

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“Asociación entre las características de comportamiento de riesgo
y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de
Salud de Panao de Huánuco, 2024”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Artica Villar, Yuth Mery

ASESORA: Fernández Saromo, Raquel

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANCAYO
<http://www.udh.edu.pe>

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Ciencias de la salud

Disciplina: Salud pública y salud ambiental

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DE LA AUTORA:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 45141550

DATOS DE LA ASESORA:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 23100042

Grado/Título: Maestra en ciencias de la salud, con
mención en salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000-0003-3442-5114

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Argandoña Salazar, Leonor Julia	Doctor en ciencias de la salud	22404394	0000-4682-776X
2	Olarte Chávez, Jenny Jannet	Maestro en salud pública y gestión sanitaria	22487693	0000-0002-2962-5157
3	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **quince horas con treinta minutos** de la fecha **cuatro** del mes de **diciembre** del año **dos mil veinticinco**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| • Dra. Leonor Julia Argandoña Salazar | Presidente |
| • Mg. Jenny Jannet Olarte Chavez | Secretaria |
| • Dra. Juana Irma Palacios Zevallos | Vocal |


Nombrados mediante **RESOLUCION N° 4902 - 2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **"ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMIENTO DE RIESGO Y LA PREVALENCIA DE SÍFILIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANA O DE HUÁNUCO, 2024"**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la Sra. Yuth Mery ARTICA VILLAR, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.


Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de DIECISEIS.

Siendo las, 16.45 horas del día **cuatro** del mes de **diciembre** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


DRA. LEONOR JULIA ARGANDOÑA SALAZAR
DNI: 22404394
CODIGO ORCID: 0000-0003-4682-776X


MG. JENNY JANNET OLARTE CHAVEZ
DNI: 22427693
CODIGO ORCID: 0000-0002-2962-5157


DRA. JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS
DNI: 22418566
CODIGO ORCID: 0000-0003-4163-8740



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: YUTH MERY ARTICA VILLAR, de la investigación titulada "ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMIENTO DE RIESGO Y LA PREVALENCIA DE SÍFILIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANAÑO DE HUÁNUCO - 2024", con asesor(a) RAQUEL FERNÁNDEZ SAROMO, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 2943-2025-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 15 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 10 de noviembre de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

1. Ártica Villar, Yuth Mery.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unsaac.edu.pe

Fuente de Internet

2%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

3

repositorio.unica.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.upao.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.unjbg.edu.pe

Fuente de Internet

1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO

D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA

D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A la memoria y el espíritu de quienes me inspiraron a no desistir, especialmente a mi madrecita Rosa Villar Murcia, por el amor incondicional, la educación forjada con sacrificio y la fe inquebrantable en mis capacidades.

A mi hijita Hiyori Alisson Presentación Artica, por ser mi mayor motivación, mi fuerza diaria y el motor que impulsa cada uno de mis esfuerzos. Gracias por inspirarme a perseverar, a soñar en grande y a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles. Todo lo que hago, lo hago pensando en ti y en el futuro que deseo construir a tu lado.

A mi hermano, por ser mi soporte inamovible y mi primer equipo. Y, de manera especial, a las gestantes del Centro de Salud Panao, cuya realidad epidemiológica motivó la búsqueda de soluciones y la razón de ser de este estudio. Su salud y bienestar son la recompensa más significativa de este esfuerzo.

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento se dirige, en primer lugar, a Dios, por la vida, la fortaleza y la sabiduría concedida para culminar esta etapa profesional.

A mi alma máter, la Universidad de Huánuco, y a la Facultad de Obstetricia, por ser la casa del conocimiento que brindó las herramientas y el rigor científico necesarios para este logro.

A mi asesora de tesis, por su guía invaluable, su paciencia crítica y su compromiso inquebrantable que transformó la incertidumbre en claridad metodológica. Su dirección fue esencial para la solidez de esta investigación.

Al Centro de Salud Panao, Huánuco, a la Dirección y al personal de Obstetricia, por facilitar el acceso a la data y permitir que la realidad de su servicio se convirtiera en el objeto de análisis para la mejora continua.

También, a mis amigos y colegas que acompañaron con su apoyo moral y comprensión cada jornada de trabajo. Este logro es la suma de muchas voluntades.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	XIII
CAPÍTULO I	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICO	17
1.3. OBJETIVOS	17
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	17
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	18
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	18
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	19
1.4.4. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA	19
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL.....	21
2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL	25
2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL	28
2.2. BASES TEÓRICAS	28
2.2.1. LA SÍFILIS	28

2.2.2. CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMIENTO DE RIESGO ASOCIADAS A LA SÍFILIS EN GESTANTES	30
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	37
2.4. HIPÓTESIS	38
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	38
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	39
2.5. VARIABLES.....	40
2.5.1. VARIABLE DE ASOCIACIÓN	40
2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN	40
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	41
CAPÍTULO III	45
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.2. ENFOQUE	45
3.3. ALCANCE O NIVEL.....	45
3.4. DISEÑO.....	46
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	46
3.5.1. POBLACIÓN	46
3.5.2. MUESTRA.....	47
3.5.3. MUESTREO	48
3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
3.6.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.6.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
3.6.3. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	49
3.6.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
3.6.5. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS.....	52
3.7. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	52
3.7.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	52
3.7.2. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	53
3.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	53
CAPÍTULO IV.....	54
RESULTADOS.....	54
4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	54

4.1.1. PREVALENCIA DE SÍFILIS	54
4.1.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	55
4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL.....	61
4.2.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SÍFILIS.....	61
4.2.1. CARACTERÍSTICAS DE ALTO RIESGO Y DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS	68
4.2.2. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS Y DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS	75
4.2.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	81
CAPÍTULO V.....	82
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	82
CONCLUSIÓN	85
RECOMENDACIONES.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024	54
Tabla 2. Características demográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024.....	55
Tabla 3. Características consideradas alto riesgo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024.....	57
Tabla 4. Características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024	59
Tabla 5. Relación entre la edad y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024	61
Tabla 6. Relación entre la raza y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	62
Tabla 7. Relación entre el nivel de instrucción y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	63
Tabla 8. Relación entre religión y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024	64
Tabla 9. Relación entre ocupación y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024	65
Tabla 10. Relación entre estado civil y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024	66
Tabla 11. Relación entre ingresos económicos y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	67
Tabla 12. Asociación entre consumo de sustancias y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	68
Tabla 13. Asociación entre antecedente de ETS y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	69
Tabla 14. Asociación entre antecedente de sífilis y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	70
Tabla 15. Asociación entre antecedente de aborto y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	71

Tabla 16. Asociación entre VIH y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024	72
Tabla 17. Asociación entre orientación sexual y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	73
Tabla 18. Asociación entre consumo de tabaco y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	74
Tabla 19. Relación entre parejas sexuales y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	75
Tabla 20. Relación entre paridad y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024	76
Tabla 21. Relación entre edad de inicio de relaciones coitales y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	77
Tabla 22. Relación entre atención prenatal y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	78
Tabla 23. Relación entre tipo de diagnóstico y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	79
Tabla 24. Relación entre tipo de tratamiento y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024	54
Figura 2. Relación entre la edad y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024	61
Figura 3. Relación entre la raza y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024	62
Figura 4. Relación entre el nivel de instrucción y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	63
Figura 5. Relación entre religión y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024	64
Figura 6. Relación entre ocupación y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024	65
Figura 7. Relación entre estado civil y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024	66
Figura 8. Relación entre ingresos económicos y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	67
Figura 9. Asociación entre consumo de sustancias y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	68
Figura 10. Asociación entre antecedente de ETS y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	69
Figura 11. Asociación entre antecedente de sífilis y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	70
Figura 12. Asociación entre antecedente de aborto y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	71
Figura 13. Asociación entre VIH y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024	72
Figura 14. Asociación entre orientación sexual y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	73
Figura 15. Asociación entre consumo de tabaco y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024.....	74

Figura 16. Relación entre parejas sexuales y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	75
Figura 17. Relación entre paridad y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024	76
Figura 18. Relación entre edad de inicio de relaciones coitales y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	77
Figura 19. Relación entre atención prenatal y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	78
Figura 20. Relación entre tipo de diagnóstico y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	79
Figura 21. Relación entre tipo de tratamiento y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024.....	80

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, durante el año 2024. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal-analítico, con enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 80 gestantes seleccionadas mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. Se utilizó una ficha de recolección de datos como instrumento. **Resultados:** Se identificaron 78 casos continuadores y 2 casos nuevos de sífilis, lo que representa una prevalencia del 97,5%, evidenciando un problema de alta magnitud epidemiológica. El análisis bivariado demostró asociación significativa en dos dimensiones. En la dimensión demográfica, la edad se asoció significativamente con la prevalencia ($p=0,022$), concentrándose los casos en gestantes jóvenes. En la dimensión obstétrica, la atención prenatal (APN) ($p=0,012$) y el tipo de tratamiento ($p=0,002$) mostraron relación significativa, confirmando la influencia del seguimiento clínico. La dimensión de comportamiento de alto riesgo presentó asociación únicamente con el antecedente de sífilis congénita ($p=0,001$). **Conclusiones:** Existe relación estadísticamente significativa entre las características de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes, confirmando la hipótesis general. Los resultados evidencian que la sífilis gestacional en Pano está determinada principalmente por la edad materna y la oportunidad de la atención prenatal, más que por los comportamientos de riesgo tradicionales, lo que subraya la necesidad de fortalecer la cobertura y calidad del control prenatal.

Palabras clave: Factores de riesgo; sífilis; embarazo; atención prenatal; prevalencia.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between risk behavior characteristics and the prevalence of syphilis in pregnant women attended at the Pano Health Center, Huánuco, during 2024. **Materials and Methods:** An observational, retrospective, cross-sectional analytical study with a quantitative approach, correlational level, and non-experimental design was conducted. The sample consisted of 80 pregnant women selected through simple random probabilistic sampling. A structured data collection form was used as the instrument. **Results:** A total of 78 continuing cases and 2 new cases of syphilis were identified, representing a prevalence of 97.5%, indicating a problem of considerable epidemiological magnitude. The bivariate analysis revealed significant associations in two dimensions. In the demographic dimension, age was significantly associated with prevalence ($p=0.022$), with the highest concentration among younger women. In the obstetric dimension, prenatal care (APN) ($p=0.012$) and type of treatment ($p=0.002$) showed significant associations, confirming the influence of clinical follow-up. The high-risk behavior dimension revealed association only with a history of congenital syphilis ($p=0.001$). **Conclusions:** There is a statistically significant relationship between risk characteristics and the prevalence of syphilis in pregnant women, supporting the general hypothesis. The findings indicate that gestational syphilis in Pano is primarily determined by maternal age and the timeliness of prenatal care rather than by traditional high-risk behaviors. This highlights the need to strengthen prenatal care coverage and quality as key preventive strategies to reduce the persistence of gestational and congenital syphilis.

Keywords: Risk factors; syphilis; pregnancy; prenatal care; prevalence.

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un serio problema de salud pública global debido a su alta prevalencia y a las graves complicaciones asociadas, dada su naturaleza frecuentemente asintomática (1, 2, 4, 5). Entre ellas, la sífilis figura como una de las más comunes (3), y su impacto es especialmente crítico en la salud materna: la OMS reportó 7,1 millones de nuevos casos de sífilis en 2022, afectando a 1,1 millones de mujeres embarazadas (6). La sífilis no tratada en gestantes es responsable de los 700.000 casos de sífilis congénita, que se traducen en muerte fetal, muerte neonatal o efectos adversos en hasta el 80% de los casos (7). Esta problemática es relevante en América Latina, donde la OPS reportó más de 30.000 casos de sífilis congénita en 2021 (10, 11). En el contexto nacional, Perú notificó 9.178 casos de sífilis materna entre 2016 y 2021, siendo Huánuco un departamento con alta incidencia, con 537 casos reportados en ese periodo (13, 14).

A pesar de estas cifras alarmantes, la magnitud exacta y los factores asociados a la sífilis gestacional no han sido documentados mediante investigación local en el distrito de Panao, provincia de Pachitea. Esta carencia de evidencia específica sobre los determinantes de la enfermedad justifica la necesidad de analizar la posible relación entre las características de comportamiento de riesgo y la presencia de sífilis en mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Panao durante el año 2024. En este contexto, se plantea la interrogante: ¿cuál es la asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco durante el año 2024?

La presente investigación se fundamenta en la necesidad de profundizar, a nivel teórico, la comprensión de la interacción entre las conductas de riesgo, las variables demográficas y los factores obstétricos relacionados con la sífilis, contribuyendo así al fortalecimiento del conocimiento epidemiológico y de salud materna. A nivel práctico, sus resultados aportan una base empírica esencial para diseñar intervenciones focalizadas en el Centro de Salud de Panao, orientadas a optimizar los

protocolos de tamizaje, consejería y tratamiento oportuno, reduciendo el riesgo de transmisión vertical. Metodológicamente, el enfoque retrospectivo y el análisis documental de historias clínicas garantizan la obtención de evidencia sólida, actual y aplicable tanto a la práctica clínica como al ámbito académico.

El objetivo general de esta tesis fue establecer la relación entre las características de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en Panao. Específicamente, se buscó determinar la influencia de los factores demográficos, de comportamiento de alto riesgo y obstétrico-clínicos. Para alcanzar estos fines, se empleó un diseño no experimental de tipo correlacional, enmarcado en un enfoque cuantitativo, observacional, retrospectivo y transversal-analítico. La investigación se desarrolló sobre una muestra de 80 gestantes seleccionadas mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, utilizando una ficha estructurada de recolección de datos. El marco teórico se sustentó en una revisión rigurosa de artículos científicos y tesis especializadas.

En ese sentido, esta investigación se organiza en cinco capítulos secuenciales: el primero aborda el problema de investigación y su justificación; el segundo desarrolla el marco teórico e hipótesis; el tercero detalla la metodología aplicada; el cuarto presenta los resultados y su discusión; y el quinto expone las conclusiones y recomendaciones.

Si bien la investigación enfrentó limitaciones como la incompletitud de algunos registros clínicos y el posible sesgo de información derivado del diseño retrospectivo, sus hallazgos son consistentes y estadísticamente válidos. Se confirma la hipótesis general al demostrarse una relación significativa entre las características de riesgo y la prevalencia de sífilis, destacando el papel de la edad materna y de la atención prenatal (APN) como factores determinantes. Estos resultados refuerzan la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana y mejorar la calidad de la atención prenatal para proteger la salud materno-infantil en la localidad de Panao.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son enfermedades que se propagan principalmente mediante el contacto sexual. Dada su alta prevalencia, facilidad de transmisión y posibles complicaciones si no se tratan adecuadamente, representan un serio problema de salud pública ⁽¹⁾ ⁽²⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre las ITS más comunes figuran la sífilis, gonorrea, clamidia, herpes, hepatitis B y C, virus del papiloma humano (VPH) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ⁽³⁾.

Una característica preocupante de estas infecciones es su tendencia a cursar de forma asintomática, lo cual facilita su propagación involuntaria. La falta de tratamiento puede generar consecuencias graves, como infertilidad, cáncer cervicouterino o una mayor susceptibilidad al VIH ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾.

La OMS estimó que, en 2022, más de un millón de personas entre 15 y 49 años adquirieron una ITS diariamente. En ese año, se reportaron 374 millones de nuevos casos de clamidia (129 millones), gonorrea (82 millones), sífilis (7,1 millones) y tricomoniasis (156 millones). Además, se registraron cerca de 8 millones de casos de sífilis entre adultos de 15 a 49 años, afectando también a 1,1 millones de mujeres embarazadas y generando complicaciones en más de 390.000 nacimientos ⁽⁶⁾.

En relación con la sífilis congénita, se notificaron alrededor de 700.000 casos en 2022, lo que se tradujo en 150.000 muertes fetales o prenatales, 70.000 muertes neonatales, 55.000 nacimientos prematuros o con bajo peso, y 1.150 casos de sífilis congénita diagnosticada clínicamente. La sífilis no tratada, tratada tardíamente o con medicamentos inadecuados durante el embarazo, puede desencadenar efectos adversos en el 50% al 80% de los casos gestantes ⁽⁷⁾.

En el ámbito europeo, España ocupó el primer lugar entre los países con gran población por número de casos de sífilis, con una tasa de 11,1 por 100.000 habitantes en 2021. Esto superó la media europea de 7 por

100.000. Otros países con alta incidencia fueron Malta, Luxemburgo, Irlanda e Islandia ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾.

En América, la OPS estimó en 2020 que 4,6 millones de personas tenían sífilis, y reportó más de 30.000 casos de sífilis congénita en 2021. La cobertura de tamizaje en embarazadas aumentó del 57% en 2018 al 70% en 2021, aunque con grandes variaciones regionales. Por ejemplo, en el Caribe alcanzó el 94% ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾. Algunos países, como Colombia, Nicaragua o Jamaica, han logrado mejoras importantes en la detección oportuna ⁽¹²⁾.

En Perú, entre 2016 y la semana epidemiológica 48 de 2021, se notificaron 9.178 casos de sífilis materna, principalmente en Lima, Junín y Cusco, que concentraron el 53,7% de los reportes. De los casos en Lima, el 89,1% correspondía a la provincia homónima. La mayoría de los casos importados procedía de Venezuela ⁽¹³⁾.

En Huánuco, se reportaron 537 casos de sífilis materna en el periodo 2016–2021, equivalentes al 5,9% del total nacional, con 70 casos en 2021. En 2022, se confirmaron 53 casos de sífilis, de los cuales 17 eran sífilis materna; 34 correspondían a mujeres ⁽¹⁴⁾. Estas cifras reflejan no solo la persistencia de la transmisión activa de la enfermedad, sino también posibles subregistros o barreras en el acceso a servicios oportunos y de calidad.

A pesar de esta problemática, durante el control prenatal realizado en el Centro de Salud de Panao, distrito de Panao, provincia de Pachitea, se han detectado casos de sífilis en gestantes en los últimos años, lo que evidencia la persistencia de esta infección como un problema de salud pública en el distrito. Sin embargo, persiste la preocupación por el diagnóstico insuficiente de la enfermedad y por la existencia de comportamientos o condiciones que podrían estar relacionados con un mayor riesgo de infección, cuya magnitud y características aún no han sido claramente determinadas en la población gestante local. Esta situación refleja que la sífilis continúa siendo un problema de salud pública relevante en la población gestante del distrito, con potenciales repercusiones en la salud materna y neonatal.

Frente a esta problemática, resulta necesario identificar si existen características de comportamiento de riesgo asociadas a la presencia de

sífilis en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao. Este conocimiento permitirá orientar estrategias de prevención, detección y atención oportuna, contribuyendo a reducir las complicaciones derivadas de esta infección en la comunidad de estudio.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICO

P₁: ¿Cuál es la relación entre las características demográficas (edad, raza, nivel de instrucción, religión, ocupación, estado civil e ingresos económicos) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024?

P₂: ¿Cuál es la asociación entre las características de comportamiento materno de alto riesgo (consumo de sustancias y/o drogas, antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual, antecedente de sífilis congénita, antecedente de aborto, Virus de Inmunodeficiencia Humana, orientación sexual, consumo de tabaco) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco; durante el año 2024?

P₃: ¿Cuál es la relación entre las características obstétricas (parejas sexuales, paridad, edad de inicio de las relaciones sexuales, atención prenatal, tipo de diagnóstico, tipo de tratamiento) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Relacionar las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O₁: Identificar la relación entre las características demográficas (edad, raza, nivel de instrucción, religión, ocupación, estado civil e ingresos económicos) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

O₂: Identificar la asociación entre las características de comportamiento materno de alto riesgo (consumo de sustancias y/o drogas, antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual, antecedente de sífilis congénita, antecedente de aborto, Virus de Inmunodeficiencia Humana, orientación sexual, consumo de tabaco) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

O₃: Identificar la relación entre las características obstétricas (parejas sexuales, paridad, edad de inicio de las relaciones sexuales, atención prenatal, tipo de diagnóstico, tipo de tratamiento) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Esta investigación profundizó la comprensión de la relación entre las características conductuales de riesgo y la presencia de sífilis en gestantes, considerando variables demográficas y obstétricas que influyeron en la transmisión de esta infección. El estudio se fundamentó en teorías conductuales y modelos de salud pública que explican la vulnerabilidad de ciertas poblaciones frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS). Esta base teórica aporta al desarrollo del conocimiento en epidemiología y salud materna.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Los resultados obtenidos permiten orientar la creación de intervenciones específicas en los programas de atención materna. La identificación clara de los factores de riesgo facilita el diseño de políticas de salud pública y estrategias educativas más efectivas, orientadas a las gestantes y sus comunidades, contribuyendo a reducir

la incidencia de sífilis congénita y a mejorar los desenlaces de salud tanto en madres como en recién nacidos.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Este estudio adoptó un enfoque relacional, observacional y retrospectivo, basado en el análisis documental de historias clínicas. Esta estrategia metodológica permitió identificar asociaciones entre las conductas de riesgo y la presencia de sífilis en gestantes, proporcionando evidencia empírica relevante. El uso de fuentes clínicas existentes garantizó la viabilidad del estudio y la posibilidad de extrapolar los hallazgos a contextos similares, fortaleciendo la validez y confiabilidad de los resultados.

1.4.4. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

La investigación aportó al cuerpo teórico y empírico actual sobre infecciones de transmisión sexual en el contexto de la salud materna. Los hallazgos benefician a académicos, profesionales y estudiantes del área de ciencias de la salud, al proporcionar evidencia actualizada y aplicable para futuras investigaciones o intervenciones en poblaciones gestantes.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Algunas historias clínicas estuvieron incompletas, presentando deficiencias en el registro de datos.
- La identificación de casos de sífilis estuvo limitada por el tamaño muestral disponible en el periodo definido.
- Al basarse en registros clínicos retrospectivos, los datos recopilados estuvieron sujetos a errores de registro o sesgos de información.
- El tiempo disponible para la ejecución del estudio fue limitado, lo que afectó la profundidad del análisis.
- La calidad de atención prenatal en el establecimiento pudo ser variable, lo que incidió en los resultados observados.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La disponibilidad de historias clínicas en el Centro de Salud de Panao facilitó el acceso a datos relevantes y permitió un análisis adecuado de los factores de riesgo conductual asociados a la sífilis en gestantes. La

colaboración de profesionales de salud, epidemiólogos y actores sociales enriqueció el enfoque del estudio con una mirada integral. Además, el uso de tecnologías de información y registros digitales facilitó la gestión y el análisis de los datos.

El respaldo institucional del centro de salud y de la Universidad de Huánuco fortaleció la ejecución del proyecto, asegurando los recursos técnicos y humanos necesarios. Dado que el estudio aborda un problema de salud pública de alto impacto, sus resultados tienen potencial para influir en futuras decisiones clínicas y políticas sanitarias. La publicación del informe final en el repositorio institucional garantiza la difusión del conocimiento generado y su disponibilidad para la comunidad científica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

Salomé et al. En Italia año 2024, desarrollaron una revisión titulada **“Sífilis congénita: una infección reemergente pero prevenible”**, con el objetivo de resumir la epidemiología, la transmisión y el tratamiento actuales de la sífilis durante el embarazo, así como explorar los esfuerzos mundiales para reducir la transmisión vertical y abordar las razones por las que no se alcanza el objetivo de eliminación de la OMS, se compilaron datos epidemiológicos globales y se evaluaron las estrategias de prevención disponibles. El estudio se centró en fuentes internacionales, sin restricción idiomática, y utilizó datos consolidados por organismos como la Organización Mundial de la Salud. Se identificó un total de 661.000 casos de sífilis congénita, de los cuales 355.000 derivaron en resultados perinatales adversos como muertes fetales tempranas, prematuridad, bajo peso al nacer y sífilis clínica en neonatos. La tasa estimada fue de 473 casos por cada 100.000 nacidos vivos. Solo el 6% de estos casos ocurrió en gestantes que habían sido diagnosticadas y tratadas durante el embarazo, lo que revela una brecha importante en la cobertura efectiva del tamizaje prenatal. Este antecedente contribuye al presente estudio al mostrar que, a pesar de la existencia de métodos diagnósticos accesibles y tratamientos efectivos, la falta de intervención oportuna continúa siendo una causa directa en la transmisión vertical, hecho que reafirma la necesidad de intervenciones enfocadas en la detección precoz y la educación preventiva ⁽¹⁵⁾.

Oliveira et al. En Brasil, 2024, llevaron a cabo el estudio titulado **“Prevalencia de sífilis y factores asociados entre mujeres embarazadas en Brasil: revisión sistemática y metanálisis”**, con el objetivo de estimar la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas en Brasil y describir sus factores asociados, en el cual se incluyeron 24 investigaciones transversales publicadas entre 2005 y 2023,

cumpliendo con criterios definidos en el registro PROSPERO. Se revisaron bases de datos como PubMed, SciELO, LILACS, Science Direct y Web of Science, sin restricciones idiomáticas. El análisis estadístico se realizó en el software R mediante un modelo de efectos aleatorios, considerando significancia con $p < 0,01$ e intervalos de confianza del 95%. La muestra total incluyó a 221.884 mujeres gestantes. Se encontró una prevalencia agrupada de sífilis del 1,79% (IC 95%: 1,24–2,57), asociada principalmente a factores como tono de piel moreno u oscuro, bajo nivel educativo y características relacionadas con la pareja. Este antecedente es relevante porque permite confirmar que variables socioeconómicas y contextuales continúan influyendo de manera determinante en la prevalencia de sífilis en gestantes, lo cual proporciona una base sólida para analizar cómo estos factores podrían estar presentes en el entorno local abordado por la presente investigación ⁽¹⁶⁾.

