe basarse en la combinación de varias pruebas: anomalías del LCR (celularidad y proteinorraquia) o la prueba de VDRL positiva en LCR con o sin manifestaciones clínicas.

El número de leucocitos en LCR está usualmente aumentado en pacientes con Neurosífilis: en adultos > 5 células/mm³, en recién nacidos > 30 células/mm³ (MSP Y BS, 2011).

Tratamiento específico para la sífilis

- Sífilis primaria: Penicilina G Benzatínica 2,4 millones de unidades intramuscular, dosis única.
- Sífilis de cualquier estadio: Penicilina G Benzatínica 2,4 millones de unidades intramuscular, en 3 dosis, administrados con intervalo de 1 semana cada una (3 semanas de tratamiento).
- Neurosífilis: Penicilina G Cristalina Acuosa: para adultos: 24 millones de Unidades/día, administrados cada 4 horas endovenoso o por infusión continua por 10 a 14 días.; para niños: Bencil penicilina acuosa: 50.000 UI por dosis intravenosa cada 4 h por 10 a 14 días.
- Sífilis congénita: Bencil penicilina acuosa: 50.000 UI por dosis intravenosa cada 12 horas los primeros 7 días de vida y luego cada 8 h hasta completar 10 a 14 días.

Tratamiento para pacientes alérgicos a la penicilina: se debe realizar la desensibilización en centros de referencia. Una alternativa es, excepto en embarazadas: eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 14 días, o 100 mg doxiciclina vía oral dos veces al día durante 14 días, o 500 mg de tetraciclina por vía oral cuatro veces al día durante 14 días. En embarazadas el tratamiento vía oral conduce a fracaso terapéutico en la prevención de la sífilis congénita (MSP y BS, 2015).

Los graves problemas asociados a la sífilis durante el embarazo se podrían minimizarse empleándose un tamizaje durante el control prenatal, para ofrecer un tratamiento precoz y oportuno con antibióticos a las embarazadas a fin de reducir las complicaciones posteriores que pueda sufrir el neonato y reducir las secuelas que puede ocasionar.

El factor más importante del tratamiento es realizarlo en forma temprana para disminuir el riesgo de infección congénita.

Condiciones de vida

Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud menciona que, Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población. Según el carácter de esos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta variarán para cada grupo, haciéndoles más o menos vulnerables a la enfermedad (OMS, 2008).

Al respecto los autores (Wilkinson y Marmot, 2003) mencionan que en todas las sociedades se da “el hecho de que a medida que descendemos por la escala social, se va acortando la esperanza de vida y se vuelven más comunes la mayoría de las enfermedades. Las políticas de salud deben hacer frente a los determinantes sociales y económicos de la salud”.

Método

El tipo de investigación realizado es de tipo cuantitativo y descriptivo ya que se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento. El diseño de la investigación corresponde al no experimental, ya que no manipula deliberadamente variables. La unidad de análisis corresponde a las mujeres embarazadas de Hernandarias, provenientes de distintas zonas urbanas y rurales.

La población estudiada corresponde a 500 embarazadas, de los cuales se toma como muestra 217 embarazadas, utilizando la fórmula para el cálculo muestral para poblaciones finitas.

Se utilizó este instrumento que contiene un módulo diseñado para este tipo de cálculos.

El instrumento de recolección de datos es el Carné perinatal, lo cual fue utilizado como fuente de datos, registros obrantes en el Departamento de Bioestadística del Hospital Distrital de Hernandarias.

El estudio procura conocer la prevalencia de sífilis en embarazadas, para lo cual se hizo la revisión de la fuente de información, que puede presentar algunas dificultades ya que es posible que no estén completas y esto a su vez puede generar sesgos.

Otra limitación que puede estar vinculada al estudio son los procedimientos diagnósticos de sífilis, ya que las pruebas serológicas en general no tienen una sensibilidad y una especificidad del 100%, lo cual puede generar sesgos de información.

El análisis efectuado de los resultados se realizó con la aplicación de la estadística descriptiva para las variables tomadas individualmente a través de la distribución de frecuencias representadas luego en una tabla.

Resultados

Procedencia

La gran parte de la población que acude al Hospital Distrital de Hernandarias corresponde a la zona urbana ya que la zona rural se encuentra distante del servicio de salud.

Y en la gran mayoría de estas localidades se encuentra una Unidad de Salud Familiar, lo que hace posible que las usuarias lleguen primero hasta ese servicio que presta atención primaria en su comunidad y luego acuden hasta el hospital.

Tabla 1. *Procedencia*

Procedencia			
Categorías	f	Fa	%
Urbano	119	119	55%
Rural	84	203	39%
Fuera de zona	14	217	6%
Total	217		100%

La gran parte de la población que acude al Hospital Distrital de Hernandarias corresponde a la zona urbana ya que la zona rural se encuentra distante del servicio de salud. Y en la gran mayoría de estas localidades se encuentra una Unidad de Salud Familiar, lo que hace posible que las usuarias lleguen primero hasta ese servicio que presta atención primaria en su comunidad y luego acuden hasta el hospital.

Tabla 2. Edad

Edad			
Categorías	f	Fa	%
10 a 15 años	13	13	6%
16 a 20 años	66	79	30%
21 a 25 años	98	177	45%
26 a 30 años	15	192	7%
31 a 35 años	22	214	10%
36 a 40 años	3	217	1%
Total	217		100%

En este caso se observa que en el 75 % de la población gestante corresponde a la franja etaria de los adultos jóvenes, coincidiendo probablemente con las edades de actividad sexual.

Tabla 3. Estudios cursados

Estudios cursados			
Categorías	f	Fa	%
Ninguno	37	37	17%
Primaria	89	126	41%
Secundaria	68	194	31%
Universitaria	23	217	11%
Total	217		100%

En cuanto a la formación la gran mayoría de las mujeres gestantes predomina el nivel primario y secundario, lo cual se puede relacionar el autocuidado en salud con el nivel de educación de la población.

Tabla 4. Estado civil

Estado civil			
Categorías	f	Fa	%
Unión libre (Concubinato)	114	114	53%
Soltera	53	167	24%
Casada	35	202	16%
Otro	15	217	7%
Total	217		100%

En este aspecto cabe destacar que en su gran mayoría las mujeres gestantes mantienen un estado civil de unión estable (Concubinato), actualmente se debe destacar que las enfermedades de transmisión sexual ya no afectan a personas con hábitos sexuales de riesgo, como se puede observar esto se da en parejas estables, por lo que es de suma importancia realizar las pruebas de detección de sífilis en todas las embarazadas para prevenir complicaciones posteriores y de esa manera evitar la sífilis congénita.

Tabla 5. Adicción a droga

Adicción a droga			
Categorías	f	Fa	%
Si	8	8	1%
No	209	217	99%
Total	217		100%

En cuanto a la adicción a drogas, una minoría de las gestantes ha dejado constancia de que son usuarias de algunas sustancias ilícitas, y es esta la población que se ve mayormente afectada en el contagio de la sífilis, por la susceptibilidad de mantener relaciones sexuales con diferentes personas.

Tabla 6. Antecedentes obstétricos, gesta previa

Antecedentes obstétricos / Gesta previa			
Categorías	f	Fa	%
Si	119	119	55%
No	98	217	45%
Total	217		100%

La gran mayoría de las gestantes ya tuvieron un embarazo previo, lo que significaría que en algún momento de la gestación anterior se han realizado la prueba para la detección de la sífilis, aunque este dato no se ha podido constatar en los registros del carné perinatal.

Tabla 7. *Antecedentes obstétricos, aborto*

Antecedentes obstétricos / Aborto			
Categorías	f	Fa	%
Si	26	26	12%
No	191	217	88%
Total	217		100%

En relación a este punto es muy importante resaltar que en los registros no se mencionan las posibles causas de los abortos ya que uno de los causantes podría ser la sífilis no diagnosticada ni tratada a tiempo.

Tabla 8. *Partos vaginales*

Partos vaginales			
Categorías	f	Fa	%
Si	125	125	58%
No	92	217	42%
Total	217		100%

En este aspecto es importante mencionar que una gran cantidad de mujeres dieron a luz por parto vaginal, es necesario mencionar que también la transmisión de esta infección puede ocurrir durante el parto si la gestante no ha recibido ningún tratamiento.

Tabla 9. *Mes de gestación*

Mes de gestación			
Categorías	f	Fa	%
1 a 16 semanas	43	43	20%
17 a 32 semanas	78	121	36%
33 a 42 semanas	96	217	44%
Total	217		100%

Es importante mencionar que las consultas en las primeras semanas de gestación son la más importante para determinar los tratamientos oportunos para la salud de la madre si fuese necesario, y de esa manera evitar que afecte al feto, analizando los resultados se observa que una minoría de las gestantes son las que acuden en el primer trimestre del embarazo para realizarse los controles pertinentes, mientras un gran porcentaje acuden ya casi en las últimas semanas de gestación cuando ya no es posible revertir las consecuencias de las patologías que pueden afectar al ser que va a nacer.

VDRL/RPR menor a 20 semanas

La importancia de realizarse el estudio para sífilis - prueba rápida, sirve para establecer un diagnóstico precoz y oportuno para posibilitar las acciones de prevención y de detectar los factores de riesgos a tiempo.