Reis et al. En Brasil, año 2023, realizaron el estudio titulado **“Treponema pallidum: percepción de vulnerabilidad a la infección entre trabajadoras de seguridad pública en Goiás”**, el cual fue de tipo cualitativo y descriptivo, desarrollado en la ciudad de Goiânia con la participación de 47 mujeres del sector de seguridad pública, quienes respondieron un cuestionario semiestructurado. Para el análisis de los relatos se aplicó la técnica de análisis de contenido. Como resultado, emergieron tres categorías temáticas: desconocimiento general sobre la sífilis, tabúes respecto al uso de preservativo en relaciones monógamas, y percepción limitada de herramientas preventivas en salud sexual. Las participantes manifestaron una sensación de invulnerabilidad frente a la infección, baja frecuencia en el uso del condón y una autovaloración negativa sobre su conocimiento en torno a la sífilis. Lo que, resulta útil porque pone en evidencia cómo el sesgo de percepción y la desinformación pueden incrementar la exposición al riesgo en poblaciones femeninas específicas, aportando una mirada cualitativa sobre los factores conductuales que también pueden estar presentes en gestantes de regiones vulnerables ⁽¹⁷⁾.

Thornton et al. En Estados Unidos (2022), en su investigación **“Características de las mujeres embarazadas con sífilis y factores asociados a la sífilis congénita en un hospital de Chicago”**, con el objetivo de describir los factores asociados con la sífilis materna y la sífilis congénita en un centro médico público de Chicago, Illinois. Se desarrolló mediante un diseño de tipo observacional retrospectivo, en el que se analizaron registros clínicos de mujeres gestantes diagnosticadas con sífilis en un hospital público de la ciudad de Chicago, entre los años 2014 y 2018. La población incluyó 106 casos confirmados, de los cuales el 72% tuvo un desenlace obstétrico documentado. Para la recolección de datos se utilizaron registros hospitalarios y bases del departamento de salud local, y el análisis estadístico se desarrolló con regresión logística para identificar asociaciones con sífilis congénita. Entre los hallazgos más relevantes, se evidenció que el 8% de los recién nacidos de madres con sífilis adquirieron la infección de forma congénita. Además, las gestantes que presentaban enfermedades mentales o consumo de drogas no inyectables tenían más de cinco veces mayor probabilidad de tener hijos con sífilis congénita, y la mayoría inició tratamiento aproximadamente tres meses después del parto. También se encontró que estas pacientes tenían en común una atención prenatal tardía o inadecuada, aunque ninguna reportó consumo de drogas intravenosas, trabajo sexual, ni comorbilidades como VIH. Este antecedente resulta útil porque permite comprender que, más allá de las prácticas sexuales, existen barreras psicosociales como los trastornos mentales o el consumo de sustancias que afectan el acceso oportuno al tratamiento y aumentan el riesgo de transmisión fetal, elementos clave que se deben considerar en el análisis conductual dentro del presente estudio ⁽¹⁸⁾.

Noah et al. En Estados Unidos (2022), desarrollaron el estudio titulado **“Disparidades en las infecciones prenatales de transmisión sexual entre una población diversa de mujeres nacidas en el extranjero y nacidas en Estados Unidos”**, mediante un diseño de cohorte retrospectiva que incluyó el análisis de 37.211 nacimientos registrados en una base de datos perinatal. La población estuvo

conformada por mujeres embarazadas clasificadas según su lugar de nacimiento, y se aplicaron técnicas de regresión logística para estimar asociaciones entre la condición de extranjería y el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS), como *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y sífilis. Asimismo, se realizaron análisis secundarios estratificados para explorar la relación entre ITS y desenlaces adversos del parto. Los resultados evidenciaron que las mujeres nacidas en el extranjero tenían menos probabilidad de ser diagnosticadas con una ITS (OR ajustado: 0,81; IC 95%: 0,71–0,93), aunque esta diferencia no fue significativa en mujeres hispanas (OR ajustado: 0,89; IC 95%: 0,76–1,04), mientras que sí lo fue en mujeres negras (OR ajustado: 0,53; IC 95%: 0,36–0,79). En cuanto a los desenlaces obstétricos, se encontró que las ITS incrementaban significativamente el riesgo de parto prematuro inducido médicamente (OR ajustado: 3,77; IC 95%: 1,19–12,00) y de preeclampsia (OR ajustado: 2,35; IC 95%: 1,02–5,42) entre mujeres negras nacidas en Estados Unidos. Este antecedente resulta valioso porque permite observar cómo las desigualdades en salud perinatal vinculadas al origen étnico y al historial de ITS pueden influir de forma diferenciada en los resultados del embarazo, aportando una visión crítica sobre la interacción entre factores sociales y conductas de riesgo, en línea con el enfoque del presente estudio ⁽¹⁹⁾.

Geremew y Geremew, en Etiopía año 2021, realizaron el estudio titulado **“Seroprevalencia de sífilis y factores asociados entre mujeres embarazadas en Etiopía: una revisión sistemática y un metanálisis”**, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia agrupada actualizada de la sífilis entre las mujeres embarazadas en Etiopía y, evaluar sus factores asociados el cual consistió en una revisión sistemática con metaanálisis aplicada a trece investigaciones previas sobre mujeres gestantes, localizadas mediante búsqueda en bases de datos como PubMed, Science Direct, Google Scholar y African Journals Online. La técnica estadística utilizada fue el modelo de efectos aleatorios a través del software STATA 14, incluyendo cálculos de heterogeneidad mediante el estadístico I^2 y análisis de sesgo por

regresión de Egger. Entre los principales hallazgos, se identificó una prevalencia global de sífilis del 2,32% (IC 95%: 1,68–2,97), siendo más alta cuando se aplicaron pruebas treponémicas (2,53%) frente a las no treponémicas (1,90%). A nivel regional, se reportó mayor frecuencia en la zona de las Nacionalidades y Pueblos del Sur con 4,06% (IC 95%: 2,86–5,26), seguida de Amhara con 2,16% (IC 95%: 1,57–2,75). Asimismo, se evidenció que las gestantes con antecedentes de múltiples parejas sexuales (OR: 2,98; IC 95%: 1,15–7,70) y con antecedentes de infecciones de transmisión sexual (OR: 4,88; IC 95%: 1,35–17,62) presentaban mayor riesgo, mientras que las mujeres casadas mostraban una menor probabilidad de infección (OR: 0,37; IC 95%: 0,12–0,91). Este antecedente resulta valioso porque permite comprender cómo los factores conductuales específicos incrementan la vulnerabilidad de las gestantes frente a la sífilis, aportando evidencia sólida que puede contrastarse con contextos locales de similar vulnerabilidad social como el abordado en el presente estudio ⁽²⁰⁾.

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

Uriondo O. En Ica (2024), efectuó el estudio titulado “**Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022**”, con el objetivo de establecer los factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes, se enmarcó en una metodología cuantitativa, observacional, retrospectiva, transversal y correlacional. La muestra estuvo compuesta por 30 gestantes seleccionadas entre 859 que acudieron a centros de salud de La Tinguiña, La Palma y San Joaquín. Se aplicaron análisis bivariados utilizando la prueba Rho de Spearman y valores p. Se encontró que el 63% de las gestantes iniciaron controles prenatales tardíos, el 60% tenía educación secundaria, el 67% comenzó su vida sexual después de los 15 años, el 47% reportó entre tres y cuatro parejas sexuales y el 63% no utilizó ningún método de barrera. Además, el 83% no había usado planificación familiar. El análisis estadístico reveló asociaciones significativas entre la presencia de sífilis y factores como controles prenatales tardíos ($p = 0,0020$), bajo nivel educativo ($p = 0,0042$), inicio precoz de vida sexual ($p = 0,0093$),

ausencia de planificación familiar ($p = 0,0225$) y no uso de métodos de barrera ($p = 0,0476$). La cual, este antecedente es relevante porque permite identificar las condiciones sociodemográficas y comportamentales que influyen en la aparición de sífilis en contextos rurales y urbanos marginales del sur del país ⁽²¹⁾.

Rojas R. En Lambayeque, año 2023, desarrolló el estudio titulado **“Prevalencia de sífilis gestacional en la región Lambayeque, Perú en el período 2016–2019”**, con el objetivo de estimar la magnitud de la sífilis en gestantes en dicha región. Se trató de una investigación de tipo descriptiva, transversal, retrospectiva y observacional, basada en un análisis secundario de los registros recolectados en 207 instituciones de salud pública, los cuales comprendieron un total de 71 706 gestantes atendidas durante los años evaluados. La prevalencia hallada fue de 0,3%, siendo el grupo etario entre 18 y 29 años el que concentró el mayor número de casos, detectados principalmente en el primer trimestre del embarazo. Este estudio aporta información epidemiológica útil para evaluar la efectividad de las políticas de cribado en la atención prenatal, y evidencia que, pese a la reducción de casos en los últimos años, la sífilis gestacional sigue siendo un problema vigente en salud pública ⁽²²⁾.

Ore J. En Lima (2023), llevó a cabo el estudio titulado **“Factores de riesgo relacionados a la sífilis en las gestantes”**, cuyo objetivo fue analizar los factores asociados a esta infección a través de una revisión de literatura científica. La metodología empleada fue de tipo cualitativa, descriptiva y narrativa, basada en la sistematización de investigaciones previas, artículos científicos y tesis afines al tema. Los resultados indicaron que las mujeres embarazadas con sífilis presentaban frecuentemente un perfil sociodemográfico caracterizado por ser amas de casa, convivientes y con nivel educativo secundario. Además, se observó que no utilizaban preservativo, tenían menos de tres parejas sexuales y habían iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años. Aunque la edad temprana de inicio fue común, el rango de edad con mayor prevalencia de sífilis estuvo entre los 20 y 35 años. El valor de este antecedente radica en sintetizar los factores de riesgo

más relevantes desde diferentes contextos, lo que permite orientar programas preventivos dirigidos a mejorar la conducta sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil ⁽²³⁾.

Serna C. En Lima, en el año 2022, presentó el estudio titulado **“Sífilis secundaria en gestante adolescente en el Hospital Militar Central en el año 2019”**, cuyo enfoque fue descriptivo de corte transversal, centrado en la revisión de la historia clínica. El caso analizado fue el de una adolescente de 13 años, quien, a pesar de haber acudido al primer control prenatal, no recibió un examen completo, ni exámenes de laboratorio, y abandonó los controles posteriores. Recién retornó a las 26 semanas de gestación por una emergencia, siendo diagnosticada con sífilis secundaria. Fue hospitalizada, recibió tratamiento en tres dosis, y el embarazo culminó por cesárea con un recién nacido vivo con Apgar de 8 al minuto. El caso clínico evidenció criptorquidia izquierda, aunque sin reactividad serológica. La utilidad de este antecedente radica en evidenciar cómo las fallas en la detección temprana, el acceso limitado a controles prenatales y la falta de seguimiento integral en adolescentes gestantes, pueden llevar a la progresión clínica de la sífilis y poner en riesgo tanto la salud materna como la neonatal ⁽²⁴⁾.

Erazo M. En Lima, durante el año 2021, desarrolló el estudio titulado **“Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015–2020”**, cuyo objetivo fue identificar las variables de riesgo relacionadas con la sífilis en mujeres embarazadas atendidas en dicho establecimiento de salud. La investigación fue de tipo observacional, retrospectiva, analítica, transversal y de casos y controles, donde se compararon 63 gestantes con diagnóstico de sífilis frente a 126 gestantes sin esta infección, todas seleccionadas bajo criterios definidos. Se aplicaron herramientas estadísticas como la prueba Chi-cuadrado y regresión logística a través del software SPSS v.25. Entre los hallazgos se evidenció que la edad adolescente (OR = 20,4), la procedencia urbano-marginal (OR = 11,2), y el estado civil soltero (OR = 2,4) se asociaron significativamente a la sífilis. También se

identificaron como factores de riesgo la asistencia a menos de seis controles prenatales (OR = 16,4), el inicio precoz de relaciones sexuales (antes de los 19 años, OR = 6,1), tener más de dos parejas sexuales (OR = 9,4) y no utilizar preservativo (OR = 17,1). Este estudio resulta valioso al identificar múltiples factores individuales y sociales que aumentan el riesgo de infección en gestantes, los cuales permiten enfocar acciones preventivas en poblaciones vulnerables ⁽²⁵⁾.

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL

Hasta el momento, no se han encontrado investigaciones locales que aborden específicamente la asociación entre características de comportamiento de riesgo y la sífilis en gestantes, lo que evidencia una brecha en el conocimiento científico regional sobre este tema.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. LA SÍFILIS

La sífilis, una enfermedad infecciosa sistémica y crónica, representa un persistente desafío global en salud pública ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾. Causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, esta infección se transmite predominantemente por contacto sexual, aunque su capacidad de diseminación va más allá, incluyendo la crucial transmisión materno-fetal ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾. A lo largo de la historia, la sífilis ha demostrado su impacto devastador, evolucionando a través de fases clínicas variadas que, de no ser tratadas, pueden culminar en graves complicaciones multisistémicas ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾.

El *Treponema pallidum* es un microorganismo fascinante y elusivo. Su estructura espiralada y su notable motilidad le permiten penetrar rápidamente las membranas mucosas o las microabrasiones cutáneas, diseminándose por el torrente sanguíneo en cuestión de horas o minutos desde el sitio de inoculación ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾ ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾. Esta rápida invasión sistémica subraya la importancia de la detección temprana, ya que la bacteria puede afectar prácticamente cualquier órgano o tejido si la infección progresa sin tratamiento ⁽³⁰⁾.

La sífilis cursa típicamente a través de etapas bien definidas, aunque su presentación clínica puede ser altamente variable y a menudo asintomática, complicando el diagnóstico ⁽³⁰⁾. La sífilis primaria

se manifiesta con un chancro, una úlcera indolora en el sitio de inoculación, frecuentemente acompañada de linfadenopatía regional ^(48, 57, 58, 59). Sin tratamiento, esta etapa evoluciona a la sífilis secundaria, caracterizada por erupciones cutáneas polimorfas, que comúnmente afectan palmas y plantas, y pueden ir acompañadas de síntomas sistémicos como fiebre, malestar general y cefalea ^{(36) (37)(38) (39) (40)}. Posteriormente, la enfermedad puede entrar en una fase latente, en la cual no hay signos o síntomas clínicos, pero la infección persiste en el organismo. Esta fase es particularmente relevante, ya que el individuo sigue siendo infeccioso, especialmente en la sífilis latente temprana ⁽³⁰⁾. Además, en un porcentaje de casos no tratados, la sífilis puede progresar a la terciaria, una etapa tardía y devastadora que se desarrolla años después de la infección inicial y puede afectar gravemente sistemas vitales como el cardiovascular y el nervioso central ^{(41) (42) (43) (44)}.

2.2.1.1. SÍFILIS EN GESTANTES Y EL RIESGO DE SÍFILIS CONGÉNITA

La sífilis durante el embarazo no solo afecta a la madre, sino que representa una seria amenaza para el desarrollo fetal, culminando en la temida sífilis congénita. La transmisión vertical del *Treponema pallidum* de la madre al feto puede ocurrir en cualquier trimestre de la gestación, aunque el riesgo y la severidad de la infección congénita aumentan significativamente después de la semana 16 de embarazo y están directamente relacionados con el estadio clínico de la sífilis materna ⁽²⁸⁾. Una gestante con sífilis no tratada o insuficientemente tratada enfrenta una alta probabilidad de desenlaces adversos, que incluyen aborto espontáneo tardío, mortinato y parto prematuro, además del nacimiento de un neonato con la infección ⁽⁴⁵⁾.

La sífilis congénita es una enfermedad sistémica en el recién nacido, que, si bien a menudo es asintomática al nacer, puede manifestarse con una amplia gama de signos y síntomas severos. Estos pueden ir desde hepatoesplenomegalia y lesiones cutáneas hasta afectación ósea, hematológica y del sistema nervioso

central, provocando daño multisistémico y secuelas a largo plazo ^{(28) (46) (45)}. Es por ello que el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo de la sífilis en la gestante son intervenciones críticas y urgentes, no solo para la salud materna, sino principalmente para prevenir la transmisión vertical y las consecuencias devastadoras para el feto y el recién nacido ^{(28) (47)}.

El diagnóstico de sífilis en el embarazo se fundamenta en las pruebas serológicas, las cuales son esenciales para el cribado prenatal rutinario. La implementación sistemática de estas pruebas permite identificar a las gestantes infectadas, aun cuando cursen sin síntomas clínicos evidentes, facilitando una intervención oportuna ⁽⁴⁵⁾. Cuando se detecta sífilis materna, la penicilina es el tratamiento de elección absoluto, demostrando una eficacia inigualable en la prevención de la transmisión materno-fetal, incluso en casos de alergia donde se opta por la desensibilización ⁽⁴⁷⁾. Adicionalmente, se establecen protocolos específicos para el manejo y tratamiento de los recién nacidos con sífilis congénita, cruciales para mitigar el impacto de la enfermedad y asegurar un desarrollo saludable ^{(48) (49) (50)}.

2.2.2. CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMIENTO DE RIESGO ASOCIADAS A LA SÍFILIS EN GESTANTES

La prevalencia de sífilis en gestantes está intrínsecamente ligada a un conjunto de características de comportamiento de riesgo que aumentan la vulnerabilidad a la infección ⁽⁵¹⁾. Estos comportamientos pueden ser directos, como las prácticas sexuales, o indirectos, como los contextos sociales y de salud que influyen en ellas.

Entre los comportamientos de riesgo más consistentemente documentados, y que serán explorados en este estudio, se incluyen:

Inicio de actividad sexual a edad temprana: La iniciación sexual a edades tempranas, particularmente durante la adolescencia, se asocia con una mayor exposición a un número elevado de parejas sexuales a lo largo de la vida y, por

consiguiente, un riesgo incrementado de adquirir ITS, incluida la sífilis. Este factor no solo implica un riesgo biológico, sino también social, al estar relacionado con una menor madurez para la toma de decisiones informadas sobre salud sexual ⁽⁵²⁾.

Número de parejas sexuales: Un mayor número de parejas sexuales, la frecuencia en el cambio de pareja o la existencia de múltiples parejas sexuales concurrentes, son factores críticos que amplifican exponencialmente el riesgo de exposición y adquisición de sífilis y otras ITS como el VIH ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵²⁾. La fluidez en las relaciones sexuales contemporáneas resalta la pertinencia de esta característica ⁽⁵²⁾.

No uso consistente de preservativos: La omisión del uso de preservativos durante las relaciones sexuales es, quizás, el comportamiento de riesgo más directo para la transmisión de sífilis y otras ITS. Esta práctica a menudo se explica por una percepción subestimada del riesgo, la búsqueda de mayor placer sexual o barreras socioculturales que impiden su uso regular ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵³⁾. La falta de protección eficaz permite la transmisión de la bacteria de persona a persona.

Tener una pareja sexual infectada (o no tratada): El riesgo de adquirir sífilis se eleva drásticamente si una gestante mantiene relaciones sexuales con una pareja que está infectada, incluso si esta no es consciente de su condición o no ha recibido tratamiento adecuado ⁽⁵³⁾. La ausencia de síntomas evidentes en la pareja puede generar una falsa sensación de seguridad, llevando a relaciones sin protección y facilitando la transmisión de la sífilis.

Consumo de sustancias psicoactivas y/o drogas: El uso de drogas recreativas o sustancias psicoactivas, incluyendo el tabaco, puede alterar el juicio y la toma de decisiones, predisponiendo a comportamientos sexuales de mayor riesgo. Ejemplos como el chemsex, donde el consumo de drogas se vincula intencionalmente con prácticas sexuales prolongadas y, a

menudo, grupales, demuestran cómo estas conductas pueden aumentar la exposición a la sífilis y otras ITS ⁽⁵¹⁾.

En esa misma línea representa un determinante en la aparición de infecciones de transmisión sexual como la sífilis. Las mujeres embarazadas que consumen alcohol, marihuana, cocaína u otras sustancias ilícitas muestran un mayor riesgo de prácticas sexuales sin protección, cambios frecuentes de pareja y omisión de controles prenatales. Estos factores aumentan la probabilidad de infección y transmisión vertical al feto. Diversos estudios concluyen que la exposición prenatal a estas sustancias está asociada a desenlaces perinatales adversos y mayor prevalencia de sífilis congénita, por lo tanto, su detección es prioritaria en contextos de salud pública ⁽⁵⁴⁾ ⁽⁵⁵⁾.

Antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): Un historial previo de sífilis o de cualquier otra ITS (como gonorrea o clamidia) es un marcador claro de prácticas sexuales de riesgo y un factor que incrementa la vulnerabilidad a futuras reinfecciones o coinfecciones. De manera similar, la coinfección con VIH, aunque no es un comportamiento, modifica la progresión de la sífilis y a menudo se asocia con comportamientos de riesgo compartidos, o con una disminución en el uso de barreras protectoras debido a la percepción del riesgo ⁽⁵¹⁾ ⁽²⁸⁾. Si bien la sífilis congénita o el antecedente de aborto no son comportamientos en sí, su presencia en el historial de la gestante puede ser un indicador de infecciones previas no tratadas o de conductas de riesgo subyacentes que justifican una investigación más profunda ⁽²⁸⁾.

Las infecciones de transmisión sexual previas como herpes genital, clamidia, gonorrea o sífilis representan factores predisponentes para reinfecciones durante la gestación. Las gestantes con antecedentes de ITS presentan tejidos genitales más susceptibles a nuevas infecciones, y suelen tener comportamientos sexuales de riesgo que perpetúan el contagio. Esta dimensión ha sido considerada un predictor importante en

estudios epidemiológicos para la identificación de gestantes en riesgo de sífilis congénita. Evaluar este antecedente permite establecer intervenciones tempranas de tamizaje y tratamiento oportuno en contextos con alta carga de enfermedades transmisibles.

Orientación sexual: Ciertas orientaciones sexuales pueden estar asociadas con patrones y redes sexuales específicas que, en determinados contextos, pueden influir en el riesgo de exposición a ITS.

Acceso y adherencia a la atención prenatal: La falta o la inadecuada atención prenatal es un factor de riesgo indirecto. La ausencia de un control prenatal completo implica que el cribado de sífilis puede no realizarse o ser tardío, impidiendo la detección y el tratamiento oportuno de la infección materna y, consecuentemente, aumentando el riesgo de sífilis congénita ⁽²⁸⁾. En este contexto, el asesoramiento previo y posterior a la prueba es fundamental, ya que proporciona información crucial sobre ITS, promueve la voluntariedad del cribado, garantiza la confidencialidad y fomenta la adopción de prácticas sexuales más seguras, incluyendo la comunicación con las parejas sexuales ⁽⁵⁶⁾.

Por todo lo mencionado, la Teoría de la vulnerabilidad social sostiene que las gestantes en situación de pobreza, exclusión o marginalidad están más expuestas a comportamientos de riesgo. La falta de redes de apoyo, el acceso restringido a servicios de salud y el estigma social limitan la capacidad de prevención de enfermedades como la sífilis ⁽⁵⁷⁾.

Del mismo modo, la Teoría de la conducta planificada de Ajzen ⁽⁵⁸⁾, explica que la intención de las personas para adoptar comportamientos saludables está mediada por sus actitudes, normas sociales y control percibido. En el caso de gestantes, si consideran que el uso de preservativos o evitar drogas no está normalizado, mantendrán prácticas de riesgo.

No obstante, la Teoría ecológica de Bronfenbrenner plantea que el comportamiento materno se ve influido por factores

individuales, familiares, comunitarios e institucionales, por lo que, esta teoría ha sido útil para explicar cómo la interacción entre sistemas puede aumentar o reducir el riesgo de infecciones durante el embarazo ⁽⁵⁹⁾.

Dentro de las características demográficas comprenden atributos estructurales de la población, estos elementos configuran el entorno social que determina el acceso a servicios sanitarios y las posibilidades de prevención de enfermedades infecciosas como la sífilis. La evidencia muestra que las gestantes con baja escolaridad, ingresos reducidos y situación civil inestable tienen mayor probabilidad de presentar sífilis en el embarazo debido a su limitada capacidad de negociación sexual y menor acceso a controles prenatales ⁽⁶⁰⁾.

Asimismo, estudios recientes en salud pública materna han demostrado que factores como la edad extrema (menores de 18 o mayores de 35 años), pertenecer a grupos étnicos marginados, y profesar religiones que restringen el uso de anticonceptivos, se asocian con menor seguimiento prenatal ⁽⁶¹⁾ y, por ende, con mayor prevalencia de sífilis; por lo que, estos determinantes poblacionales deben ser considerados para implementar intervenciones focalizadas y culturalmente adaptadas que reduzcan las disparidades en salud materno-perinatal ⁽⁶²⁾.

Por otro lado, el nivel educativo y la ocupación ejercen influencia directa sobre el conocimiento de las ITS, incluyendo la sífilis. La ocupación precaria o la informalidad laboral, común en regiones rurales, limita el tiempo y los recursos para acceder al sistema de salud. Así, las mujeres en estas condiciones tienden a iniciar tarde el control prenatal, lo que disminuye las probabilidades de un diagnóstico temprano de sífilis ⁽⁶³⁾.

Según sus variables, la edad de la gestante representa un factor en la exposición a riesgos sexuales y reproductivos. Mujeres adolescentes suelen iniciar relaciones sexuales de manera temprana, con menor conocimiento de métodos de protección, mientras que mujeres mayores presentan condiciones

médicas preexistentes que complican el embarazo. Ambas situaciones elevan el riesgo de ITS como la sífilis ⁽⁶⁴⁾. Estudios epidemiológicos concluyen que la edad entre 20 y 34 años presenta mayor prevalencia, lo que sugiere que los rangos etarios requieren mayor vigilancia y tamizaje ⁽⁶⁵⁾.

El nivel educativo se relaciona con la capacidad de la gestante para comprender información médica, seguir indicaciones clínicas y acceder de forma oportuna al sistema de salud. Mujeres con estudios primarios incompletos presentan mayor prevalencia de sífilis debido al desconocimiento de las rutas de transmisión y a prácticas sexuales no protegidas ⁽⁶⁶⁾. La evidencia sostiene que existe una correlación positiva entre años de escolaridad y casos positivos de sífilis congénita, según Parker et al ⁽⁶⁷⁾, las mujeres con educación secundaria o superior tenían cuatro veces menos probabilidades de tener un hijo con sífilis congénita en comparación con las mujeres que no habían completado la educación primaria, reforzando la importancia del acceso a educación formal desde etapas tempranas. En este contexto, la relevancia de las características demográficas se alinea directamente con enfoques teóricos fundamentales.

Precisamente, la teoría de los determinantes sociales de la salud, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aplicada ampliamente en investigaciones recientes, sostiene que las características demográficas como edad, nivel educativo, ocupación, etnicidad, ingresos y estado civil son factores estructurales que influyen directamente en la exposición y vulnerabilidad a enfermedades como la sífilis. Estos determinantes no solo predisponen al riesgo, sino que también condicionan el acceso a servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención ⁽⁶⁸⁾. En estudios realizados en poblaciones maternas, se evidenció que las mujeres con bajo nivel educativo, ingreso económico limitado y en situación de soltería o abandono, presentan mayor prevalencia de sífilis durante el embarazo, reflejando una clara inequidad en salud pública ⁽⁶⁹⁾.

De manera complementaria, la teoría del capital social y comunitario, aplicada al análisis de salud sexual y reproductiva, sostiene que los vínculos sociales, el acceso a redes de apoyo y la participación comunitaria modulan las conductas preventivas y de autocuidado. En poblaciones de gestantes, se ha demostrado que aquellas con menor integración social por aislamiento, discriminación o barreras culturales tienen menor acceso a información confiable sobre ITS, lo cual incrementa su vulnerabilidad a sífilis. Esta teoría ha sido utilizada en estudios recientes para analizar cómo el entorno comunitario y el soporte social modifican el impacto de las características demográficas sobre los resultados maternos ⁽⁷⁰⁾.

Más allá de los determinantes mencionados, existen más características obstétricas que desempeñan un papel en la vulnerabilidad de las gestantes a la sífilis. Estas incluyen variables clínicas y comportamentales del historial reproductivo, como la paridad que refleja el número de veces que una mujer ha dado a luz a un feto viable. Su asociación con la sífilis radica en que las gestantes multíparas tienen mayor probabilidad de haber tenido múltiples parejas sexuales, o antecedentes de ITS no tratadas. La evidencia muestra que la paridad elevada se relaciona con mayor riesgo de complicaciones obstétricas, incluidas infecciones no diagnosticadas durante embarazos previos ⁽⁷¹⁾. Esta observación, que vincula el historial reproductivo con la vulnerabilidad a infecciones, se fundamenta en perspectivas teóricas que consideran la salud sexual y reproductiva a lo largo de la vida.

En este sentido, según Halfon y Hochsteinla, ⁽⁷²⁾ en la Teoría del Ciclo Vital Reproductivo (o del Curso de Vida en Salud Reproductiva) propone que la salud reproductiva de una mujer, incluyendo su susceptibilidad a infecciones como la sífilis, es el resultado de una trayectoria de vida y de la acumulación de experiencias y exposiciones a lo largo del tiempo, desde la adolescencia hasta la edad adulta ⁽⁷²⁾. Según esta aproximación, un inicio sexual más temprano y un mayor número de eventos reproductivos o sexuales sin una protección adecuada elevan la probabilidad de exposición a ITS. Investigaciones

recientes han demostrado que las mujeres con múltiples parejas sexuales, sin acceso a métodos anticonceptivos eficaces y con antecedentes de atención prenatal incompleta, exhiben una mayor incidencia de sífilis en el embarazo, particularmente en zonas rurales y con baja cobertura sanitaria ⁽⁷³⁾.

Asimismo, la Atención Prenatal como Eje de Prevención Primaria sostiene que la calidad, oportunidad y frecuencia de los controles prenatales son determinantes directos de la posibilidad de un diagnóstico temprano de sífilis ⁽⁷⁴⁾, por lo que, este concepto resalta que la atención prenatal no es solo una intervención clínica, sino una estrategia poblacional fundamental para la reducción del riesgo obstétrico y el control de las ITS maternas.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Comportamiento: Es un término que describe las conductas y respuestas que una persona muestra en respuesta a factores estresantes tanto internos como externos. Los comportamientos tienen el potencial de tener un impacto sustancial en el bienestar de un individuo en el contexto de la salud. Por ejemplo, las prácticas sexuales, el uso de anticonceptivos y la búsqueda de tratamiento médico son ejemplos de comportamientos que repercuten en la salud sexual y reproductiva ⁽⁷⁵⁾.

Riesgo de sífilis: Es la probabilidad de infectarse con esta enfermedad bacteriana, que suele transmitirse por contacto sexual. Uno de los factores de riesgo es tener varias parejas sexuales, otro es no utilizar preservativo y el tercero es mantener relaciones sexuales con un individuo infectado. Otros factores que pueden contribuir a aumentar este riesgo son la situación socioeconómica y la falta de acceso a la atención sanitaria ⁽⁷⁶⁾.

Sífilis gestacional: Es aquella que se diagnostica en el embarazo, puerpera o que haya abortado recientemente, que presente una úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y pruebas treponémicas (incluidas las treponémicas rápidas) o no treponémicas positivas o reactivas, y que no haya recibido tratamiento adecuado (antes de la semana 20 de gestación y al menos 30 días antes del parto) durante la gestación en curso. La sífilis gestacional se denomina sífilis materna ⁽⁷⁷⁾.

Comportamiento de riesgo: Se entiende por comportamiento de riesgo también denominado conducta de riesgo a todo patrón de acción individual o colectiva que incrementa la probabilidad de exposición a una enfermedad o evento adverso para la salud. En el contexto de la sífilis, estos comportamientos comprenden las prácticas sexuales sin protección, el mantenimiento de múltiples parejas sexuales, el consumo de sustancias psicoactivas y otros factores que comprometen la salud sexual y reproductiva ⁽⁷⁸⁾.

Infección de Transmisión Sexual (ITS): Son un grupo de patologías que se adquieren principalmente por contacto sexual sin protección con una persona infectada. Entre estas, la sífilis es causada por *Treponema pallidum*, una bacteria altamente contagiosa que puede transmitirse también de madre a hijo durante la gestación o el parto. Las ITS representan un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, capacidad de transmisión silenciosa y complicaciones asociadas ⁽⁷⁹⁾.

Gestante: Se define como gestante a la mujer que cursa un embarazo, independientemente de la edad gestacional. Durante esta etapa, existen cambios fisiológicos e inmunológicos que pueden hacer más susceptible a la mujer frente a infecciones, además de representar una ventana crítica para la prevención de transmisión vertical de enfermedades como la sífilis ⁽⁸⁰⁾.

Prevalencia: Es una medida epidemiológica que expresa la proporción de individuos que presentan una enfermedad o condición determinada dentro de una población específica, en un momento dado (prevalencia puntual) o durante un periodo definido (prevalencia de periodo). Se calcula dividiendo el número total de casos existentes entre la población en riesgo, y suele expresarse como porcentaje o por cada mil o cien mil habitantes. A diferencia de la incidencia, que mide los casos nuevos que aparecen en un intervalo de tiempo, la prevalencia refleja la carga total de la enfermedad en la comunidad ⁽⁸¹⁾.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existe asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes

atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

Hi: No existe asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi₁: Existe relación entre las características demográficas (edad, raza, nivel de instrucción, religión, ocupación, estado civil e ingresos económicos) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

Ho₁: No existe relación entre las características demográficas (edad, raza, nivel de instrucción, religión, ocupación, estado civil e ingresos económicos) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

Hi₂: Existe asociación entre las características de comportamiento materno de alto riesgo (consumo de sustancias y/o drogas, antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual, antecedente de sífilis congénita, antecedente de aborto, Virus de Inmunodeficiencia Humana, orientación sexual, consumo de tabaco) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

Ho₂: No existe asociación entre las características de comportamiento materno de alto riesgo (consumo de sustancias y/o drogas, antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual, antecedente de sífilis congénita, antecedente de aborto, Virus de Inmunodeficiencia Humana, orientación sexual, consumo de tabaco) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

Hi₃: Existe relación entre las características obstétricas (parejas sexuales, paridad, edad de inicio de las relaciones sexuales, atención prenatal, tipo de diagnóstico, tipo de tratamiento) y la prevalencia de

sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

Ho₃: No existe relación entre las características obstétricas (parejas sexuales, paridad, edad de inicio de las relaciones sexuales, atención prenatal, tipo de diagnóstico, tipo de tratamiento) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco durante el año 2024

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE ASOCIACIÓN

Características de comportamiento de riesgo

2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN

Prevalencia de sífilis

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Valor final	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Variable de asociación								
Características de comportamiento de riesgo	Son patrones de conducta que aumentan la probabilidad de contraer infecciones o enfermedades, como la sífilis	Conjunto de datos demográfico s conductas de alto riesgo y antecedentes obstétricos registrados en la historia clínica que identifican factores asociados al riesgo de sífilis en gestantes	Demográfica	Edad	a) 14 a 21 años b) 22 a 30 años c) 31 a 37 años d) 38 a más años	Cuantitativa	Discreta	Ficha de recolección de datos
				Raza	a) Mestizo b) Afrodescendiente c) Asiático d) Indígena	Cualitativa politómica	Nominal	
				Nivel de instrucción	a) Primaria completa b) Secundaria completa c) Universitaria completa d) No tiene educación formal	Cualitativa politómica	Ordinal	
				Religión	a) Católico b) Protestante c) Ateo/agnóstico d) Prefiero no decir	Cualitativa politómica	Nominal	
				Ocupación	a) Trabaja a tiempo completo b) Trabaja a tiempo parcial c) Estudiante d) Desempleada	Cualitativa politómica	Nominal	
				Estado civil	a) Casada b) Soltera c) En una relación de convivencia d) Divorciada o separada	Cualitativa politómica	Nominal	

	Ingresos económicos, Según la clasificación de la Encuesta Nacional de Hogares 2018 (ENAH)	a) Nivel Socio Económico E (Ingreso promedio 1300 s/) b) Nivel Socio Económico D (Ingreso promedio 2480 s/) c) Nivel Socio Económico C (Ingreso promedio 3970 s/) d) Prefiero no decir	Cualitativa politómica	Ordinal	
De alto riesgo	Consumo de sustancias y/o drogas,	a) Sí, regularmente consumo b) Sí, consumo ocasionalmente c) No, pero he consumido en el pasado d) No, nunca he consumido	Cualitativa politómica	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual	a) Sí, en los últimos 5 años b) Sí, hace más de 5 años c) No, nunca	Cualitativa politómica	Nominal	
	Antecedente de Sífilis congénita	a) Sí, diagnosticada al nacer y actualmente en tratamiento o seguimiento b) Sí, diagnosticada previamente y actualmente en tratamiento o seguimiento c) No presenta antecedente de sífilis congénita	Cualitativa politómica	Nominal	
	Antecedente de aborto	a) Sí b) No	Cualitativa dicotómica	Nominal	

Obstétrica	Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	a) Si b) No	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Orientación sexual	a) Heterosexual b) Homosexual c) Bisexual d) Prefiero no decir	Cualitativa politómica	Nominal	
	Consumo de tabaco	a) Si b) No	Cualitativa dicotómica	Nominal	
	Parejas sexuales	a) Una b) Varias c) Ninguna d) Prefiero no decir	Cualitativa politómica	Nominal	
	Paridad	a) Nulípara (0 partos) b) Primípara (1 parto) c) Secundípara (2 partos) d) Multípara (3 a 5 parto) e) Gran multípara (≥ 6 partos)	Cuantitativa	Discreta	
	Edad de inicio de las relaciones sexuales	a) Antes de los 15 años b) Entre 15 y 18 años c) Después de los 18 años d) Prefiero no decir	Cualitativa politómica	Nominal	
	Atención prenatal (APN)	a) Ninguna atención prenatal b) Solo 1 atención prenatal c) De 2 a 5 atenciones prenatales d) \geq de 6 atenciones prenatales	Cualitativa politómica	Ordinal	
	Tipo de diagnóstico	a) Temprano b) Tardío	Cualitativa politómica	Nominal	

				Tipo de tratamiento	a) Completo b) Incompleto	Cualitativa politómica	Nominal		
Variable de supervisión									
Prevalencia de Sífilis	Es la proporción de personas en una población que tienen la infección en un momento dado	la de gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis registrada en las historias clínicas durante el periodo de estudio	Única	Diagnóstico confirmatorio de Sífilis	a) Casos continuadores b) Casos nuevos	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ficha de recolección de datos	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la intervención es observacional, indicando que se observó a las participantes (sin intervenir en su comportamiento). Se recopiló datos sobre sus características y comportamientos de riesgo, y se analizó cómo estos factores se asocian con la aparición de sífilis ⁽⁸²⁾.

Según el control de la medición de la variable, la investigación es retrospectivo, utilizó datos ya existentes o previamente recogidos (como historias clínicas y registros del establecimiento), con el fin de analizar la relación entre las variables, es decir, se evaluaron datos obtenidos en el año 2024, analizando las características de riesgo de sífilis.

Según el número de mediciones de la variable fue transversal, implica que se recogieron datos en un único punto en el tiempo, ofreciendo una instantánea de la situación actual. Aquí, se recolectaron datos de las gestantes durante su atención en el año 2024, sin hacer seguimiento en el tiempo ⁽⁸³⁾.

Según el número de variables es un estudio analítico, ya que relacionó dos variables para identificar posibles asociaciones o diferencias significativas entre ellas. En este caso, se buscó determinar si las características de comportamiento de riesgo se relacionan con la presencia de sífilis en gestantes, lo que implicó análisis estadístico entre variables.

3.2. ENFOQUE

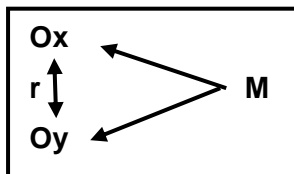
De enfoque cuantitativo, lo que implicó que se utilizarán métodos estadísticos y numéricos para recoger y analizar datos, permitiendo medir de manera objetiva la asociación entre indicadores ⁽⁸⁴⁾.

3.3. ALCANCE O NIVEL

El alcance o nivel de la investigación es correlacional. Esto significa que se buscó identificar y analizar las relaciones entre las variables de estudio: las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en las gestantes ⁽⁸⁵⁾.

3.4. DISEÑO

Corresponde a un diseño no experimental de correlación, dado que no se manipularon las variables de estudio, sino que se observaron tal como ocurrieron en su contexto natural, analizando la relación estadística entre ellas. Según Jhangiani et al. ⁽⁸⁶⁾ (2022), este tipo de investigación busca identificar asociaciones entre variables sin intervenir en los factores que las originan, permitiendo describir sus vínculos sin establecer causalidad:



Donde:

- M (Muestra del estudio, es decir, gestantes del Centro de Salud Panao de Huánuco)
- Ox (Observación y medición de la primera variable de asociación, las características de comportamiento de riesgo)
- Oy (Observación de la segunda variable de supervisión, la prevalencia de sífilis)
- r (Correlación entre variable)

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. POBLACIÓN

Conformadas por 100 gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco durante el año 2024

3.5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio todas las gestantes atendidas durante el año 2024 en cualquier servicio del Centro de Salud de Panao, en el departamento de Huánuco, cuyas historias clínicas contuvieran información completa y legible. Esto incluyó a gestantes adultas y menores de edad, siempre que sus datos estuvieran debidamente registrados en los documentos institucionales. Se consideraron únicamente aquellas historias clínicas que contaron con resultados serológicos positivos o reactivos para sífilis y datos relacionados con las características

de comportamiento de riesgo, tales como antecedentes sexuales, consumo de sustancias, número de parejas sexuales, control prenatal y otras variables consideradas en la investigación. Además, se incluyeron gestantes en cualquier trimestre del embarazo, siempre que dicha información estuviera documentada.

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Por otro lado, se excluyeron del estudio aquellas historias clínicas que presentaron registros incompletos, ilegibles o carentes de información para el análisis, tales como ausencia del resultado serológico para sífilis o la falta de datos sobre antecedentes conductuales. También se excluyeron las historias clínicas de gestantes que no fueron atendidas en el establecimiento durante el año 2024 o que correspondieron a pacientes referidas desde otros centros de salud, sin seguimiento completo en el establecimiento. Asimismo, no se consideraron registros duplicados ni aquellos que contenían inconsistencias evidentes en la información.

3.5.2. MUESTRA

La muestra fue determinada mediante un muestreo aleatorio simple, el cual permite garantizar que cada unidad de la población tenga la misma probabilidad de ser seleccionada, asegurando así la representatividad del grupo estudiado. En este caso, la población estuvo conformada por gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano durante el año 2024. Para el cálculo del tamaño muestral se empleó una fórmula estadística que considera el total de la población, el nivel de confianza deseado y el margen de error permitido, la cual se detalla a continuación:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

- N = Tamaño de la población (100)
- Z = Nivel de confianza 95% (Z=1,96)
- e = Es el margen de error máximo que admito (5%)
- p = Ocurrencia positiva (0.5)
- q = Ocurrencia negativa (1 - 0.5 = 0.5)
- e = Error (100-Z) %, calculando: (100 – 95 = 5%), valor final (0.05)

Reemplazando:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 100}{(0.05)^2 (100 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 100}{(0.05)^2 (99) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 79.509$$

Por lo tanto, la muestra del presente estudio estuvo compuesta por un total de 80 gestantes. Esta muestra representó a las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao durante el año 2024, asegurando que los hallazgos obtenidos reflejen de manera confiable la realidad local de dicha institución en el periodo establecido.

3.5.3. MUESTREO

Probabilístico aleatorio simple

3.5.3.1. DISEÑO DEL MUESTREO

a) Unidad de análisis de la observación

La unidad de análisis del estudio estuvo constituida por cada gestante atendida en el Centro de Salud de Panao durante el año 2024, cuya historia clínica contuvo información completa sobre las variables de interés, como los antecedentes de comportamiento de riesgo y los resultados serológicos para sífilis.

b) Unidad de muestreo

La unidad de muestreo correspondió a cada historia clínica individual de gestantes registradas en el establecimiento durante el periodo de estudio. Estas historias clínicas fueron los

documentos mediante los cuales se accedió a los datos necesarios para la investigación.

c) Marco muestral

El marco muestral está conformado por el listado total de historias clínicas archivadas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco correspondientes al año 2024, que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Este marco permitió identificar el universo de registros disponibles y seleccionar aleatoriamente la muestra de 80 casos.

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Análisis documental de las historias clínicas

3.6.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección de datos, estructurado de la siguiente manera para el estudio:

Ficha técnica del instrumento n° 1		
1. Técnica		Análisis documental de las historias clínicas
2. Nombre		Ficha de recolección de datos de las características de comportamiento de riesgo de sífilis
3. Autora		Elaboración propia: Yuth Mery Artica Villar
4. Objetivo		Relacionar las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024
5. Estructura		Dentro de las variables de asociación, están compuestas por tres dimensiones: Características demográficas (7 ítems), comportamiento de alto riesgo materno (7 ítems) y características obstétricas (6 ítems); por otro lado, para la variable de supervisión, integró solo 1 ítem, que es el diagnóstico confirmatorio de la sífilis, haciendo así, una relación entre variables.
6. Momento de aplicación	de	Se aplicó la recolección de datos durante el año 2025, mediante la revisión de las historias clínicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, con el fin de extraer la información relevante para el estudio
7. Tiempo de aplicación	de	Fue aplicado en un tiempo no mayor de 20 minutos por cada historia clínica, todo esto teniendo en cuenta la muestra de estudio (80)

3.6.3. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Estuvo determinada mediante la técnica de juicio de expertos, contando con la participación de 4 profesionales especializados en

salud materna, con experiencia en el ámbito obstétrico y en investigaciones afines.

Los expertos revisaron cuidadosamente los ítems del instrumento utilizado para la recolección de datos, considerando su pertinencia, claridad, coherencia y relevancia con respecto a los objetivos del estudio, específicamente en relación con las características de comportamiento de riesgo y la sífilis gestacional. Las observaciones y sugerencias emitidas durante este proceso fueron analizadas en profundidad y, en casos, se realizarán las respectivas modificaciones al cuestionario antes de su aplicación definitiva en la muestra seleccionada. Los criterios evaluados en la validación incluyeron:

Criterios de evaluación	Parámetros evaluados
1. CLARIDAD	Los ítems están formulados con un lenguaje claro, preciso y adecuado al contexto de estudio, facilitando su interpretación
2. OBJETIVIDAD	Cada ítem representa conductas o características susceptibles de ser identificadas y medidas de manera objetiva a través de los datos disponibles
3. ACTUALIDAD	El contenido de los ítems se encuentra actualizado y en concordancia con la evidencia científica vigente relacionada con la temática de investigación
4. ORGANIZACION	Los ítems están organizados de forma lógica y coherente, siguiendo una secuencia estructurada que facilita su análisis
5. SUFICIENCIA	La cantidad de ítems asignados a cada dimensión es suficiente para evaluarla de forma integral y representativa
6. INTENCIONALIDAD	Los ítems seleccionados son adecuados para abordar los aspectos específicos que el instrumento busca medir, en concordancia con sus objetivos
7. CONSISTENCIA	Cada ítem cuenta con un soporte teórico y bibliográfico que respalda su inclusión, garantizando su validez conceptual
8. COHERENCIA	Existe una correspondencia clara entre cada ítem y la dimensión a la que pertenece, manteniendo coherencia interna en la medición
9. METODOLOGIA	La estrategia metodológica empleada es consistente con los objetivos del estudio y adecuada para el enfoque del instrumento
10. PERTINENCIA	Los ítems incluidos son pertinentes, relevantes y funcionales dentro del contexto específico del problema de investigación

En ese mismo sentido, y considerando los diez apartados que evalúan la validez del instrumento, bajo el criterio y juicio de cuatro expertos especialistas, se concluye que el instrumento de recolección

de datos resulta válido y pertinente para los fines de la investigación; reflejando no solo su solidez técnica, sino también la rigurosidad y el compromiso de los profesionales que participaron en su validación, lo cual se representó de la siguiente manera:

Validez del instrumento			
N.ro	Apellidos y nombres	Cargo o función	Resultado de la evaluación
1	Marcelo Armas, Maricela Luz	<ul style="list-style-type: none"> • Doctora en ciencias de la salud • Docente de la Universidad de Huánuco • Obstetra investigadora/asistencial del Hospital Regional Hermilio Valdizán 	Aplicable
2	Ballarte Baylón, Natalia	<ul style="list-style-type: none"> • Magíster en ciencias de la educación docencia en educación superior e investigación • Docente de la Universidad de Huánuco • Obstetra asistencial del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 	Aplicable después de corregir
3	Sinche Alejandro, Marisol	<ul style="list-style-type: none"> • Magister en gestión pública • Docente de la Universidad de Huánuco • Obstetra asistencial del Hospital Regional Hermilio Valdizán 	Aplicable después de corregir
4	Luyo Marcellini, Fiorella	<ul style="list-style-type: none"> • Doctora en ciencias de la salud • Docente de la Universidad de Huánuco • Obstetra asistencial del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 	Aplicable

3.6.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A continuación, se exponen las técnicas que se utilizaron en el estudio:

- Los pasos iniciales consistieron en presentar la propuesta de investigación a las autoridades pertinentes de la Facultad de Obstetricia de la Universidad de Huánuco para su revisión y aprobación. Esto se hizo después de haber realizado los ajustes necesarios para reflejar las observaciones que se han hecho sobre el fondo del estudio.
- Luego de la aprobación de la propuesta de investigación, se dirigió una solicitud formal al director del Centro de Salud de Panao a fin de obtener el permiso para la recolección de datos por parte de los directivos del establecimiento de salud.