Cabe resaltar en este aspecto que la gran mayoría de las gestantes no se hicieron las pruebas rápidas indicada en los controles prenatales, esto hace que el riesgo de desarrollarse la enfermedad en el feto sea mayor y pone en riesgo el curso normal del embarazo.

En cuanto a la prevalencia de positividad es de **8,29%** de la población estudiada del grupo de gestantes de 20 semanas de gestación, que corresponde a la faja etárea de 16 a 25 años.

VDRL/RPR menor a 20 semanas			
Categorías	f	Fa	%
Positivo	18	18	8%
Negativo	78	96	36%
No se realizó	121	217	56%
Total	217		100%

VDRL/RPR mayor a 20 semanas

La prevalencia de sífilis en este grupo de gestantes es de 10,60 %, esto nos indica que una gran cantidad de mujeres son portadoras de esta enfermedad que se encuentra dentro del grupo de la faja etárea de 16 a 25 años.

Utilizando el cálculo de prevalencia sumado los dos grupos de se puede apreciar el valor real de la prevalencia de sífilis en embarazadas.

Nivel de confianza % :	95%
Tamaño de población :	500
Tamaño de la muestra :	217
Enfermos en la muestra :	41

Resultados

La prevalencia real en la población se encuentra entre 14.98% y 22.81%.

Prevalencia real: 18.89% (14.98%,22.81%)

VDRL/RPR mayor a 20 semanas			
Categorías	F	Fa	%
Positivo	23	23	11%
Negativo	103	126	47%
No se realizo	91	217	42%
Total	217		100%

Comentarios

A pesar de que la sífilis viene siendo un problema para la salud pública, aun existiendo programas para el control de dicha enfermedad, hace visible las falencias de orden estructural y técnico que los servicios de salud atraviesan y que no logran corregir para subsanar este punto a pesar de brindar los controles prenatales, de contar con las tiras reactivas para realizar la prueba rápida a las embarazadas.

El tamizaje está indicado por ley, aunque su incumplimiento se denota en una cantidad de gestantes que no accedieron a dicha prueba por acudir en forma irregular al control prenatal o por que los profesionales encargados de atenderlos no lo han solicitados.

A esto también cabe agregar las deficiencias en el llenado del carnet perinatal, el incompleto de las historias clínicas, el desconocimiento por parte de los profesionales de la salud de los protocolos de atención, las barreras de accesos al control prenatal para las usuarias impiden llevar a cabo un buen seguimiento del caso.

Las consecuencias de no realizar la detección precoz de la sífilis en las embarazadas no tendrían valor si el caso a detectar no fuera una situación especial.

Sin embargo la prevalencia de la sífilis en las mujeres embarazadas revelo números alarmantes de 18,89 %, muy por encima de las cifras mundiales, y la franja etárea más afectada corresponde al grupo de 16 a 25 años donde se encuentran las mujeres afectadas por esta enfermedad.

El nivel de formación académica que poseen las embarazadas la gran mayoría ha concluido la primaria y la secundaria.

En relación al estado civil de las embarazadas el 53 % de la población mantienen una relación estable de concubinato.

En cuanto al número de paridad que presentan las embarazadas 55 % de ellas ya han tenido una gesta previa a la actual.

Las mujeres embarazadas deben hacerse pruebas de detección de sífilis regularmente porque la infección puede causar graves problemas en el bebé.

Para la reducción de la sífilis en la gestación y de la sífilis congénita, es fundamental que los profesionales de salud y la comunidad se conciencien sobre la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento eficaz de la mujer y de su compañero.

Referencias

- González González, N. L., y Armas Ramas, H. (2007). *Enfermedades infecciosas y embarazo II*. Madrid. España: Médica Panamericana.
- González Saldaña, N., Torales Torales, A. N., y Gómez Barreto, D. (2011). *Infectología Clínica Pediátrica*. México, D. F.: Mc Graw Hill.
- Leal Passos, M. R., y Pellegrini Nahn Junior, E. (2009). *Diagnóstico y Tratamiento en Infectología y Parasitología*. México D.F.: Manual Moderno.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2015). *Guía Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. Asunción. Paraguay: MSPYBS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2011). *Manual de Atención Neonatal*. Asunción. Paraguay: OPS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2011). *Manual de Atención Neonatal*. Asunción. Paraguay: OPS.
- Naranjo, P. (1999). *Sífilis: otra enfermedad que nos llegó de Europa*. Quito. Ecuador: Corporación Editora Nacional - UASB-E.
- Organización Mundial de la Salud. 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. pdf
- Rodríguez Rozalén, M. A., y Plata Quintanilla, R. M. (2013). *Enfermería obstétrica*. Uruguay: BarcelBaires Ediciones S.A.
- Schwarcz, R., Fescina, R., y Duverges, C. (2014). *Obstetricia*. Buenos Aires. Argentina : Editorial El Ateneo.
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. España. OMS.