- Antes de iniciar el proceso de recogida de datos, se llevó a cabo un procedimiento exhaustivo de validación del contenido y validación cuantitativa del instrumento.
- Mediante el uso de un calendario predeterminado, este estudio hizo uso de los dispositivos específicamente diseñados para la recogida de datos.
- Se utilizó Excel para almacenar las encuestas de forma segura.

3.6.5. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS

En lo que respecta a la presentación de los datos, se tuvo en cuenta las siguientes medidas:

- Un examen exhaustivo de los datos, que incluyó la incorporación de procedimientos de gestión de la calidad de los datos, con el fin de facilitar la identificación e implementación de cualquier alteración necesaria.
- El proceso de codificación de los datos incluyó la asignación de etiquetas o categorías a los datos para facilitar su posterior análisis e interpretación. La información se convirtió en códigos numéricos de acuerdo con las variables de la investigación, y estos códigos se basaron en las respuestas de las variables del instrumento.
- La información fue ordenada y presentada en cuadros académicos de acuerdo con los aspectos que fueron investigados.

3.7. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.7.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

En primer lugar, se realizó el registro manual de los datos recolectados en una matriz de codificación numérica diseñada en Microsoft Excel 2021. Esta matriz incluyó las variables correspondientes a cada dimensión: características de comportamiento de riesgo, datos demográficos, datos obstétricos y resultados diagnósticos de sífilis. Una vez consolidada la base de datos, fue exportada al software estadístico IBM SPSS Statistics Versión 27 para su procesamiento.

3.7.2. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se aplicaron análisis estadísticos descriptivos para obtener medidas de frecuencia, porcentajes y gráficos la cual permitieron caracterizar a la población de estudio. Posteriormente, se procedió con el análisis inferencial para contrastar cada hipótesis.

Para responder a la hipótesis general y las hipótesis específicas se utilizó la prueba estadística de Chi-cuadrado (X^2), con el fin de identificar asociaciones significativas entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes. En los casos donde alguna celda del análisis cruce menos de cinco frecuencias esperadas, se aplicó la prueba exacta de Fisher como alternativa. Se estableció un nivel de significancia de $p < 0.05$, considerando como estadísticamente significativas las asociaciones que cumplieron con este criterio.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación cumple con los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki aplicables a estudios en seres humanos ⁽⁸⁷⁾. Si bien los datos fueron obtenidos exclusivamente mediante la revisión de historias clínicas, durante el manejo de la información se garantizaron los principios bioéticos fundamentales a lo largo de todo el proceso investigativo, tales como la autonomía, confidencialidad, beneficencia, no maleficencia, justicia y el respeto por la dignidad humana.

El principio de autonomía se respetó al no intervenir en las decisiones ni procesos clínicos de las gestantes, limitándose al análisis documental. El principio de confidencialidad se aplicó mediante la anonimización de los registros y el resguardo estricto de la información personal. Se cumplió la beneficencia, al generar conocimiento orientado a mejorar la salud materna sin ocasionar daño alguno, y la no maleficencia, evitando toda forma de exposición o uso inadecuado de los datos. Además, el principio de justicia se aseguró con una selección equitativa y objetiva de las historias clínicas, mientras que el respeto por la dignidad humana guio el tratamiento ético y sensible de cada registro analizado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

4.1.1. PREVALENCIA DE SÍFILIS

Tabla 1. Prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

Variable principal	Gestantes (n = 80)	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Diagnóstico confirmatorio de sífilis		
Casos continuadores	78	97,5
Casos nuevos	2	2,5
Total	80	100,0

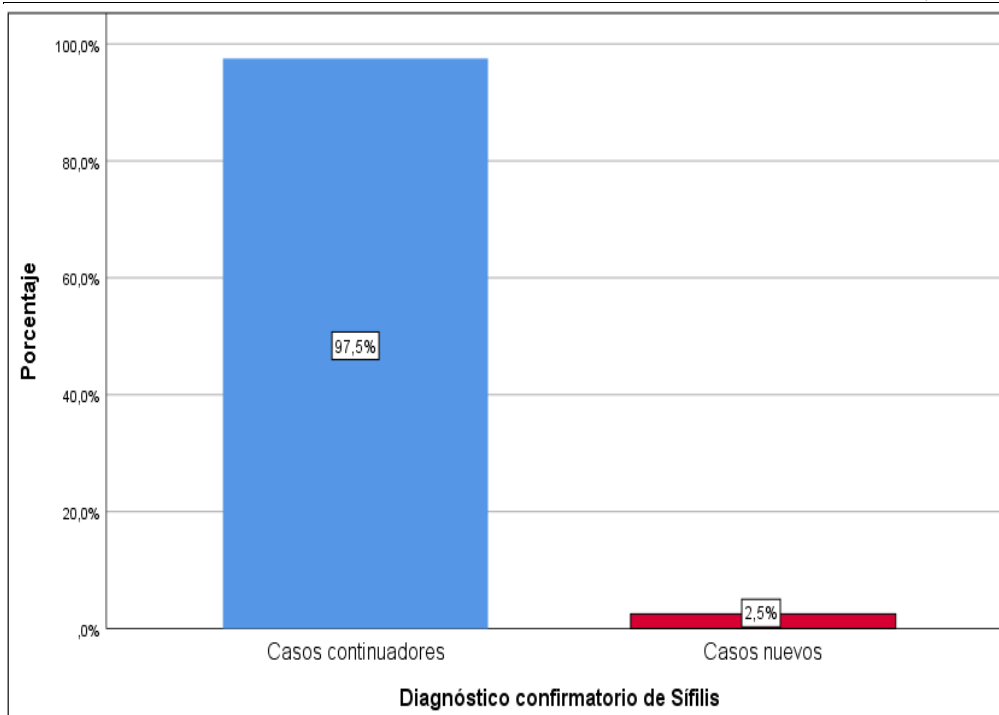


Figura 1. Prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

Los resultados muestran que la mayoría de las gestantes con diagnóstico confirmatorio de sífilis correspondió a casos continuadores, con un 97,5 % (n=78), mientras que el 2,5 % (n=2) fueron casos nuevos. Este predominio de casos continuadores evidencia la persistencia de la infección en la población gestante atendida y sugiere posibles limitaciones en el control y seguimiento de las gestantes afectadas, lo que justifica la necesidad de analizar los factores de comportamiento de riesgo asociados.

4.1.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla 2. Características demográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

Características de comportamiento de riesgo demográfico	Gestantes (n = 80)	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Edad		
14 a 21 años	39	48,8
22 a 30 años	28	35,0
31 a 37 años	9	11,3
38 a más	4	5,0
Raza		
Mestizo	80	100,0
Afrodescendiente	0	0,0
Asiático	0	0,0
Indígena	0	0,0
Nivel de instrucción		
Primaria completa	38	47,5
Secundaria completa	38	47,5
Universitaria completa	2	2,5
No tiene educación formal	2	2,5
Religión		
Católico	80	100,0
Protestante	0	0,0
Ateo/agnóstico	0	0,0
Prefiero no decir	0	0,0
Ocupación		
Trabaja a tiempo completo	2	2,5
Trabaja a tiempo parcial	2	2,5
Estudiante	7	8,8
Desempleada	69	86,3
Estado civil		
Casada	4	5,0
Soltera	36	45,0
En una relación de convivencia	39	48,8
Divorciada o separada	1	1,3
Ingresos económicos, Según la clasificación de la Encuesta Nacional de Hogares 2018 (ENAHOG)		
Nivel Socio Económico E (Ingreso promedio 1300 s/)	0	0,0
Nivel Socio Económico D (Ingreso promedio 2480 s/)	0	0,0
Nivel Socio Económico C (Ingreso promedio 3970 s/)	0	0,0
Prefiero no decir	80	100,0
Total	80	100,0

La distribución de la edad de las gestantes reveló una concentración significativa en los grupos etarios jóvenes. Específicamente, el grupo de 14 a 21 años constituyó la mayor proporción de la muestra, alcanzando el 48,8% (n=39). Los grupos siguientes fueron 22 a 30 años con el 35,0% (n=28), 31 a 37 años con el 11,3% (n=9), y finalmente, el segmento de 38 a más años que representó solo el 5,0% (n=4).

Respecto a la raza, se observó una completa homogeneidad en el grupo de estudio. El 100,0% de las participantes (n=80) se identificó como mestizo. Las categorías afrodescendiente, asiático e Indígena no registraron casos (0,0% en cada una), lo que sugiere que la muestra proviene de un contexto sociocultural racialmente uniforme.

El nivel de instrucción de las grávidas se caracterizó por un predominio equitativo de la educación básica. La primaria completa y la secundaria completa representaron, cada una, el 47,5% de la muestra (n=38). Los extremos del nivel educativo, universitaria completa y no tiene educación formal, se registraron en una proporción mínima e idéntica, con un 2,5% (n=2) para cada categoría.

En el análisis de la religión, la muestra es totalmente uniforme. La totalidad de las gestantes (n=80) declaró ser católica, lo que corresponde al 100,0%. No obstante, la situación ocupacional es el factor de riesgo económico predominante. La vasta mayoría de las participantes, el 86,3% (n=69), se encontró en la categoría de desempleada. Las categorías de actividad laboral remunerada o de estudio mostraron frecuencias significativamente menores: estudiante (8,8%; n=7), trabaja a tiempo completo (2,5%; n=2), y trabaja a tiempo parcial (2,5%; n=2).

La distribución del estado civil muestra que casi la mitad de las gestantes se encontraron en una relación de convivencia, con un 48,8% (n=39). La categoría soltera le sigue de cerca con un 45,0% (n=36). Las gestantes casadas representan solo el 5,0% (n=4), y el estado de divorciada o separada es el menos frecuente con el 1,3% (n=1).

En cuanto a los ingresos económicos, se registró una limitación severa en la obtención de la información. El 100,0% de la muestra (n=80) prefirió no decirlo. Consecuentemente, no fue posible realizar la clasificación por Nivel Socio Económico (E, D, C) utilizando los parámetros de la ENAHO.

Tabla 3. Características consideradas alto riesgo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

Características de comportamiento de alto riesgo	Gestantes (n = 80)	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Consumo de sustancias y/o drogas		
Sí, consumo regularmente	0	0,0
Sí, consumo ocasionalmente	2	2,5
No, pero he consumido en el pasado	2	2,5
No, nunca he consumido	76	95,0
Antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual		
Sí, en los últimos 5 años	3	3,8
Sí, hace más de 5 años	0	0,0
No, nunca	77	96,3
Antecedente de sífilis congénita		
Sí, diagnosticada al nacer y actualmente en tratamiento o seguimiento	12	15,0
Sí, diagnosticada previamente y actualmente en tratamiento o seguimiento	66	82,5
No presenta antecedente de sífilis congénita	2	2,5
Antecedente de aborto		
Si	20	25,0
No	60	75,0
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)		
Si	0	0,0
No	80	100,0
Orientación sexual		
Heterosexual	62	77,5
Homosexual	0	0,0
Bisexual	7	8,8
Prefiero no decir	11	13,8
Consumo de tabaco		
Si	0	0,0
No	80	100,0
Total	80	100,0

El comportamiento de riesgo relacionado con el consumo de sustancias y/o drogas presenta una marcada asimetría hacia el bajo riesgo. El 95,0% de las gestantes (n=76) afirmó que nunca ha consumido. A pesar de este hallazgo dominante, existe un 5,0% (n=4) de la muestra con algún antecedente de exposición a drogas. Este grupo se distribuye equitativamente entre el consumo ocasional (2,5%, n=2) y el antecedente de consumo pasado (2,5%, n=2), sin registrarse casos de consumo regular.

En esa misma línea, los resultados indican una baja frecuencia de antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). El 96,3% de la población (n=77) reportó no haber padecido nunca una ETS, estableciéndose como la categoría prevalente. El riesgo de

antecedentes se concentra en la temporalidad reciente: un 3,8% (n=3) de las gestantes reportó haber tenido una ETS en los últimos 5 años.

La distribución del antecedente de sífilis congénita en la población estudiada muestra que la mayoría de las gestantes, el 82,5% (n=66), fueron diagnosticadas previamente y actualmente se encuentran en tratamiento o seguimiento. Asimismo, el 15,0% (n=12) fue diagnosticada al nacer y continúa bajo tratamiento o control médico. En contraste, solo el 2,5% (n=2) de las participantes no presenta antecedente de sífilis congénita, evidenciando una que proporción considerable de grávidas atendidas mantienen antecedentes previos de infección y seguimiento clínico.

En relación al antecedente de aborto, se observó un contraste de 3 a 1 en la muestra. Tres cuartas partes de las gestantes, equivalentes al 75,0% (n=60), manifestaron no tener antecedentes de aborto. Por el contrario, la cuarta parte restante de la población, el 25,0% (n=20), sí reportó al menos un antecedente de aborto.

El tamizaje del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la población de estudio resultó ser negativo en su totalidad. El 100,0% de las gestantes (n=80) se ubicó en la categoría de no, lo que permite descartar al VIH como una coinfección y factor contribuyente en el análisis bivariado con la sífilis.

Por otro lado, la orientación sexual de las participantes se distribuye predominantemente en la categoría Heterosexual, con un 77,5% (n=62). Es importante señalar la alta tasa de no-respuesta o reserva de información, ya que el 13,8% de las gestantes (n=11) optó por otorgar respuesta. El grupo minoritario reportado fue la bisexualidad, que constituyó un 8,8% (n=7), sin registrarse casos de orientación homosexual (0,0%).

En lo concerniente al consumo de tabaco, la población estudiada mostró una homogeneidad absoluta de no-exposición. El 100,0% de las gestantes (n=80) indicó no consumir tabaco, lo cual excluye esta variable de las características de riesgo presentes en esta muestra.

Tabla 4. Características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024

Características de comportamiento de riesgo obstétrico	Gestantes (n = 80)	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Parejas sexuales		
Una	17	21,3
Varias	34	42,5
Ninguna	0	0,0
Prefiero no decir	29	36,3
Paridad		
Nulípara (0 partos)	32	40,0
Primípara (1 parto)	27	33,8
Secundípara (2 partos)	15	18,8
Múltipara (3 a 5 parto)	5	6,3
Gran múltipara (≥6 partos)	1	1,3
Edad de inicio de las relaciones sexuales		
Antes de los 15 años	31	38,8
Entre 15 y 18 años	36	45,0
Después de los 18 años	8	10,0
Prefiero no decir	5	6,3
Atención prenatal (APN)		
Ninguna atención prenatal	0	0,0
Solo 1 atención prenatal	4	5,0
De 2 a 5 atenciones prenatales	9	11,3
≥ de 6 atenciones prenatales	67	83,8
Tipo de diagnóstico		
Temprano	59	73,8
Tardío	21	26,3
Tipo de tratamiento		
Completo	76	95,0
Incompleto	4	5,0
Total	80	100,0

En la variable parejas sexuales, la mayor proporción de grávidas reportó tener varias parejas, alcanzando el 42,5 (n=34). El grupo que declaró tener una pareja fue la segunda categoría más frecuente, con un 21,3% (n=17). Es relevante destacar la alta proporción de no-respuesta, ya que el 36,3% (n=29) de las gestantes optó por la opción preferencia de no decirlo, lo que limitó la capacidad de caracterizar completamente este factor de riesgo.

La paridad de la muestra se concentró en los grupos de baja paridad. La categoría más representada fue la de nulípara (0 partos), con el 40,0% (n=32), seguida por la primípara (1 parto), que constituye el 33,8% (n=27). En conjunto, las gestantes con uno o ningún parto representaron el 73,8% de la muestra. Las categorías de secundípara (18,8%, n=15), múltipara (6,3%, n=5) y gran múltipara (1,3%, n=1) son minoritarias.

La edad de inicio de las relaciones sexuales reflejó una tendencia al inicio temprano. El grupo modal fue entre 15 y 18 años, alcanzando el 45,0% (n=36). Sin embargo, es notable que un 38,8% (n=31) de las gestantes inició su vida sexual antes de los 15 años, lo cual se considera un factor de riesgo obstétrico y conductual. Solo el 10,0% (n=8) reportó haber iniciado después de los 18 años.

De manera secuencial, la atención prenatal (APN) muestra una alta adherencia a los protocolos. Una vasta mayoría, el 83,8% (n=67), de las gestantes recibió \geq de 6 atenciones prenatales, lo que se considera un control prenatal completo según los estándares. La proporción de gestantes con un número insuficiente de controles (de 2 a 5 atenciones, 1 atención) es baja, sumando conjuntamente solo el 16,3%. No se registraron casos de ausencia total de APN.

La clasificación del tipo de diagnóstico de sífilis en la gravidez evidencia una detección predominantemente oportuna. El 73,8% de los casos (n=59) fue clasificado como temprano. No obstante, es significativo que más de una cuarta parte de los casos, el 26,3% (n=21), haya sido clasificado como tardío, lo cual conlleva un mayor riesgo de sífilis congénita.

El análisis del tipo de tratamiento aplicado muestra una elevada calidad en la intervención. La mayoría de las gestantes, el 95,0% (n=76), completó el tratamiento de forma completo. La proporción de tratamientos incompletos fue mínima, con un 5,0% (n=4). Por lo que, este hallazgo es positivo para el pronóstico materno-fetal.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

4.2.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SÍFILIS

Tabla 5. Relación entre la edad y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

Gestantes (n=80)					
Característica de comportamiento de riesgo de demográfico	Diagnóstico de Sífilis				Pruebas de Chi-cuadrado
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Edad					
14 a 21 años	39	48,75	0	0,0	X ² de Pearson Valor=9,670 p=0,022
22 a 30 años	27	33,75	1	1,25	
31 a 37 años	9	11,25	0	0,0	
38 a más	3	3,75	1	1,25	
Total	78	97,5	2	2,5	

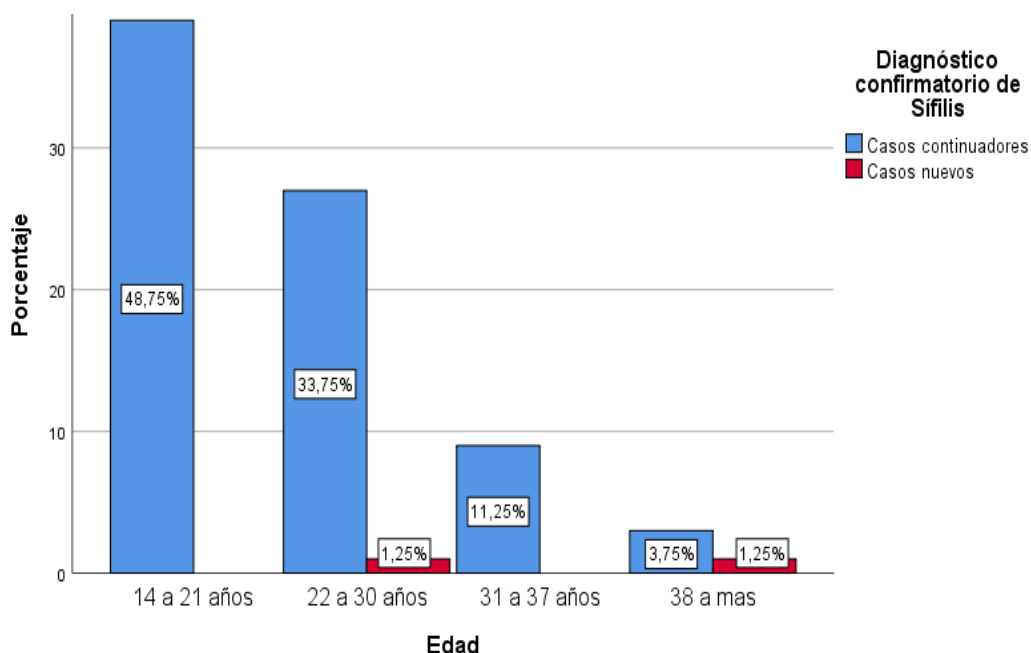


Figura 2. Relación entre la edad y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

La distribución de los casos de sífilis según la edad mostró que la mayoría correspondió a gestantes continuadoras, estas se concentraron principalmente en los rangos de 14 a 21 años (48,75 %, n=39) y 22 a 30 años (33,75 %, n=27), mientras que proporciones menores se observaron en los grupos de 31 a 37 años (11,25 %, n=9) y 38 años a más (3,75 %, n=3). Por su parte, los casos nuevos representaron solo el 2,5 % (n=2), distribuyéndose equitativamente entre los grupos de 22 a 30 años (1,25 %, n=1) y 38 años a más (1,25 %, n=1). La prueba X² arrojó un valor p=0,022, concluyéndose que existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad de la grávidas y la prevalencia de sífilis.

Tabla 6. Relación entre la raza y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

Centro de Salud de Panabo, Nariño, 2024					
Característica de comportamiento de riesgo demográfico	Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
	Diagnóstico de Sífilis				
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Raza					
Mestizo	78	97,5	2	2,5	*No se pudo calcular estadísticos
Afrodescendiente	0	0,0	0	0,0	
Asiático	0	0,0	0	0,0	
Indígena	0	0,0	0	0,0	
Total	78	97,5	2	2,5	

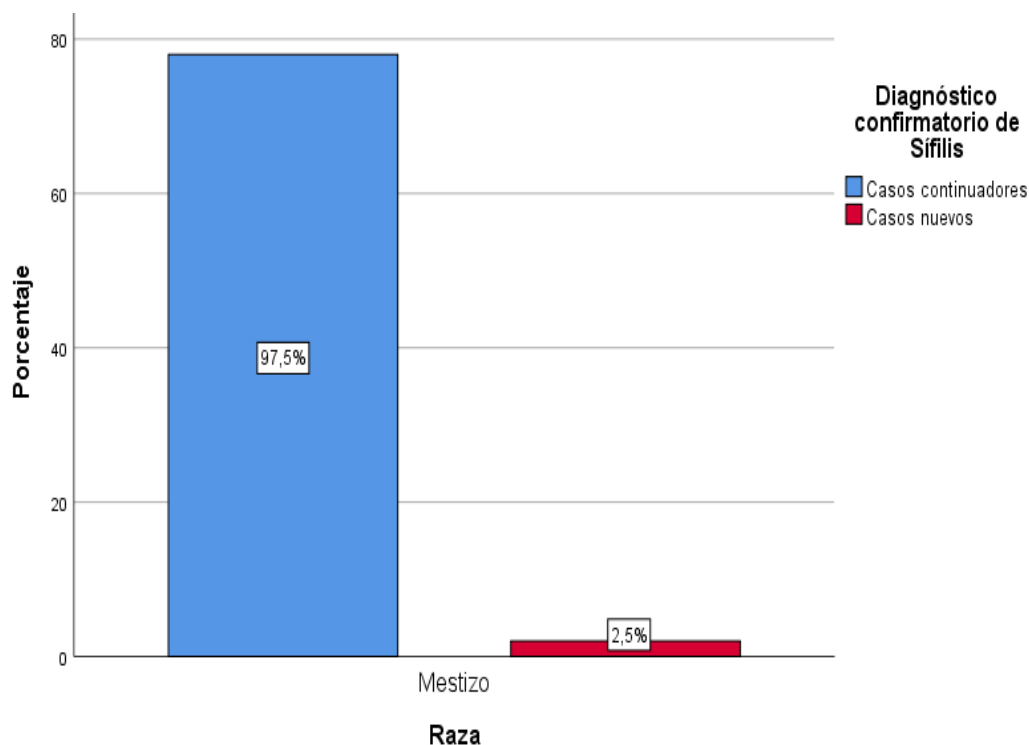


Figura 3. Relación entre la raza y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

La asociación entre la raza y la sífilis no pudo ser evaluada estadísticamente debido a la homogeneidad absoluta de la muestra. La totalidad de los casos continuadoras (97,5%, n=78) y los casos nuevos (2,5%, n=2) se ubicaron en la categoría mestizo. Las categorías afrodescendiente, asiático e indígena no registraron frecuencias (0,0% en todas las celdas), imposibilitando la aplicación de pruebas de asociación.

Tabla 7. Relación entre el nivel de instrucción y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

atendidas en el Centro de Salud de Pando, Pando, 2024					
Característica de comportamiento de riesgo demográfico	Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
	Diagnóstico de Sífilis				
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Nivel de instrucción					
Primaria completa	37	46,25	1	1,25	X ² de Pearson Valor=0,108 p=0,991
Secundaria completa	37	46,25	1	1,25	
Universitaria completa	2	2,5	0	0,0	
No tiene educación formal	2	2,5	0	0,0	
Total	78	97,5	2	2,5	

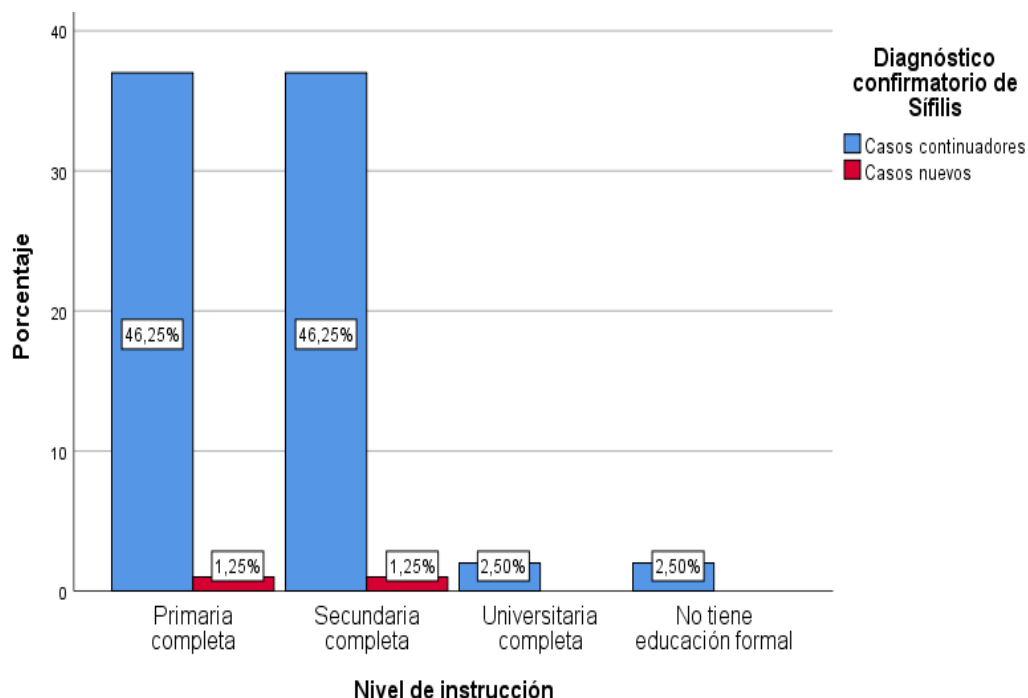


Figura 4. Relación entre el nivel de instrucción y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

El análisis de la sífilis según el nivel de instrucción mostró una distribución dominante en las categorías de primaria completa y secundaria completa, donde ambas aportaron 46,25% (n=37 cada una) de los casos continuadoras. Los casos restantes se concentraron en universitaria completa (2,50%, n=2) y no tiene educación formal (2,50%, n=2). Los dos casos nuevos de sífilis (2,5%, n=2) se distribuyeron equitativamente entre primaria completa (1,25%, n=1) y secundaria completa (1,25%, n=1). El análisis X² de Pearson (p=0,991) indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción y la prevalencia de sífilis.

Tabla 8. Relación entre religión y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

Centro de Salud de Panabo, Huancabco, 2024					
Característica de comportamiento de riesgo demográfico	Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
	Diagnóstico de Sífilis				
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Religión					
Católico	78	97,50	2	2,50	*No se pudo calcular estadísticos
Protestante	0	0,0	0	0,0	
Ateo/agnóstico	0	0,0	0	0,0	
Prefiero no decir	0	0,0	0	0,0	
Total	78	97,5	2	2,5	

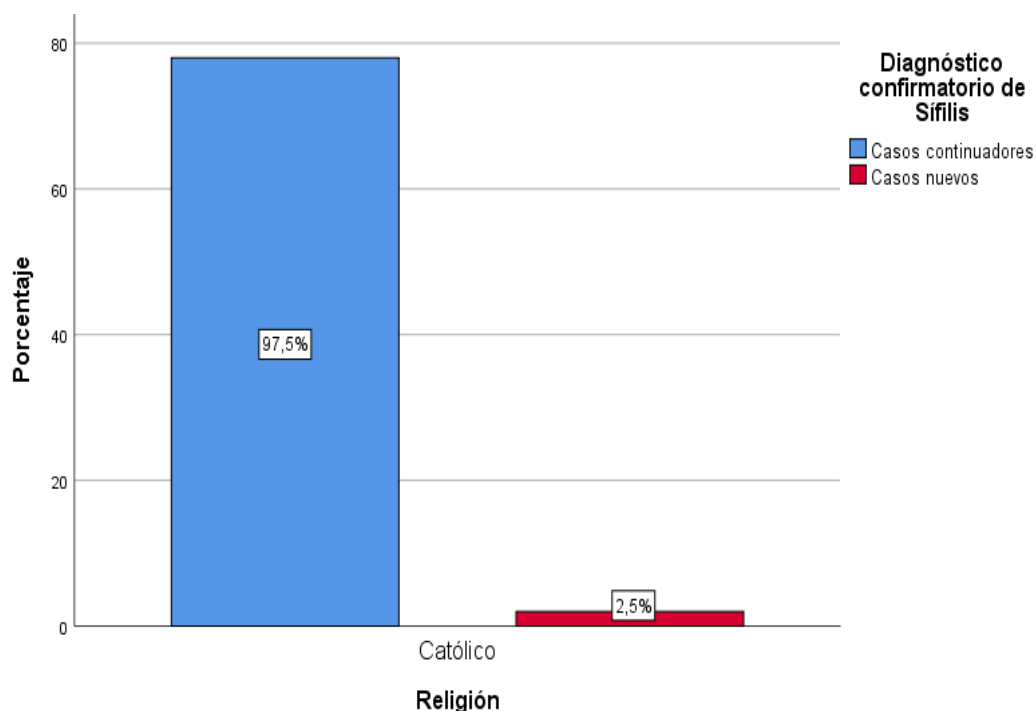


Figura 5. Relación entre religión y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

La variable religión no pudo ser analizada estadísticamente. El 100,0% de la muestra se concentró en la categoría católico, la cual reportó todos los casos continuadores (97,50%, n=78) y todos los casos nuevos (2,50%, n=2). Las demás categorías (protestante, ateo/agnóstico, prefiero no decir) registraron 0,0% de frecuencia, anulando la varianza necesaria para la prueba estadística no paramétrica.

Tabla 9. Relación entre ocupación y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

Gestantes (n=80)					
Característica de comportamiento de riesgo demográfico	Diagnóstico de Sífilis				Pruebas de Chi-cuadrado
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Ocupación					
Trabaja a tiempo completo	2	2,50	0	0,0	X² de Pearson Valor=0,327 p=0,955
Trabaja a tiempo parcial	2	2,50	0	0,0	
Estudiante	7	8,75	0	0,0	
Desempleada	67	83,75	2	2,5	
Total	78	97,5	2	2,5	

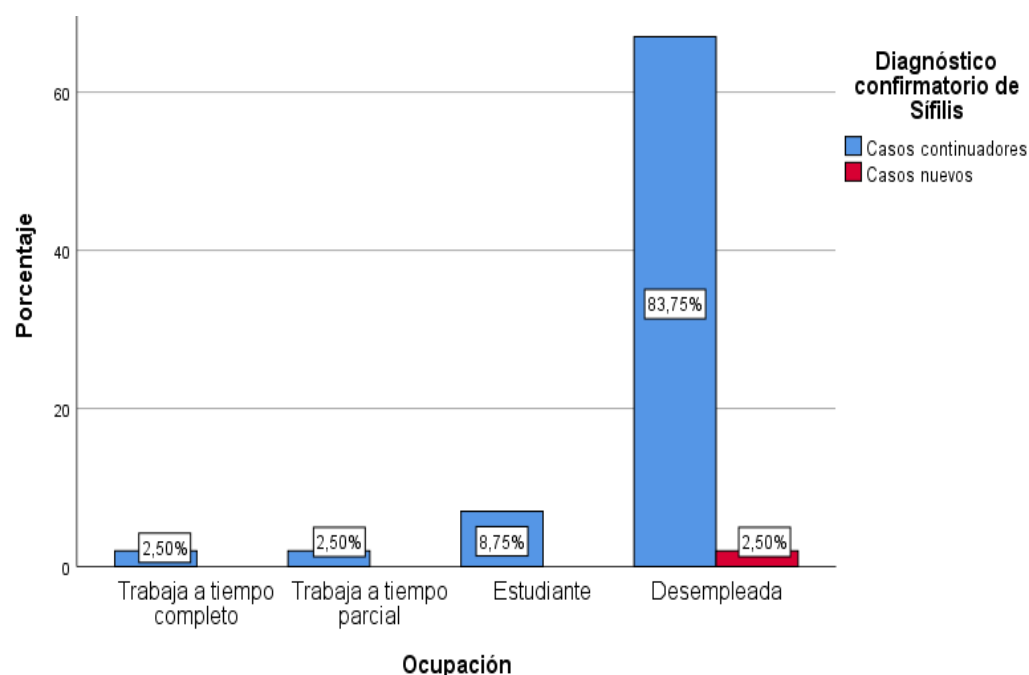


Figura 6. Relación entre ocupación y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

El análisis de la ocupación en relación con la sífilis demostró una fuerte concentración de los casos continuadoras (97,5%, n=78) en el grupo desempleada (83,75%, n=67). Los casos restantes se distribuyeron en estudiante (8,75%, n=7), trabaja a tiempo completo (2,50%, n=2) y trabaja a tiempo parcial (2,50%, n=2). La totalidad de los casos nuevos (2,5%, n=2) se reportó en el grupo desempleada (2,5%, n=2). El análisis X² (valor = 0,327; p=0,955) indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la ocupación de la gestante y la prevalencia de sífilis.

Tabla 10. Relación entre estado civil y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

en el Centro de Salud de Panay, Nuanetsi, 2024					
Característica de comportamiento de riesgo demográfico	Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
	Diagnóstico de Sífilis				
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Estado civil					
Casada	4	5,0	0	0,0	X ² de Pearson Valor=0,140 p=0,987
Soltera	35	43,75	1	1,25	
En una relación de convivencia	38	47,75	1	1,25	
Divorciada o separada	1	1,25	0	0,0	
Total	78	97,5	2	2,5	

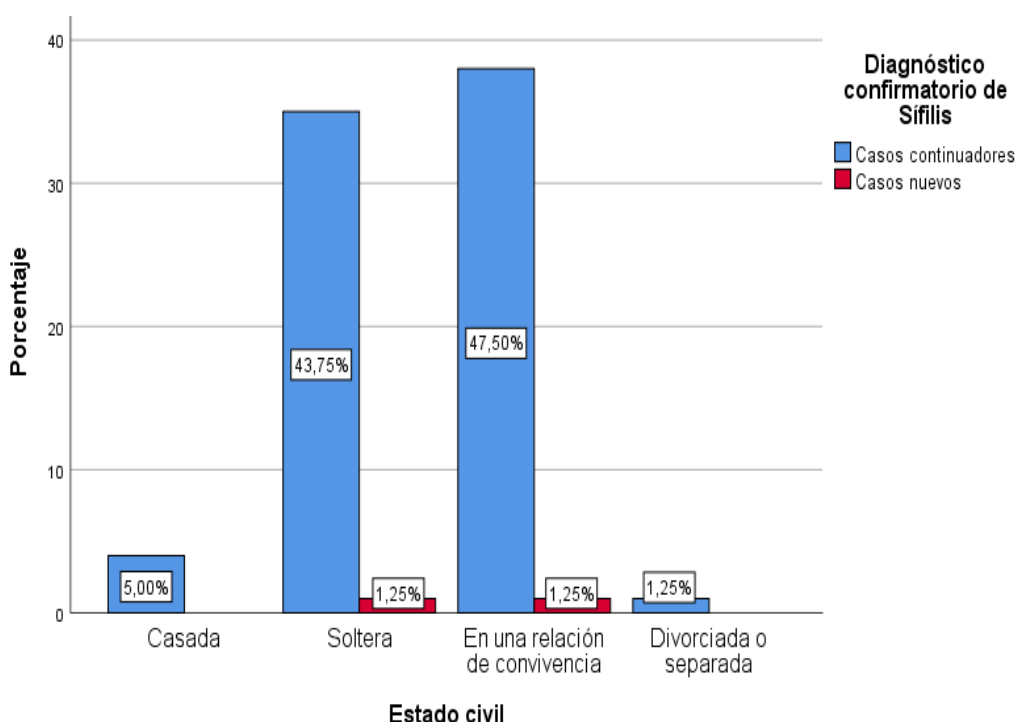


Figura 7. Relación entre estado civil y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

La distribución del estado civil mostró que los casos de pacientes continuadoras (97,5%, n=78) se concentraron en una relación de convivencia (47,75%, n=38) y soltera (43,75%, n=35). Los casos restantes se ubicaron en casada (5,0%, n=4) y divorciada o separada (1,25%, n=1). Los dos casos nuevos (2,5%, n=2) se distribuyeron de manera equitativa entre soltera (1,25%, n=1) y en una relación de convivencia (1,25%, n=1). El resultado de la prueba X² de Pearson (p = 0,987) determina que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil de la grávida y los casos de sífilis.

Tabla 11. Relación entre ingresos económicos y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

Característica de comportamiento de riesgo demográfico		Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
		Diagnóstico de Sífilis				
		Continuadoras		Nuevas		
		fi	%	fi	%	
Ingresos económicos, Según la clasificación de la Encuesta Nacional de Hogares 2018 (ENAH)						
Nivel Socio Económico E (Ingreso promedio 1300 s/)	E	0	0,0	0	0,0	*No se pudo calcular estadísticos
Nivel Socio Económico D (Ingreso promedio 2480 s/)	D	0	0,0	0	0,0	
Nivel Socio Económico C (Ingreso promedio 3970 s/)	C	0	0,0	0	0,0	
Prefiero no decir		78	97,5	2	2,5	
Total		78	97,5	2	2,5	

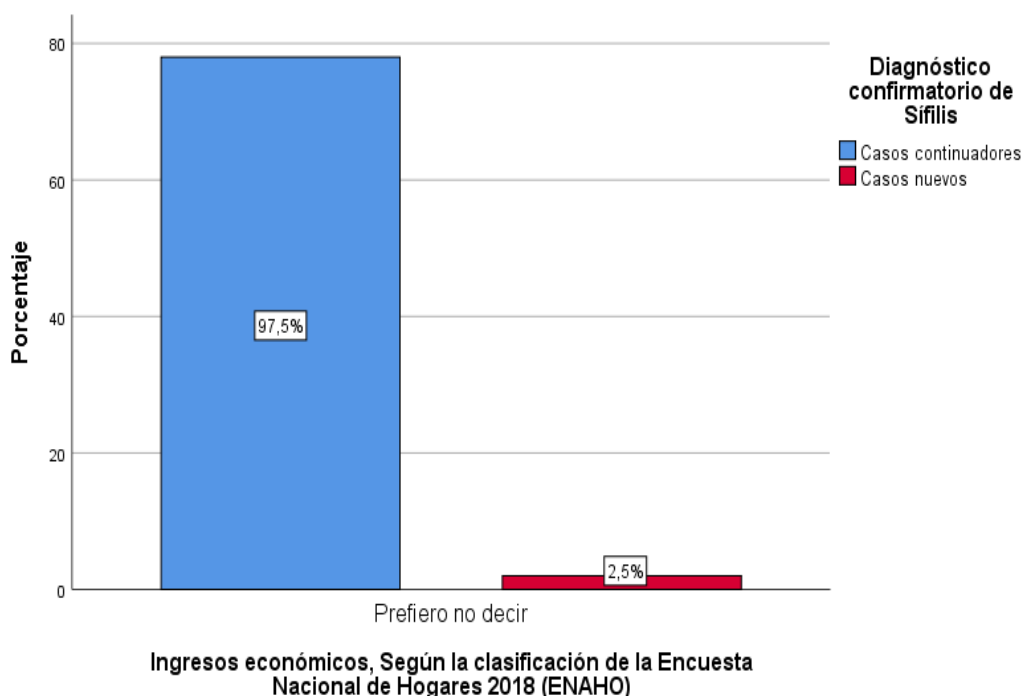


Figura 8. Relación entre ingresos económicos y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

La asociación entre los ingresos económicos y la prevalencia de sífilis no pudo ser calculada estadísticamente. Esto se debe a que el 100,0% de la muestra se concentró en la categoría donde prefirieron no decir nada, que incluyó al total de los casos continuadores (97,5%, n=78) y al total de los casos nuevos (2,5%, n=2). La ausencia de grávidas clasificadas en los Niveles Socio Económicos E, D y C, resultó en una varianza nula. Por lo tanto, no fue posible aplicar la prueba de asociación.

4.2.1. CARACTERÍSTICAS DE ALTO RIESGO Y DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

Tabla 12. Asociación entre consumo de sustancias y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

Gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pánuco, Huamantla, 2024					
Características de comportamiento de alto riesgo	Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
	Diagnóstico de Sífilis				
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Consumo de sustancias y/o drogas					
Sí, consumo regularmente	0	0,0	0	0,0	X ² de Pearson Valor=0,108 p=0,947
Sí, consumo ocasionalmente	2	2,5	0	0,0	
No, pero he consumido en el pasado	2	2,5	0	0,0	
No, nunca he consumido	74	92,5	2	2,5	
Total	78	97,5	2	2,5	

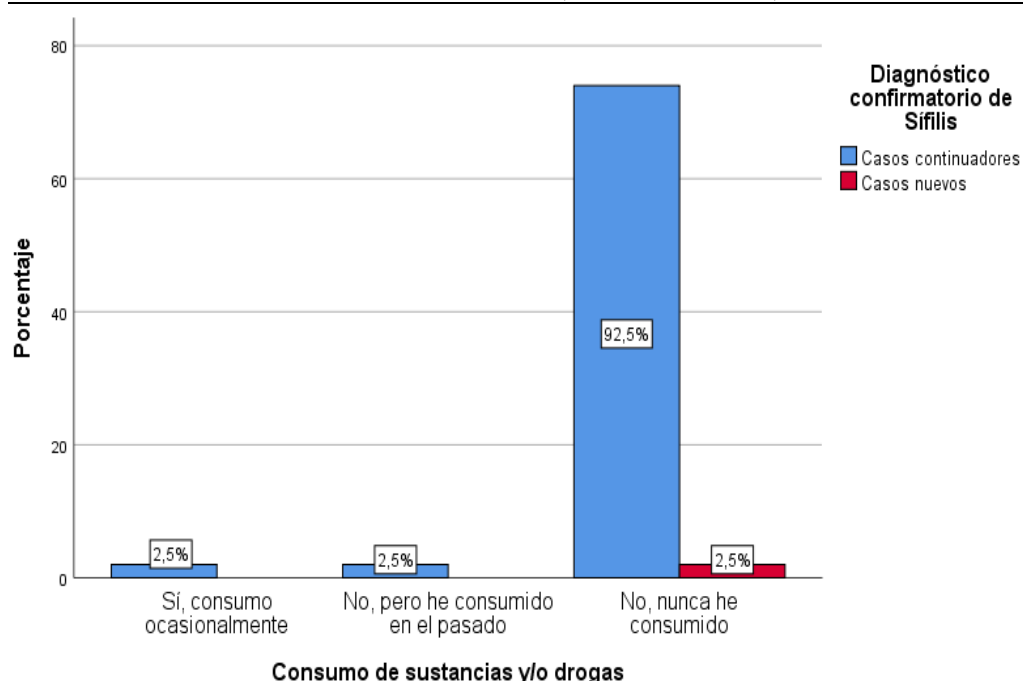


Figura 9. Asociación entre consumo de sustancias y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

La distribución de la prevalencia de sífilis según el consumo de sustancias y/o drogas demostró una fuerte concentración de casos continuadores (97,5%, n=78) en la categoría nunca he consumido (92,5%, n=74). Los demás casos se distribuyeron en el consumo ocasional (2,5%, n=2) y el antecedente de consumo pasado (2,5%, n=2). La totalidad de los casos nuevos (2,5%, n=2) se ubicó en la categoría nunca he consumido. La prueba X² (p = 0,947) indicó que no existe una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y el diagnóstico de sífilis.

Tabla 13. Asociación entre antecedente de ETS y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

atendidas en el Centro de Salud de Salda de T. Añás, P. Añás, 2024							
Características de comportamiento de alto riesgo	de	alto	Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
			Diagnóstico de Sífilis				
			Continuadoras		Nuevas		
			fi	%	fi	%	
Antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)							
Sí, en los últimos 5 años			0	0,0	0	0,0	Prueba exacta de Fisher p=1,000
Sí, hace más de 5 años			3	3,75	0	0,0	
No, nunca			75	93,75	2	2,5	
Total			78	97,5	2	2,5	

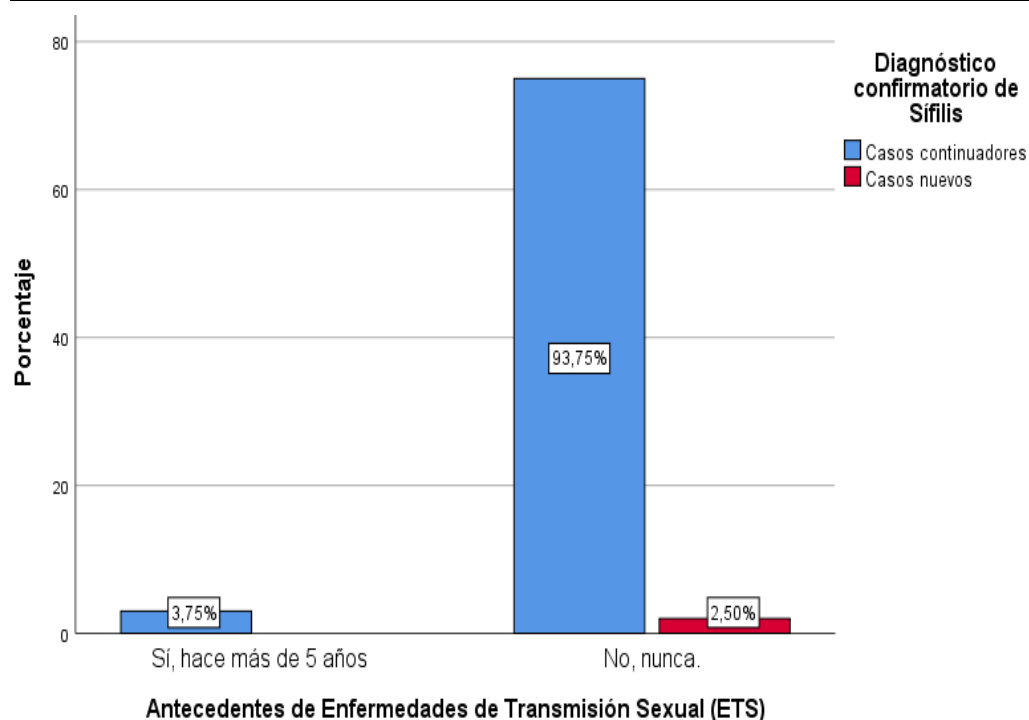


Figura 10. Asociación entre antecedente de ETS y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

El análisis del antecedente de ETS mostró que la mayoría de los casos de pacientes continuadoras se concentró en la respuesta no, nunca (93,75%, n=75), con una pequeña fracción con antecedente de ETS hace más de 5 años (3,75%, n=3). El grupo de casos nuevos de sífilis (2,5%, n=2) también se ubicó completamente en la respuesta No, nunca (2,5%, n=2). Por lo tanto, la Prueba Exacta de Fisher ($p = 1,000$) determina que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de ETS y la sífilis.

Tabla 14. Asociación entre antecedente de sífilis y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

Gestantes (n=80)							
Características de comportamiento de alto riesgo	de	sífilis	Diagnóstico de Sífilis				Pruebas de Chi-cuadrado
			Continuadoras		Nuevas		
			fi	%	fi	%	
Antecedente de sífilis congénita							
Sí, diagnosticada al nacer y actualmente en tratamiento o seguimiento			12	15,0	0	0,0	X ² de Pearson Valor=80.000 p=0,001
Sí, diagnosticada previamente y actualmente en tratamiento o seguimiento			66	82,5	0	0,0	
No presenta antecedente de sífilis congénita			0	0,0	2	2,5	
Total			78	97,5	2	2,5	

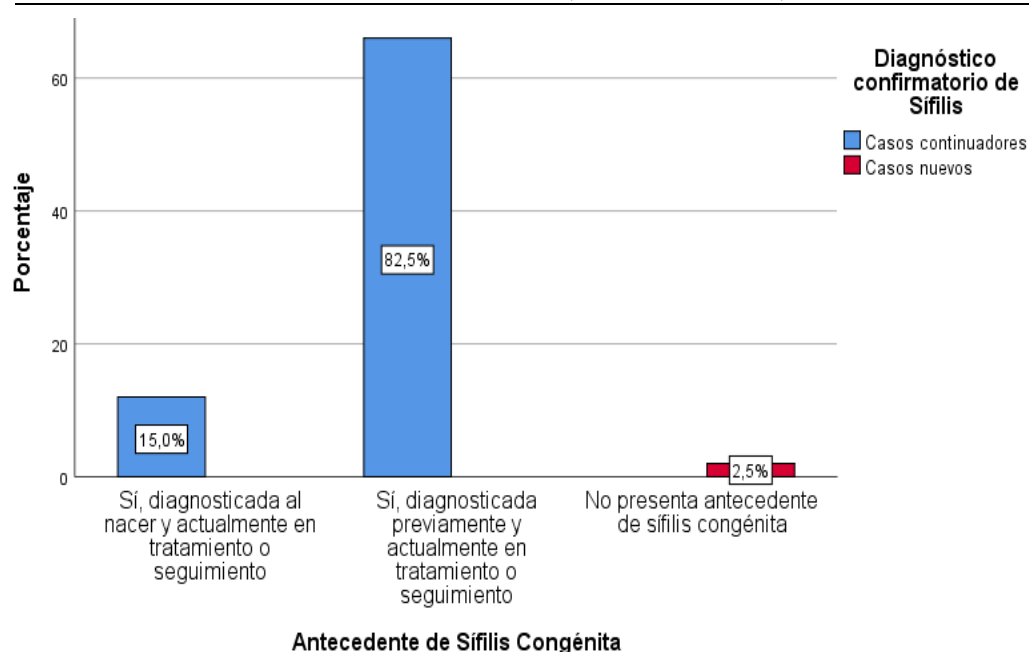


Figura 11. Asociación entre antecedente de sífilis y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

Se observa que, entre las gestantes continuadoras, el 15% (n=12) fueron diagnosticadas con sífilis congénita al nacer y continúan en tratamiento o seguimiento, mientras que el 82,5% (n=66) fueron diagnosticadas previamente y mantienen tratamiento activo. En contraste, las gestantes nuevas (2,5%, n=2) no presentan antecedente de sífilis congénita. El análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado ($p = 0.001$) evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de sífilis congénita y la condición del caso, indicando que ambas variables presentan una relación dependiente en la población estudiada.

Tabla 15. Asociación entre antecedente de aborto y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

Gestantes atendidas en el Centro de Salud de P. Unión, P. Unión, 2024					
Características de comportamiento de alto riesgo	Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
	Diagnóstico de Sífilis				
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Antecedente de aborto					
Si	20	25,0	0	0,0	Prueba exacta de Fisher p=1,000
No	58	72,5	2	2,5	
Total	78	97,5	2	2,5	

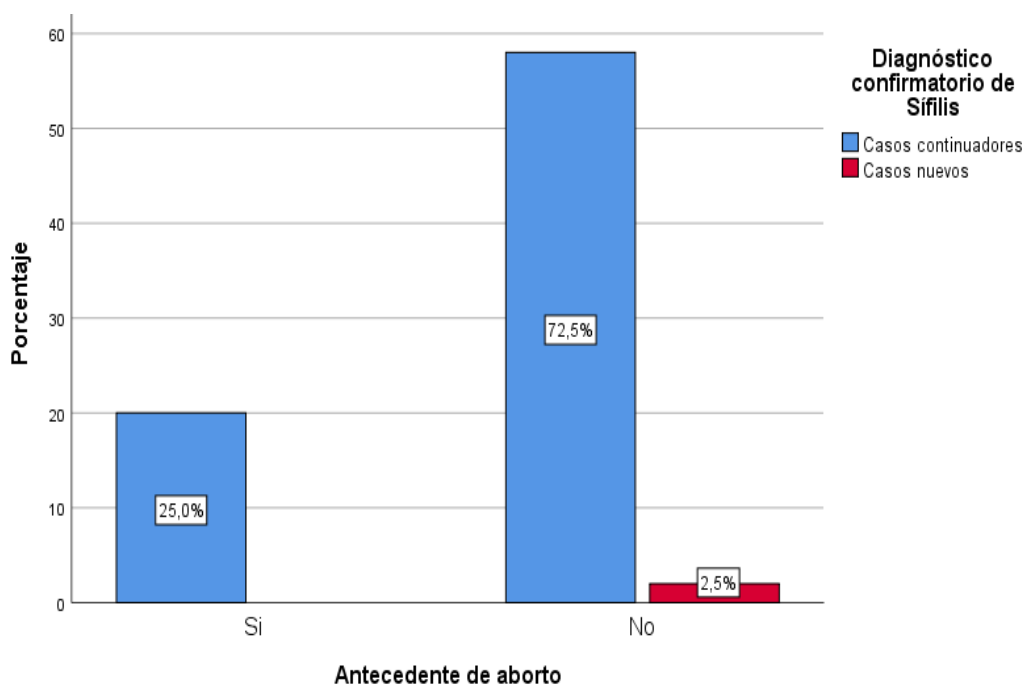


Figura 12. Asociación entre antecedente de aborto y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

La evaluación del antecedente de aborto mostró que el 72,5% (n=58) de las pacientes con condición continuadora de sífilis se encontraba en la categoría de no, mientras que el 25,0% (n=20) reportó sí haber tener antecedente. En el grupo de nuevas pacientes (2,5%, n=2), la totalidad se ubicó en la categoría no (2,5%, n=2). La Prueba Exacta de Fisher arrojó un $p = 1,000$, lo que concluye que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de aborto y la prevalencia de sífilis.

Tabla 16. Asociación entre VIH y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

Centro de Salud de Panao, Huancayo, 2024					
Características de comportamiento de alto riesgo	Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
	Diagnóstico de Sífilis				
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)					
Si	0	0,0	0	0,0	*No se pudo calcular estadísticos
No	78	97,5	2	2,5	
Total	78	97,5	2	2,5	

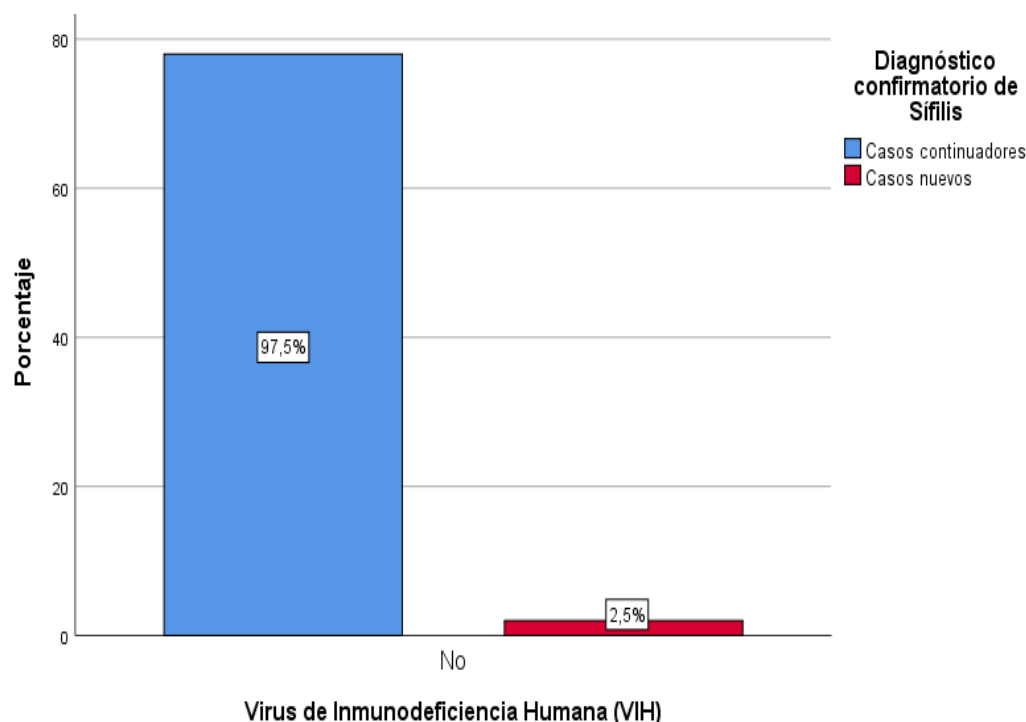


Figura 13. Asociación entre VIH y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

La variable VIH no pudo ser analizada estadísticamente. El 100,0% de la muestra se concentró en la categoría no, incluyendo el 97,5% (n=78) los casos continuadores y el 2,5% (n=2) de los casos nuevos. Esta carencia de variación anula la posibilidad de establecer una asociación.

Tabla 17. Asociación entre orientación sexual y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

Gestantes (n=80)					
Características de comportamiento de alto riesgo	Diagnóstico de Sífilis				Pruebas de Chi-cuadrado
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Orientación sexual					
Heterosexual	61	76,25	1	1,25	X ² de Pearson Valor=2,340 p=0,310
Homosexual	0	0,0	0	0,0	
Bisexual	7	8,75	1	1,25	
Prefiero no decir	10	12,5	0	0,0	
Total	78	97,5	2	2,5	

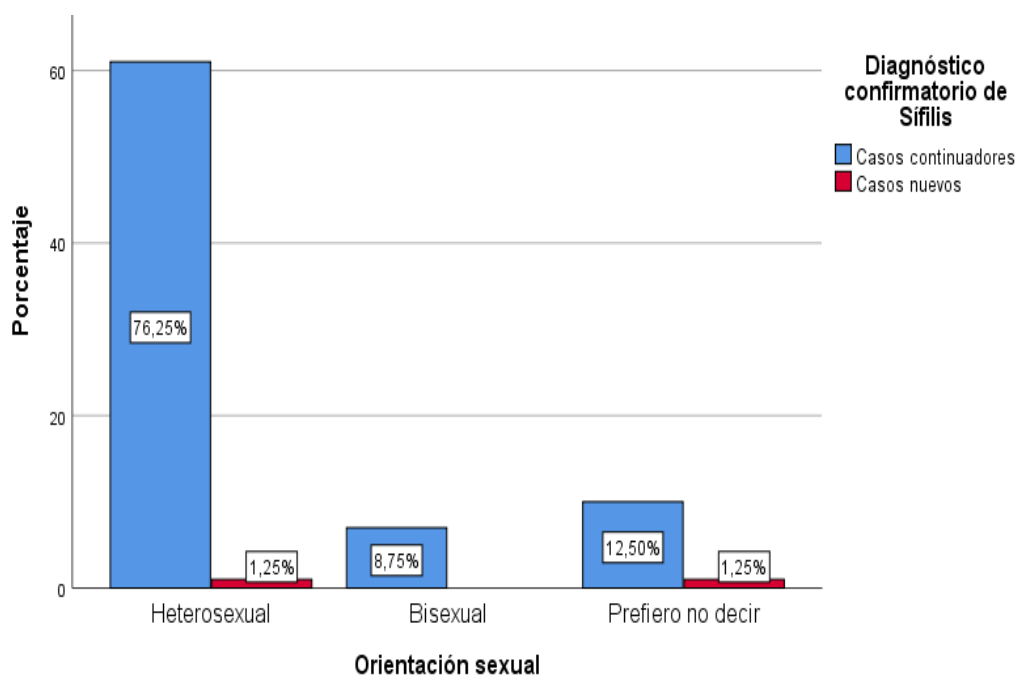


Figura 14. Asociación entre orientación sexual y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

La distribución de la orientación sexual reveló que la mayoría de los casos continuadores (97,5%, n=78) se concentró en heterosexual (76,25%, n=61). Las demás categorías fueron prefiero no decir (12,5%, n=10) y bisexual (8,75%, n=7). En el grupo de nuevos casos (2,5%, n=2), la distribución fue equitativa (1,25%, n=1 en cada caso) entre heterosexual y bisexual. La prueba Chi-cuadrado de Pearson ($X^2 = 2,340$; $p=0,310$) indica que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la orientación sexual y la prevalencia de sífilis.

Tabla 18. Asociación entre consumo de tabaco y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

Gestantes (n=80)					
Características de comportamiento de alto riesgo	Diagnóstico de Sífilis				Pruebas de Chi-cuadrado
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Consumo de tabaco					
Si	0	0,0	0	0,0	*No se pudo calcular estadísticos
No	78	97,5	2	2,5	
Total	78	97,5	2	2,5	

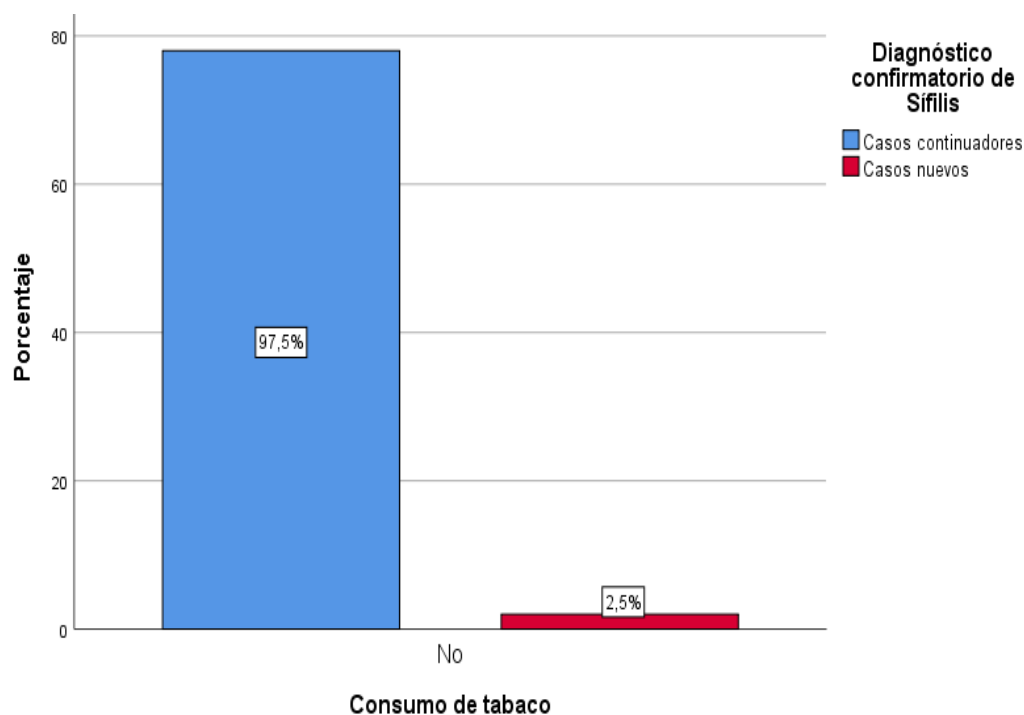


Figura 15. Asociación entre consumo de tabaco y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

La variable consumo de tabaco fue excluida del análisis de asociación bivariado. Se encontró una ausencia total de variabilidad en la muestra, dado que el 100,0% de las grávidas se ubicó en la categoría no fuma. Esta concentración incluye tanto a la totalidad de los casos continuadores a sífilis (97,5%, n=78) como a los casos nuevos (2,5%, n=2). Por lo tanto, el consumo de tabaco resultó ser un factor no diferenciador de riesgo en esta población de estudio.

4.2.2. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS Y DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

Tabla 19. Relación entre parejas sexuales y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

Gestantes (n=80)					
Características de comportamiento de riesgo obstétrico	Diagnóstico de Sífilis				Pruebas de Chi-cuadrado
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Parejas sexuales					
Una	16	20,0	1	1,25	X ² de Pearson Valor=1,569 p=0,456
Varias	33	41,25	1	1,25	
Ninguna	0	0,0	0	0,0	
Prefiero no decir	29	36,25	0	0,0	
Total	78	97,5	2	2,5	

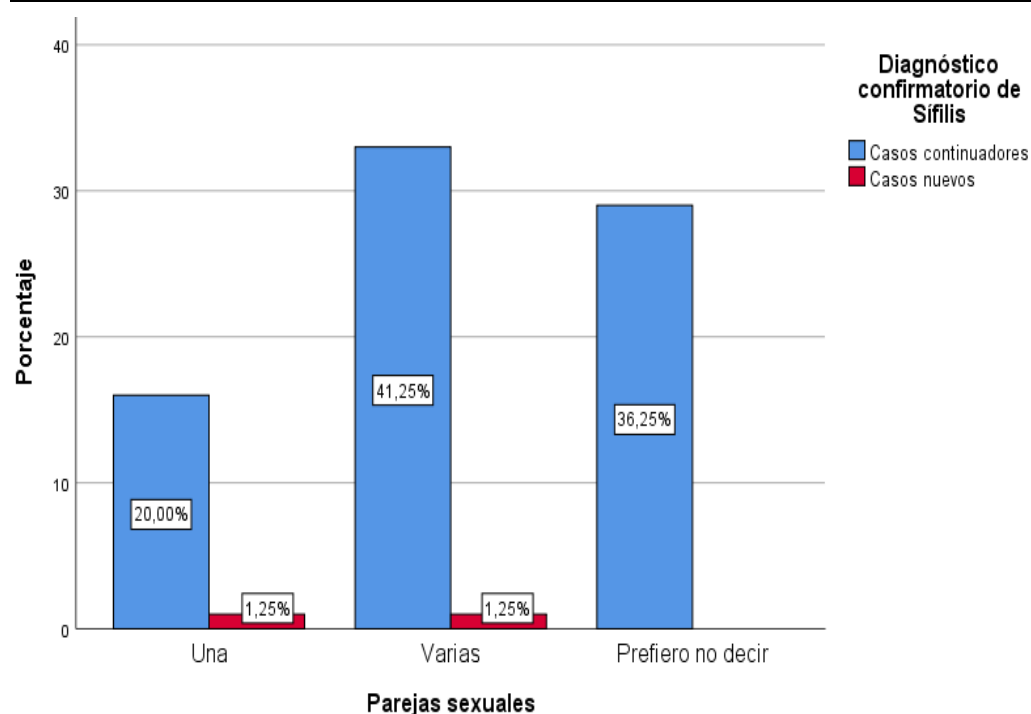


Figura 16. Relación entre parejas sexuales y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

La distribución de la sífilis según el número de parejas sexuales reveló que los casos continuadores (97,5%, n=78) se concentraron en las categorías varias (41,25%, n=33), prefiero no decir (36,25%, n=29) y una (20,0% n=16). La categoría ninguna no registró casos (0,0%). Los dos casos nuevos (2,5%, n=2) se distribuyeron equitativamente (1,25%, n=1 en cada caso) entre las categorías una y varias. La prueba $X^2 = 1,569$ con un $p=0,456$, concluyéndose que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el número de parejas sexuales y la prevalencia de sífilis.

Tabla 20. Relación entre paridad y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

Centro de Salud de Panabo, Huancayo, 2024					
Características de comportamiento de riesgo obstétrico	Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
	Diagnóstico de Sífilis				
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Paridad					
Nulípara (0 partos)	32	40,0	0	0,0	X ² de Pearson Valor=8,889 p=0,064
Primípara (1 parto)	27	33,75	0	0,0	
Secundípara (2 partos)	13	16,25	2	2,5	
Multipara (3 a 5 parto)	5	6,25	0	0,0	
Gran multipara (≥6 partos)	1	1,25	0	0,0	
Total	78	97,5	2	2,5	

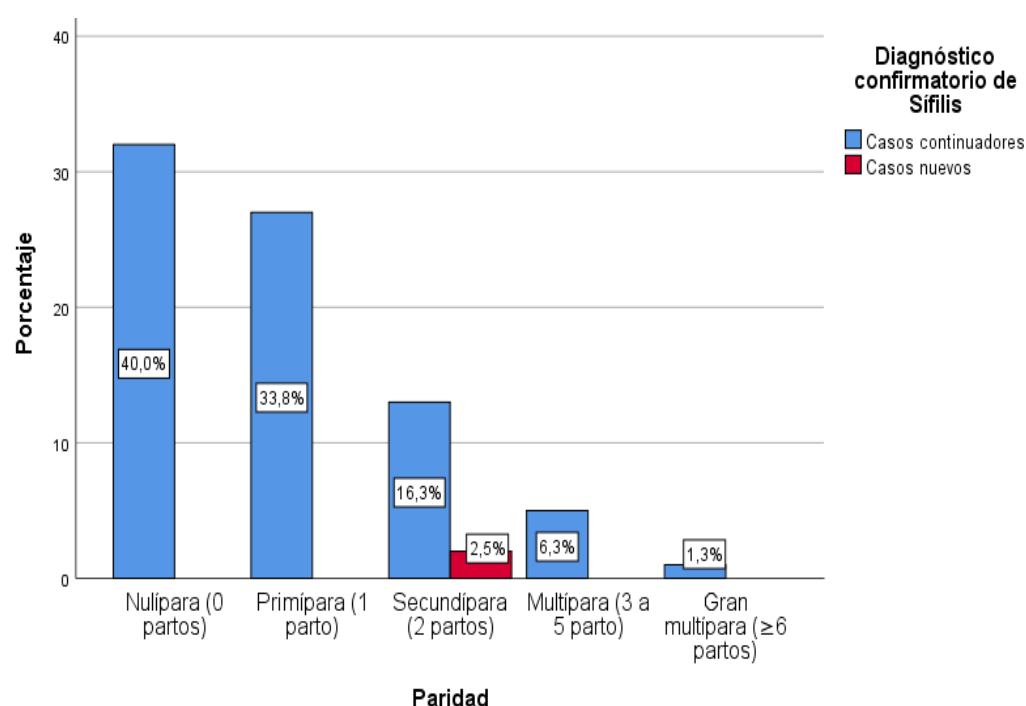


Figura 17. Relación entre paridad y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

El análisis de la paridad mostró que en los casos de continuadoras se distribuyeron en todas las categorías, siendo dominantes nulíparas (40,0%, n=32) y primípara (33,75%, n=27). Los casos restantes se ubicaron en secundípara (16,25%, n=13), múltipara (6,25%, n=5) y gran múltipara (1,25%, n=1). Los dos casos nuevos (2,5%, n=2) se reportaron únicamente en el grupo de secundípara. Por lo que, la prueba X² (p=0,064) indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la paridad y la prevalencia de sífilis, dado que el valor p es marginalmente superior al nivel $\alpha=0,05$.

Tabla 21. Relación entre edad de inicio de relaciones coitales y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

Gestantes (n=80)					
Características de comportamiento de riesgo obstétrico	Diagnóstico de Sífilis				Pruebas de Chi-cuadrado
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Edad de inicio de las relaciones sexuales					
Antes de los 15 años	31	38,75	0	0,0	X ² de Pearson Valor=2,507 p=0,474
Entre 15 y 18 años	34	42,5	2	2,5	
Después de los 18 años	8	10,0	0	0,0	
Prefiero no decir	5	6,25	0	0,0	
Total	78	97,5	2	2,5	

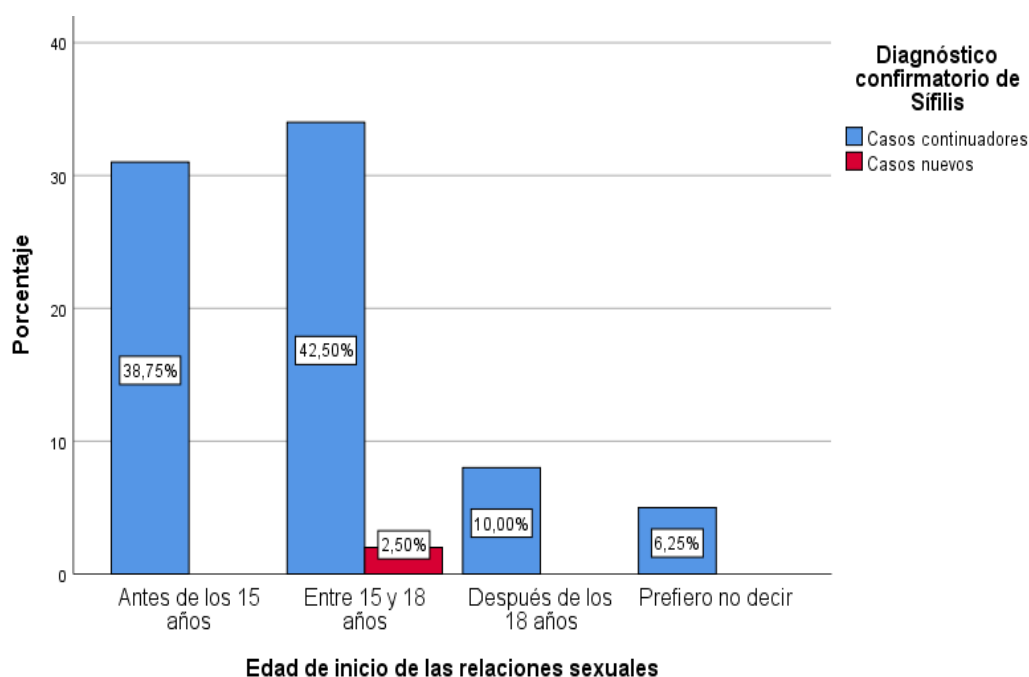


Figura 18. Relación entre edad de inicio de relaciones coitales y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2024

La distribución de los casos de sífilis según la edad de inicio de las relaciones sexuales demostró que la mayoría de los casos de pacientes continuadoras se concentró en las categorías entre 15 y 18 años (42,5%, n=34) y antes de los 15 años (38,75%, n=31). Los casos positivos residuales se ubicaron en después de los 18 años (10,0%, n=8) y prefiero no decir (6,25%, n=5). La totalidad de los casos nuevos (2,5%, n=2) se encontró en el grupo entre 15 y 18 años (2,5%, n=2). La prueba X² de Pearson (p=0,474) determina que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad de inicios coitales y la prevalencia de sífilis.

Tabla 22. Relación entre atención prenatal y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

Gestantes (n=80)					
Características de comportamiento de riesgo obstétrico	Diagnóstico de Sífilis				Pruebas de Chi-cuadrado
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Atención prenatal (APN)					
Ninguna atención prenatal	0	0,0	0	0,0	X ² de Pearson Valor=8,817 p=0,012
Solo 1 atención prenatal	3	3,75	1	1,25	
De 2 a 5 atenciones prenatales	9	11,25	0	0,0	
≥ de 6 atenciones prenatales	66	82,5	1	1,25	
Total	78	97,5	2	2.5	

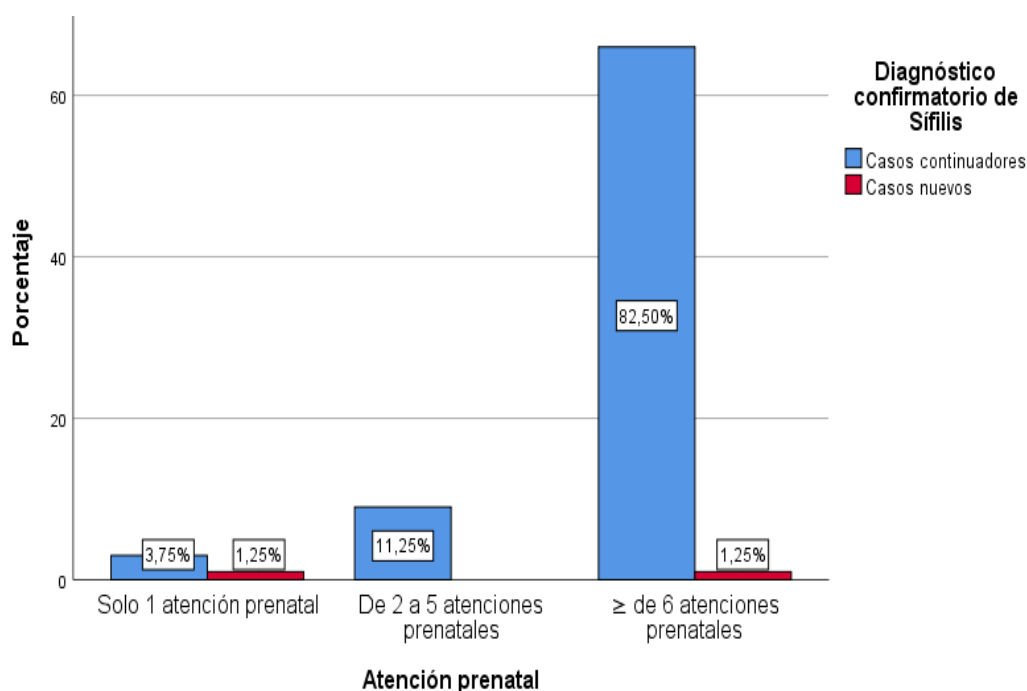


Figura 19. Relación entre atención prenatal y diagnóstico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

El análisis de la Atención Prenatal (APN) mostró que la inmensa mayoría de los casos continuadores se ubicó en la categoría de ≥ 6 atenciones (82,5%, n=66). Los casos restantes se distribuyeron en de 2 a 5 atenciones (11,25%, n=9) y solo 1 atención (3,75%; n=3). Los dos casos nuevos se distribuyeron entre solo 1 atención (1,25%, n=1) y ≥ 6 atenciones (1,25%, n=1). La prueba X² de (p=0,012) indica que existe una asociación entre la cantidad de APN recibida y el diagnóstico de sífilis.

Tabla 23. Relación entre tipo de diagnóstico y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

Gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pánuco, Huánuco, 2024					
Características de comportamiento de riesgo obstétrico	Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
	Diagnóstico de Sífilis				
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Tipo de diagnóstico					
Temprano	57	71,25	2	2,5	Prueba exacta de Fisher p=1,000
Tardío	21	26,25	0	0,0	
Total	78	97,5	2	2,5	

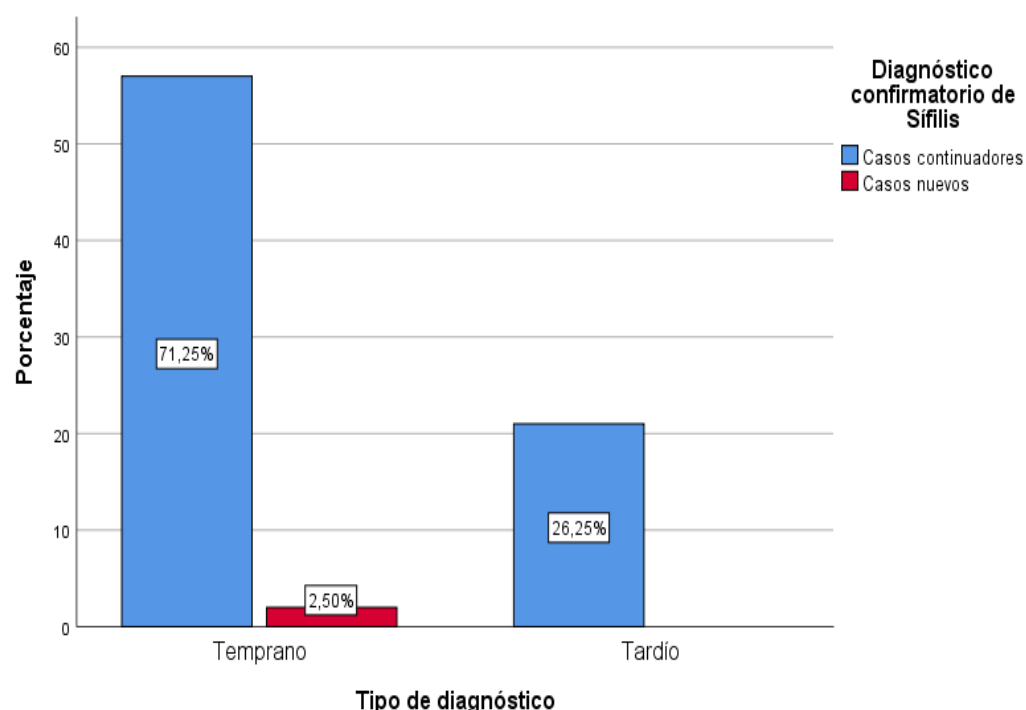


Figura 20. Relación entre tipo de diagnóstico y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

El tipo de diagnóstico no mostró una asociación estadísticamente altamente significativa ($p = 1,000$). La totalidad de los casos continuadores se concentró en los diagnósticos temprano (71,25%, $n=57$) y tardío (26,25%, $n=21$). Por otro lado, la categoría temprana (2,5%, $n=2$) fue la única que concentró la totalidad de los casos nuevos de sífilis.

Tabla 24. Relación entre tipo de tratamiento y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

Gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pánuco, Huánuco, 2024					
Características de comportamiento de riesgo obstétrico	Gestantes (n=80)				Pruebas de Chi-cuadrado
	Diagnóstico de Sífilis				
	Continuadoras		Nuevas		
	fi	%	fi	%	
Tipo de tratamiento					
Completo	76	95,0	0	0,0	Prueba exacta de Fisher p=0,002
Incompleto	2	2,5	2	2,5	
Total	78	97,5	2	2,5	

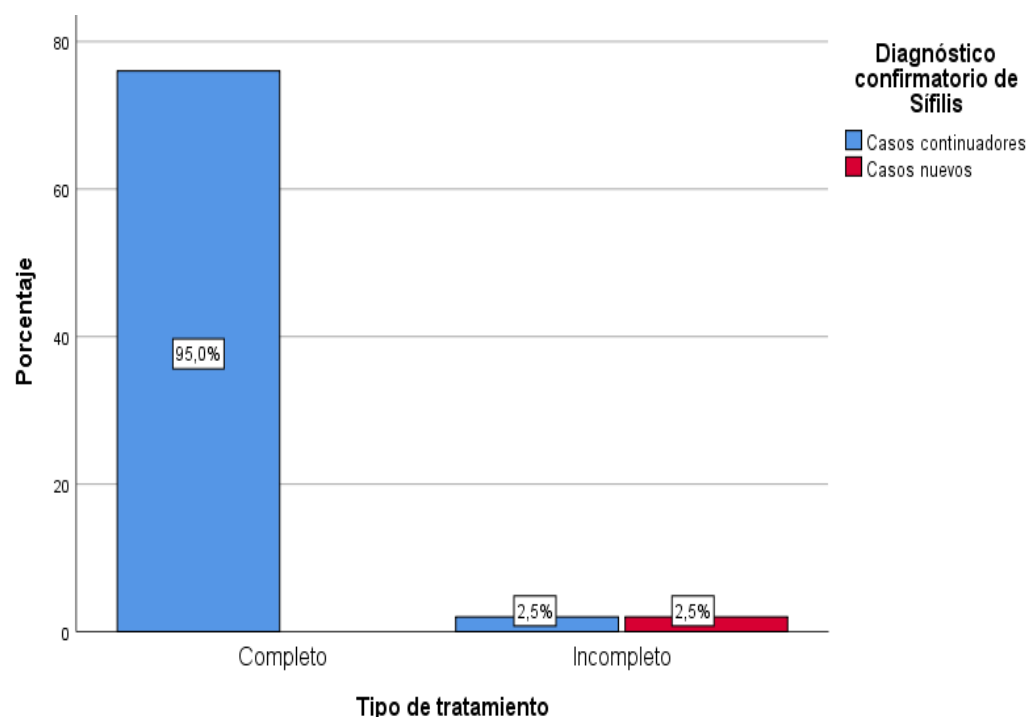


Figura 21. Relación entre tipo de tratamiento y diagnóstico confirmatorio de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2024

El tipo de tratamiento administrado mostró una asociación estadísticamente altamente significativa ($p = 0,002$). Los casos continuadores 97,5%, $n=78$ se distribuyeron casi en su totalidad en la categoría completo (95,0%, $n=76$), con un mínimo de 2,5% ($n=2$) en incompleto. Por otro lado, la categoría de tratamiento incompleto (2,5%, $n=2$) fue la única que concentró la totalidad de los casos nuevos de sífilis.

4.2.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

El análisis bivariado de las características de riesgo y la prevalencia de sífilis permite aceptar la hipótesis general, ya que se evidenció una asociación estadísticamente significativa en al menos una variable de cada dimensión evaluada.

- En cuanto a la hipótesis específica 1 (características demográficas), se acepta la relación, dado que la edad ($p=0.022$) mostró una asociación significativa con el diagnóstico de sífilis, mientras que las demás variables demográficas no presentaron significancia estadística.
- Respecto a la hipótesis específica 2 (comportamientos de riesgo), se acepta parcialmente la relación, debido a que la variable antecedente de sífilis congénita ($p=0.001$) presentó una asociación estadísticamente significativa con la prevalencia de sífilis en gestantes. No obstante, las demás variables de esta dimensión (consumo de drogas, antecedentes de otras ETS, aborto, orientación sexual y consumo de tabaco) no mostraron asociación significativa ($p > 0.05$).
- Además, para la hipótesis específica 3 (características obstétricas), se acepta la relación, ya que la atención prenatal ($p=0.012$) y el tipo de tratamiento ($p=0.002$) demostraron una asociación significativa con la prevalencia de sífilis. En esta dimensión, otras variables no evidenciaron relación estadísticamente relevante.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La sífilis gestacional continúa representando un problema de salud pública de gran magnitud epidemiológica, no solo por su persistencia en poblaciones vulnerables, sino también por las graves consecuencias que acarrea para la madre y el recién nacido. Su transmisión vertical puede generar sífilis congénita, una afección totalmente prevenible si se garantiza un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado durante el control prenatal. Sin embargo, la persistencia de casos evidencia deficiencias en la detección temprana, cobertura limitada de servicios y la influencia de factores individuales y sociales que condicionan la exposición al riesgo.

En este contexto, comprender los determinantes asociados a la prevalencia de la enfermedad en gestantes resulta esencial para fortalecer las estrategias de prevención y control. El presente estudio tuvo como propósito determinar la asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Panao. Los resultados revelan que la sífilis gestacional no se distribuye de forma aleatoria ni responde a un fenómeno multifactorial inespecífico, sino que se asocia significativamente con factores demográficos y obstétricos, lo que refuerza la necesidad de un abordaje integral que considere tanto los aspectos clínicos como los determinantes sociales de la salud.

De manera específica, se identificó que la edad ($p=0,022$), el antecedente de sífilis congénita ($p=0,001$), la atención prenatal ($p=0,012$) y el tipo de tratamiento ($p=0,002$) constituyen los principales predictores de la enfermedad. La asociación con la edad confirma que los grupos etarios más jóvenes concentran la mayor proporción de casos, en concordancia con estudios previos desarrollados en el país, como el de Rojas R. ⁽²²⁾ y Ore J. ⁽²³⁾, quienes reportaron una mayor frecuencia de sífilis en gestantes jóvenes. A diferencia de ello, las variables nivel de instrucción, ocupación y estado civil no mostraron relación significativa, lo que contrasta con los hallazgos de Oliveira et al. ⁽¹⁶⁾ y Uriondo O. ⁽²¹⁾, quienes identificaron vínculos entre estas condiciones y la infección. Esta diferencia se atribuirse a la homogeneidad

sociodemográfica de la población estudiada, que limitó la variabilidad estadística de dichas características.

Un hallazgo relevante fue la relación significativa del antecedente de sífilis congénita ($p=0,001$), lo que indica que la recurrencia o exposición previa en el entorno familiar representa un determinante de riesgo importante. Este resultado coincide con la literatura internacional, donde Salomé et al. ⁽¹⁵⁾ destacan que la persistencia de casos de sífilis congénita obedece a fallas en el seguimiento clínico y en la cobertura del tamizaje prenatal. Asimismo, contrasta con la ausencia de asociación en otras variables conductuales, como el consumo de sustancias, antecedentes de otras ITS o aborto, lo que podría explicarse por un sesgo de deseabilidad social en el autorreporte de las respuestas en dichas variables. Esta situación ya ha sido advertida en investigaciones previas como las de Thornton et al. ⁽¹⁸⁾ y Geremew y Geremew ⁽²⁰⁾, quienes señalaron que los factores conductuales suelen subestimarse cuando se evalúan mediante autoinformes en contextos clínicos.

En la dimensión obstétrica, la atención prenatal (APN) mostró una asociación significativa con la prevalencia de sífilis ($p=0,012$), lo que subraya la influencia decisiva de la oportunidad y calidad del control prenatal sobre la detección y manejo de la enfermedad. Este hallazgo guarda estrecha relación con los resultados de Erazo M. ⁽²⁵⁾ y Salomé et al. ⁽¹⁵⁾, quienes enfatizan que las brechas en el tamizaje o el inicio tardío de los controles son las principales causas de resultados perinatales adversos y de la persistencia de la sífilis congénita. Además, el tipo de tratamiento ($p=0,002$) mostró asociación significativa, lo que evidencia que la adherencia terapéutica y el cumplimiento del protocolo médico son determinantes clave en el control efectivo de la infección. En este contexto, la clasificación entre casos continuadores ($n=78$) y casos nuevos ($n=2$) refuerza la necesidad de mantener la vigilancia y el seguimiento de pacientes con antecedentes previos, ya que la persistencia de casos tratados podría estar vinculada a reinfección o tratamiento incompleto.

Por otro lado, la falta de asociación con variables como número de parejas sexuales ($p=0,456$), paridad ($p=0,064$) y edad de inicio de relaciones sexuales ($p=0,474$) difiere de lo reportado por Geremew y Geremew ⁽²⁰⁾ y

Erazo M. ⁽²⁵⁾, quienes demostraron que estos factores incrementan significativamente la probabilidad de infección. La diferencia podría atribuirse a un bajo poder estadístico derivado del reducido número de casos nuevos, así como al hecho de que la infección en esta población parece estar más vinculada a una relación actual estable que a una historia de promiscuidad sexual.

Como limitación metodológica, se reconoce el reducido número de casos nuevos (n=2), lo que limitó la potencia estadística para establecer asociaciones robustas y afecta particularmente el análisis de variables sensibles o de baja variabilidad, como el consumo de sustancias o la presencia de VIH. Este aspecto sugiere la necesidad de desarrollar investigaciones posteriores con muestras más amplias y estrategias que minimicen el sesgo de información en variables autorreportadas.

A pesar de esta limitación, los hallazgos permiten concluir que la sífilis gestacional en la población estudiada se asocia principalmente con determinantes relacionados con el control prenatal y las características etarias de las gestantes, más que con comportamientos tradicionalmente considerados de alto riesgo. Esta tendencia, que difiere parcialmente de la evidencia internacional, refuerza la hipótesis de que, en contextos con cobertura limitada de tamizaje y atención prenatal, la detección tardía constituye el principal factor que sostiene la persistencia de la enfermedad. En consecuencia, se destaca la urgencia de fortalecer los programas de atención prenatal con enfoque operativo y accesible, priorizando la captación temprana y el seguimiento continuo de gestantes jóvenes, sin descuidar la educación sexual y reproductiva como herramienta de prevención integral.

CONCLUSIÓN

1. Se concluye que existe una relación significativa entre las características de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes, evidenciándose asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en variables pertenecientes a distintas dimensiones. La relación global se sustenta principalmente en la edad dentro de las características demográficas, el antecedente de sífilis congénita en los comportamientos de riesgo, y la atención prenatal (APN) junto con el tipo de tratamiento en las características obstétricas.
2. En la dimensión demográfica, la edad ($p = 0.022$) fue la única variable asociada significativamente con la prevalencia de sífilis, confirmando que los grupos etarios más jóvenes concentran la mayor proporción de casos positivos. Las variables nivel de instrucción ($p = 0.991$), ocupación ($p = 0.955$) y estado civil ($p = 0.987$) no mostraron relación significativa. Las variables raza, religión e ingresos económicos no fueron incluidas en el análisis estadístico por falta de variabilidad en los datos.
3. Respecto a la dimensión de comportamiento de riesgo, se acepta parcialmente la relación, dado que el antecedente de sífilis congénita ($p = 0.001$) presentó una asociación estadísticamente significativa con la prevalencia de sífilis. En cambio, las variables consumo de sustancias o drogas ($p = 0.947$), antecedentes de otras ETS ($p = 1.000$), antecedente de aborto ($p = 1.000$) y orientación sexual ($p = 0.310$) no mostraron asociación significativa. Las variables VIH y consumo de tabaco no fueron analizadas por homogeneidad en las respuestas.
4. En cuanto a las características obstétricas, se confirma una relación significativa con la atención prenatal ($p = 0.012$) y el tipo de tratamiento ($p = 0.002$), lo que evidencia la influencia del seguimiento clínico en la evolución de los casos de sífilis. No se encontró relación para las variables número de parejas sexuales ($p = 0.456$), paridad ($p = 0.064$) ni edad de inicio de las relaciones sexuales ($p = 0.474$). La variable tipo de diagnóstico no presentó asociación significativa, lo que sugiere independencia respecto al estado serológico actual.

RECOMENDACIONES

1. Para la dirección del Centro de Salud Panao

Las recomendaciones se orientan al fortalecimiento de la gestión institucional y la sostenibilidad operativa de las intervenciones:

- Garantizar la cadena de suministro. Gestionar un stock de reserva permanente de pruebas rápidas (PR) de sífilis y Penicilina G Benzatínica, asignando un presupuesto fijo destinado al tamizaje.
- Fortalecer las competencias del personal. Implementar un programa continuo de capacitación con enfoque en entrevista empática para la recolección de datos sensibles (historia sexual, consumo de sustancias), con el fin de reducir el sesgo de información evidenciado en las variables de comportamiento de riesgo.
- Incorporar indicadores de desempeño. Incluir la tasa de tamizaje en la primera APN y la tasa de tratamiento oportuno en gestantes menores de 25 años como indicadores mensuales de gestión. Estos deben emplearse como criterios para la toma de decisiones presupuestarias y operativas.

2. Para la jefatura de obstetricia

Las recomendaciones se centran en la supervisión clínica y la estandarización de procesos:

- Implementar el estándar “Detección Doble Cero”. Establecer un protocolo supervisado que asegure que ninguna gestante egrese del primer control prenatal (C1) sin su prueba rápida de sífilis (Cero Prueba Ausente) y que ningún caso positivo experimente demora en el inicio de su tratamiento (Cero Retraso Terapéutico).
- Implementar revisiones mensuales de los registros clínicos de casos positivos, verificando la completitud de las categorías de diagnóstico y tratamiento, así como la inclusión de la edad como marcador de alto riesgo para el seguimiento.
- Fomentar un sistema de acompañamiento entre obstetras con mayor experiencia para fortalecer las habilidades en la entrevista sobre comportamientos de riesgo, garantizando confidencialidad y mejorando la calidad del registro.

3. Para las obstetras en general

Las recomendaciones se dirigen a optimizar la atención directa y la práctica clínica:

- Focalización por edad. Aplicar un criterio de sospecha clínica ampliado en gestantes menores de 25 años, priorizando el tamizaje de sífilis y reforzando la consejería sobre prevención de ITS y adherencia terapéutica, dado que este grupo concentra la mayor prevalencia.
- Reforzar el rol educativo de la APN. Utilizar la atención prenatal no solo como un espacio de diagnóstico, sino también como una plataforma de educación integral en salud sexual y reproductiva. Se recomienda dedicar un momento específico para explicar los resultados negativos y promover la adherencia al control continuo.
- Registrar información de manera íntegra. Asegurar un registro completo y objetivo de la historia clínica, especialmente en las variables de alto riesgo. En caso de negativa a brindar información, consignar *rechazo de información* en lugar de dejar el campo vacío, preservando la validez de los datos.

4. Para las gestantes y la comunidad

Las recomendaciones buscan promover el empoderamiento y la corresponsabilidad social:

- Iniciar tempranamente el control prenatal. Motivar a las gestantes a acudir al primer control antes de la semana 12 de gestación, dado que la APN demostró ser el principal factor protector frente a la sífilis gestacional y congénita.
- Sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de declarar con honestidad sus antecedentes sexuales, consumo de sustancias y posibles exposiciones de riesgo, resaltando que dicha información es confidencial y fundamental para su salud y la del neonato.
- Promover la creación de grupos de comunicación (como redes de WhatsApp o círculos comunitarios) para recordar citas prenatales y difundir mensajes educativos sobre sífilis congénita, priorizando a las gestantes jóvenes como grupo de mayor vulnerabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Definición de ITS - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [Consultado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/its>
2. ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual (ITS)? [Internet]. Gob.pe. [Consultado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/36502-que-son-las-its>
3. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. [Consultado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/sexually-transmitted-infections>
4. Gatseva PD, Argirova M. Public health: the science of promoting health. Z Gesundh Wiss [Internet]. 2011 [Consultado el 15 de enero de 2025]; 19 (3): 205–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-011-0412-8>
5. Agustí C, Mascort J, Casabona J. El rompecabezas de las ITS: causas plurales, impacto profundo. Aten Primaria [Internet]. el 1 de mayo de 2024 [Consultado el 15 de enero de 2025]; 56(5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-rompecabezas-its-causas-plurales-S0212656724000258>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. [Consultado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sífilis [Internet]. [Consultado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
8. Domínguez M. España, en el top 5 europeo de la sífilis: por qué es el país grande con más casos por habitante [Internet]. El Español. 2023 [Consultado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20231025/espana-top-europeo-sifilis-pais-grande-casos-habitante/804419902_0.html
9. Facts K. Annual Epidemiological Report for 2021 [Internet]. Europa.eu. [Consultado el 18 de enero de 2025]. Disponible en:

- <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/syphilis-annual-epidemiological-report-2021.pdf>
10. Ante tendencia de aumento de sífilis y sífilis congénita en algunos países de las Américas, la OPS pide reforzar acciones de salud pública - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [Consultado el 18 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-7-2022-ante-tendencia-aumento-sifilis-sifilis-congenita-algunos-paises-americas-ops-pide>
 11. Hoja Informativa: Iniciativa EMTCT PLUS 2011-2021. Intervenciones esenciales para la prevención de la sífilis congénita [Internet]. Paho.org. [Consultado el 18 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/hoja-informativa-iniciativa-emtct-plus-2011-2021-intervenciones-esenciales-para>
 12. Barrera SMR. Hay más de 4 millones de casos de sífilis en la región: OPS [Internet]. CONSULTORSALUD. 2022 [Consultado el 18 de enero de 2025]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/ops-alerta-casos-sifilis-region/>
 13. Gerencia Regional de Salud – Cusco. Boletín epidemiológico – N° 2021 [Internet]. Gob.pe. [Consultado el 18 de enero de 2025]. Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/normas_legales/epidem/BOLETIN482021.pdf
 14. Red de Salud Huánuco. Situación Epidemiológica 2022 Semana 39 [Internet]. Gob.pe. [Consultado el 18 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regionhuanuco-rshuanuco/informes-publicaciones/5643662-situacion-epidemiologica-2022-semana-39>
 15. Salomè S, Cambriglia MD, Montesano G, Capasso L, Raimondi F. Congenital syphilis: A re-emerging but preventable infection. Pathogens [Internet]. 2024 [Consultado el 18 de enero de 2025]; 13(6): 481. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/pathogens13060481>
 16. Mundim de Oliveira I, Dos Santos RC, Alves Silva R, Figueiredo Alves RR, Teodoro Martins BC, Soares LR. Prevalence of syphilis and associated factors among pregnant women in Brazil: systematic review and meta-analysis. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2024 [Consultado

- el 18 de enero de 2025]; 46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.61622/rbgo/2024rbgo28>
17. Reis MA dos, Ferreira LB, Rolindo JMR, Matos MA. Treponema pallidum: percepção de vulnerabilidade à infecção pelas mulheres trabalhadoras da segurança pública de Goiás. Saúde pesqui [Internet]. 2023 [Consultado el 18 de enero de 2025]; 16(4): 1–19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n4.e11835>
18. Thornton C, Chaisson LH, Bleasdale SC. Characteristics of Pregnant Women With Syphilis and Factors Associated With Congenital Syphilis at a Chicago Hospital. Open Forum Infectious Diseases [Internet]. 2022 May 1 [Consultado el 18 de enero de 2025]; 9(5): ofac169. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35493123/>
19. Noah A, Hill AV, Perez-Patron MJ, Berenson AB, Comeaux CR, Taylor BD. Disparities in prenatal sexually transmitted infections among a diverse population of foreign-born and US-born women. Reprod Sci [Internet]. 2022 [Consultado el 18 de enero de 2025]; 29(5): 1651–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s43032-022-00891-5>
20. Geremew H, Geremew D. Sero-prevalence of syphilis and associated factors among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev [Internet]. 2021 [Consultado el 21 de enero de 2025]; 10(1): 223. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-021-01786-3>
21. Uriondo Oré VDE. Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022 [Internet] Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga. 2024 [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4932>
22. Rojas Rioja AB. Prevalencia de sífilis gestacional en la región Lambayeque, Perú en el período 2016-2019 [Internet] Lambayeque: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2023 [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/5871>
23. Ore Jauregui LP. Factores de riesgo relacionados a la sífilis en las gestantes [Internet] Lima: Universidad Norbert Wiener. el 3 de noviembre

- de 2023 [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/10341>
24. Serna Cruz J. Sífilis secundaria en gestante adolescente en el hospital militar central en el año 2019 [Internet] Lima: Universidad Norbert Wiener el 3 de mayo de 2022 [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/7411>
 25. Erazo-Medina LL, García-Cajaleón JD, Sotelo-Muñoz SA, Rivera-Beltrán SE, Reyes-Ortiz SC, Campos-Correa KE, et al. Sífilis gestacional: análisis de factores de riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015-2020). *Ginecol Obstet México* [Internet]. 2022 [Consultado el 21 de enero de 2025]; 90(11): 901–9. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i11.8154>
 26. Peeling RW, Mabey D, Chen XS, Garcia PJ. Syphilis. *The Lancet* [Internet]. 2023 jul 22 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 402(10398): 336–46. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673622023480>
 27. Hook EW 3rd. Syphilis. *Lancet* [Internet]. 2017 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 389(10078): 1550–7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32411-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32411-4)
 28. Gutiérrez Brenes LJ, Viquez Quesada M, Valverde Chinchilla K. Sífilis congénita: una enfermedad engañosa. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2022 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 7(6): e846. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v7i6.846>
 29. Quétel C. History of syphilis [Internet]. 2025 [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000795654119808>
 30. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 1999 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 12(2): 187–209. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1128/CMR.12.2.187>
 31. *Treponema pallidum*. A bibliographical review of the morphology, culture and survival of *T. pallidum* and associated organisms: Introduction. *Bull World Health Organ* [Internet]. 1966 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 35 Suppl:5–9. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2476063/>

32. Darkfield Microscopy Procedure for Detection and Identification of *Treponema Pallidum* [Internet]. Google Books. 2025 [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books/about/Darkfield_Microscopy_Procedure_for_Detec.html?id=f1sMmdS2InlC&redir_esc=y
33. Fitzgerald TJ. Pathogenesis and immunology of *Treponema pallidum*. *Annu Rev Microbiol* [Internet]. 1981 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 35(1): 29–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.mi.35.100181.000333>
34. Cumberland MC, Turner TB. The rate of multiplication of *Treponema pallidum* in normal and immune rabbits. *Am J Syph Gonorrhea Vener Dis* [Internet]. mayo de 1949 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 33(3): 201–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18121293/>
35. Raiziss GW, Severac M. Rapidity with which *spirochaeta pallida* invades the blood stream. *Arch Dermatol Syphilol* [Internet]. el 1 de junio de 1937 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 35(6): 1101–9. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/518394>
36. Stokes JH, Beerman H, Ingraham Junior NR. Modern clinical syphilology: diagnosis, treatment, case study. En: *Modern clinical syphilology: diagnosis, treatment, case study* [Internet]. 1944 [Consultado el 23 de enero de 2025]. p. vii,1332-vii,1332. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1085094>
37. Chapel TA. The variability of syphilitic chancres. *Sex Transm Dis* [Internet]. 1978 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 5(2): 68–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00007435-197804000-00009>
38. Mindel A, Tovey SJ, Timmins DJ, Williams P. Primary and secondary syphilis, 20 years' experience. 2. Clinical features. *Sexually Transmitted Infections* [Internet]. 1989 Jan 1 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 65(1): 1–3. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/sti.65.1.1>
39. The Signs and Symptoms of Secondary Syphilis: Sexually Transmitted Diseases [Internet]. LWW. 2024 [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en:

https://journals.lww.com/stdjournal/citation/1980/10000/The_Signs_and_Symptoms_of_Secondary_Syphilis.2.aspx

40. Merritt HH. The early clinical and laboratory manifestations of syphilis of the central nervous system. *N Engl J Med* [Internet]. 1940 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 223(12): 446–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejm194009192231204>
41. Cole HN. Cooperative clinical studies in the treatment of syphilis. *Journal of the American Medical Association* [Internet]. 1937 May 29 [Consultado el 23 de enero de 2025]; 108(22):1861. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/277373>
42. Kampmeier RH, Morgan HJ. The specific treatment of syphilitic aortitis. *Circulation* [Internet]. 1952 [Consultado el 29 de enero de 2025]; 5(5): 771–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/01.cir.5.5.771>
43. Chesney AM. Incidence of spirochaeta pallida in cerebrospinal fluid during early stage of syphilis. *Jama* [Internet]. 1924 nov 29 [Consultado el 29 de enero de 2025]; 83(22): 1725–5. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/232911>
44. Merritt HH, Adams RO, Solomon HC. Neurosyphilis. En: *Neurosyphilis* [Internet]. 1946 [Consultado el 29 de enero de 2025]. p. 443–443. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-922607>
45. Rodríguez-Cerdeira C, Silami-Lopes VG. Sífilis congénita en el siglo xxi. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2012 [Consultado el 29 de enero de 2025]; 103(8): 679–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.10.008>
46. Vásquez CV. Sífilis congénita. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2025 [Consultado el 29 de enero de 2025]; 2(1): 49–56. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8090351>
47. Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. *Enferm infecc microbiol clin (Engl)* [Internet]. 2019 [Consultado el 29 de enero de 2025]; 37(6): 398–404. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2018.12.009>
48. Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B [Internet]. *Www.gob.pe*. 2020

- [Consultado el 29 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1091066-norma-tecnica-de-salud-para-la-prevencion-de-la-transmision-materno-infantil-del-vih-sifilis-y-hepatitis-b>
49. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de sífilis congénita [Internet] [Consultado el 29 de enero de 2025]. Disponible en: <https://goo.su/ZUDG7>
 50. Vigilancia epidemiológica de sífilis congénita [Internet]. CDC MINSA. [Consultado el 29 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-epidemiologica-de-sifilis-congenita/>
 51. Palacios Muñoz R, de la Fuente Aguado J, Murillas Angoit J, Nogueira Coito JM, Santos González J. Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]. 2006 nov 15 [Consultado el 29 de enero de 2025]; 24: 34–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-sifilis-e-infeccion-por-el-13096048>
 52. Apoita Sanz M, González Navarro B, Jané-Salas E, Marí Roig A, Estrugo Devesa A, López-López J. Sífilis: manifestaciones orales, revisión sistemática. Av Odontoestomatol [Internet]. 2020 [Consultado el 29 de enero de 2025]; 36(3): 159–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852020000300005>
 53. Dávila Lazón JR, Lizarbe García L. Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2012 – 2015 [Internet] Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2017 [Consultado el 29 de enero de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/2569>
 54. Diez M, Pawlowicz MP, Vissicchio F, Amendolaro R, Barla JC, Muñiz A, et al. Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. Salud Colect [Internet]. 2020 [Consultado el 29 de enero de 2025]; 16: e2509. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2020.2509>

55. Uso de sustancias - OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [Consultado el 29 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias>
56. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación – Argentina. Diagnóstico y tratamiento de sífilis [Internet] 2019 [Consultado el 29 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sau-net.org/capitulos/infecciones/guia-sifilis-2019.pdf>.
57. Aday LA. Health status of vulnerable populations. Annu Rev Public Health [Internet]. 1994 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 15(1): 487–509. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.pu.15.050194.002415>
58. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process [Internet]. 1991 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 50(2): 179–211. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t)
59. Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory [Internet]. 2025 [Consultado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.simplypsychology.org/bronfenbrenner.html>
60. Mundim de Oliveira I, Dos Santos RC, Alves Silva R, Figueiredo Alves RR, Teodoro Martins BC, Soares LR. Prevalence of syphilis and associated factors among pregnant women in Brazil: systematic review and meta-analysis. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2024 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.61622/rbgo/2024rbgo28>
61. Vela-Ruiz JM, Rivadeneyra-Romero R, De La Cruz-Vargas JA, Meléndez-Asipali JA, Espinoza R. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según encuesta demográfica en Perú. Rev Cuerpo Med Hosp Nac Almazor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2022 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 15(2): 180–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.152.1174>
62. Moreno Gómez GA, Moreno Gómez JG, Colorado Barrios KT. Determinantes sociales de la salud asociados a la sífilis gestacional y congénita en Risaralda. Rev médica Risaralda [Internet]. 2024

- [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 29(2): 9–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22517/25395203.25271>
63. Carcamo CP, Velasquez C, Rocha SC, Centurion-Lara A, Lopez-Torres L, Parveen N. Sociodemographic and clinical characteristics associated with maternal and congenital syphilis-A prospective study in Peru. *International journal of infectious diseases* [Internet]. 2024 jun 1 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 143: 107041–1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107041>
 64. Girardi G, Longo M, Bremer AA. Social determinants of health in pregnant individuals from underrepresented, understudied, and underreported populations in the United States. *Int J Equity Health* [Internet]. 2023 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 22(1): 186. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-023-01963-x>
 65. Gonzales GF, Tapia V, Serruya SJ. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. el 2 de julio de 2014 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 31(2). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/37>
 66. Guimarães Ribeiro MS de F, Cavalcanti R, Moraes L, Veras R, Martins C, Rangel da Silva L. Conhecimento e vulnerabilidade de participantes da Tenda da Sífilis: ação de extensão universitária. *Enferm Glob* [Internet]. 2021 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 20(3): 412–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.448771>
 67. Parker LA, Deschutter EJ, Bornay-Llinares FJ, Hernandez-Aguado I, Silva G, Piragine RDC, et al. Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2012 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 16(4): e256-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2011.12.005>
 68. Social Determinants of Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. 2025 [Consultado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/social-determinants-health>
 69. Xue X, Huang X, Liu G, Jiang X, Lin W, Chen Y, et al. Evaluating the effectiveness of spousal testing among syphilis-infected pregnant women in the context of mother-to-child transmission elimination: A multicenter

- study in southeastern China. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2025 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 18: 2423–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/RMHP.S531584>
70. Ireland H, Tran NT, Dawson A. The role of social capital in women's sexual and reproductive health and rights in humanitarian settings: a systematic review of qualitative studies. *Confl Health* [Internet]. 2021 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 15(1):87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13031-021-00421-1>
 71. Genetu K, Abere K, Tachbele E. Magnitudes and correlates of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and syphilis among pregnant mothers attending antenatal care in Addis Ababa, Ethiopia. *Infect Dis Obstet Gynecol* [Internet]. 2022 [Consultado el 3 de febrero de 2025]; 2022: 6156613. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2022/6156613>
 72. Halfon N, Hochstein M. Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research. *Milbank Q* [Internet]. septiembre de 2002 [Consultado el 8 de febrero de 2025]; 80(3): 433–79. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00019>
 73. Yideg Yitbarek G, Ayele BA. Prevalence of Syphilis among Pregnant Women Attending Antenatal Care Clinic, Sede Muja District, South Gondar, Northwest Ethiopia. *J Pregnancy* [Internet]. el 14 de julio de 2019 [Consultado el 8 de febrero de 2025]; 2019: 1584527. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2019/1584527>
 74. Guedes AL de L, Guimarães DC da S, Sarkis DJ, Gabriel TT, Delgado CS, Campos AAL, et al. Factors associated with women diagnosed with syphilis who received prenatal care in a primary healthcare unit. *Einstein Sao Paulo Braz* [Internet]. 2023 [Consultado el 8 de febrero de 2025]; 21: eAO0046. Disponible en: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2023AO0046
 75. Balasch J. Conducta y Conducta. *Acta Comport* [Internet]. 2007 [Consultado el 8 de febrero de 2025]; 15(SPE): 33–43. Disponible en: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452007000400003

76. Sífilis - OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [Consultado el 8 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sifilis>
77. Díaz Cruz LA. Sífilis gestacional: un problema de salud pública. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2011 Sep 1 [Consultado el 8 de febrero de 2025]; 59(3): 163–5. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112011000300001
78. Vidal Borrás E, Hernández González B. Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad. Rev habanera cienc médicas [Internet]. 2017 [Consultado el 8 de febrero de 2025]; 16(4): 625–34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000400014
79. Casas-P RL, Rodríguez M, Rivas J. Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente? Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2009 Mar 1 [Consultado el 9 de febrero de 2025]; 60(1): 49–56. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000100007
80. Cuidado integral durante el embarazo [Internet]. Argentina.gob.ar. 2021 [Consultado el 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias/corresponsabilidad-en-la-crianza-y-los-cuidados/cuidado-integral-durante-el-embarazo>
81. What is prevalence? [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [Consultado el 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/what-is-prevalence>
82. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int J Morphol [Internet]. junio de 2014 [Consultado el 9 de febrero de 2025]; 32(2): 634–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
83. Cvetkovic-Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, López LEC. Estudios transversales. Rev Fac Med Humana [Internet]. enero de 2021

- [Consultado el 9 de febrero de 2025]; 21(1): 179–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>
84. Castañeda Mota MM. La cientificidad de metodologías cuantitativa, cualitativa y emergentes. Rev Digit Investig En Docencia Univ [Internet]. enero de 2022 [Consultado el 9 de febrero de 2025]; 16(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2223-25162022000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 85. Supo J. Bioestadístico [Internet]. 2023 [Consultado el 9 de febrero de 2025]. Niveles de investigación. Disponible en: <https://bioestadistico.com/niveles-de-investigacion>
 86. Jhangiani RS, Chiang I-CA, Cuttler C, Leighton DC. Research Methods in Psychology. 2nd Canadian ed. BCcampus OpenEd / LibreTexts; 2022. Disponible en: <https://opentextbc.ca/researchmethods/chapter/overview-of-nonexperimental-research>
 87. WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants [Internet] [Consultado el 10 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Artica Y. Asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://.....>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, 2024”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	METODOLOGÍA	TECNICA
¿Cuál es la asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024?	Relacionar las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024	Hi: Existe asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024 Hi: No existe asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024	VARIABLE DE ASOCIACIÓN Características de comportamiento de riesgo VARIABLE DE SUPERVISIÓN Prevalencia de sífilis	Observacional, retrospectivo, transversal, analítico de nivel correlacional, enfoque cuantitativo y diseño no experimental, como se muestra a continuación: <div data-bbox="1377 874 1680 1050"> </div>	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Análisis documental de las historias clínicas
POBLACIÓN ESPECÍFICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	Donde: • M (Muestra del estudio, es decir, gestantes del Centro de Salud Pano de Huánuco) • Ox (Observación y medición de la primera variable de asociación, las		
P₁: ¿Cuál es la relación entre las características demográficas (edad, raza, nivel de instrucción, religión,	O₁: Identificar la relación entre las características demográficas (edad, raza, nivel de instrucción, religión,	Hi₁: Existe relación entre las características demográficas (edad, raza, nivel de instrucción, religión, ocupación, estado civil e ingresos económicos) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud			
			INSTRUMENTO Ficha de recolección de datos, estructurado de la siguiente manera para el estudio: Dentro de las variables de		

ocupación, estado civil e ingresos económicos) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024?	ocupación, estado civil e ingresos económicos) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024	de Pano de Huánuco, durante el año 2024 Ho₁: No existe relación entre las características demográficas (edad, raza, nivel de instrucción, religión, ocupación, estado civil e ingresos económicos) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024	características de comportamiento de riesgo) • Oy (Observación de la segunda variable de supervisión, la prevalencia de sífilis) • r (Correlación entre variable)	asociación, están compuestas por tres dimensiones: Características demográficas (7 ítems), comportamiento de alto riesgo materno (7 ítems) y características obstétricas (6 ítems); por otro lado, para la variable de supervisión, integró solo 1 ítem, que es el diagnóstico confirmatorio de la sífilis, haciendo así, una relación entre variables.
P₂: ¿Cuál es la asociación entre las características de comportamiento materno de alto riesgo (consumo de sustancias y/o drogas, antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual, antecedente sífilis congénita, antecedente de aborto, Virus de Inmunodeficiencia Humana, orientación sexual, consumo de tabaco) y la prevalencia de	O₂: Identificar la asociación entre las características de comportamiento materno de alto riesgo (consumo de sustancias y/o drogas, antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual, antecedente sífilis congénita, antecedente de aborto, Virus de Inmunodeficiencia Humana, orientación sexual, consumo de tabaco) y la prevalencia de	Hi₂: Existe asociación entre las características de comportamiento materno de alto riesgo (consumo de sustancias y/o drogas, antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual, antecedente de sífilis congénita, antecedente de aborto, Virus de Inmunodeficiencia Humana, orientación sexual, consumo de tabaco) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024 Ho₂: No existe asociación entre las características de comportamiento materno de alto riesgo (consumo de sustancias y/o drogas, antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual, antecedente de sífilis congénita, antecedente de aborto, Virus de Inmunodeficiencia	POBLACIÓN Dentro de la población estuvo conformada por 100 gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco durante el año 2024 MUESTRA La muestra fue determinada mediante un muestreo aleatorio simple, el cual permitió garantizar que cada unidad de la población tenga la misma probabilidad de ser seleccionada. Tras la aplicación de la fórmula para poblaciones pequeñas la muestra del presente estudio estuvo compuesta por un total de 80 gestantes. Esta muestra representa a las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano durante el año 2024, asegurando que los hallazgos obtenidos reflejen de	

sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco; durante el año 2024?	sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024	Humana, orientación sexual, consumo de tabaco) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024	manera confiable la realidad local de dicha institución en el periodo establecido. El tamaño muestral fue calculado a través de una fórmula estadística basada en el total de la población, el nivel de confianza y el margen de error aceptado, conforme a los criterios metodológicos del estudio.
P₃: ¿Cuál es la relación entre las características obstétricas (parejas sexuales, paridad, edad de inicio de las relaciones sexuales, atención prenatal, tipo de diagnóstico, tipo de tratamiento) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024?	O₃: Identificar la relación entre las características obstétricas (parejas sexuales, paridad, edad de inicio de las relaciones sexuales, atención prenatal, tipo de diagnóstico, tipo de tratamiento) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024	Hi₃: Existe relación entre las características obstétricas (parejas sexuales, paridad, edad de inicio de las relaciones sexuales, atención prenatal, tipo de diagnóstico, tipo de tratamiento) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024 Ho₃: No existe relación entre las características obstétricas (parejas sexuales, paridad, edad de inicio de las relaciones sexuales, atención prenatal, tipo de diagnóstico, tipo de tratamiento) y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco durante el año 2024	MUESTREO Probabilístico aleatorio simple

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024”

FICHA N° _____

HC _____

I. CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMIENTO

A. DEMOGRÁFICA

1. Edad

- a) 14 a 21 años
- b) 22 a 30 años
- c) 31 a 37 años
- d) 38 a más

2. Raza

- a) Mestizo
- b) Afrodescendiente
- c) Asiático
- d) Indígena

3. Nivel de instrucción

- a) Primaria completa
- b) Secundaria completa
- c) Universitaria completa
- d) No tiene educación formal

4. Religión

- a) Católico
- b) Protestante
- c) Ateo/agnóstico
- d) Prefiero no decir

5. Ocupación

- a) Trabaja a tiempo completo
- b) Trabaja a tiempo parcial
- c) Estudiante
- d) Desempleada

6. Estado civil

- a) Casada
- b) Soltera
- c) En una relación de convivencia
- d) Divorciada o separada

7. Ingresos económicos, Según la clasificación de la Encuesta Nacional de Hogares 2018 (ENAH0)

- a) Nivel Socio Económico E (Ingreso promedio 1300 s/)
- b) Nivel Socio Económico D (Ingreso promedio 2480 s/)
- c) Nivel Socio Económico C (Ingreso promedio 3970 s/)
- d) Prefiero no decir

B. CARACTERÍSTICAS DE ALTO RIESGO**8. Consumo de sustancias y/o drogas**

- a) Sí, consumo regularmente
- b) Sí, consumo ocasionalmente
- c) No, pero he consumido en el pasado
- d) No, nunca he consumido

9. Antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

- a) Sí, en los últimos 5 años
- b) Sí, hace más de 5 años
- c) No, nunca.

10. Antecedente de Sífilis Congénita

- a) Sí, diagnosticada al nacer y actualmente en tratamiento o seguimiento
- b) Sí, diagnosticada previamente y actualmente en tratamiento o seguimiento
- c) No presenta antecedente de sífilis congénita

11. Antecedente de aborto

- a) Si
- b) No

12. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

- a) Si
- b) No

13. Orientación sexual

- a) Heterosexual
- b) Homosexual
- c) Bisexual
- d) Prefiero no decir

14. Consumo de tabaco

- a) Si
- b) No

C. OBSTÉTRICA

15. Parejas sexuales

- a) Una
- b) Varias
- c) Ninguna
- d) Prefiero no decir

16. Paridad

- a) Nulípara (0 partos)
- b) Primípara (1 parto)
- c) Secundípara (2 partos)
- d) Multípara (3 a 5 parto)
- e) Gran multípara (≥ 6 partos)

17. Edad de inicio de las relaciones sexuales

- a) Antes de los 15 años
- b) Entre 15 y 18 años
- c) Después de los 18 años
- d) Prefiero no decir

18. Atención prenatal (APN)

- a) Ninguna atención prenatal
- b) Solo 1 atención prenatal
- c) De 2 a 5 atenciones prenatales
- d) \geq de 6 atenciones prenatales

19. Tipo de diagnóstico

- a) Temprano
- b) Tardío

20. Tipo de tratamiento

- a) Completo
- b) Incompleto

II. PREVALENCIA DE SÍFILIS

21. Diagnóstico confirmatorio de Sífilis

- a) Si
- b) No

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto:
- 1.2. Actividad laboral:
- 1.3. Institución donde labora:
- 1.4. Denominación del instrumento:
- 1.5. Autor del instrumento:

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	Claridad: Los ítems están redactados con lenguaje comprensible y apropiado para el contexto					
02	Objetividad: Los ítems permiten medir conductas de forma directa y verificable					
03	Actualidad: El contenido refleja conocimientos recientes y evidencia científica vigente					
04	Organización: Los ítems siguen un orden lógico y estructurado que facilita su evaluación					
05	Suficiencia: La cantidad de ítems por dimensión es adecuada para su evaluación completa					
06	Intencionalidad: Cada ítem responde a los objetivos específicos del instrumento					
07	Consistencia: Los ítems tienen base teórica que respalda su validez conceptual					
08	Coherencia: Hay relación clara entre cada ítem y la dimensión que mide					
09	Metodología: La estrategia de medición se ajusta al enfoque y propósito del estudio					
10	Pertinencia: Los ítems son relevantes para el problema de investigación					
PUNTAJE FINAL		puntos				

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

.....

.....

RESULTADO: Aplicable () Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Huánuco, ____ de _____ de ____

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Mg. Maricela Marcelo Armas
- 1.2. Actividad laboral: Asistencial Docencia
- 1.3. Institución donde labora: Hospital Regional Hermilio Valdizan
- 1.4. Denominación del instrumento: _____
- 1.5. Autor del instrumento: Artica Villar, Yuth Mery

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	Claridad: Los ítems están redactados con lenguaje comprensible y apropiado para el contexto					/
02	Objetividad: Los ítems permiten medir conductas de forma directa y verificable					/
03	Actualidad: El contenido refleja conocimientos recientes y evidencia científica vigente					/
04	Organización: Los ítems siguen un orden lógico y estructurado que facilita su evaluación					/
05	Suficiencia: La cantidad de ítems por dimensión es adecuada para su evaluación completa					/
06	Intencionalidad: Cada ítem responde a los objetivos específicos del instrumento					/
07	Consistencia: Los ítems tienen base teórica que respalda su validez conceptual					/
08	Coherencia: Hay relación clara entre cada ítem y la dimensión que mide					/
09	Metodología: La estrategia de medición se ajusta al enfoque y propósito del estudio					/
10	Pertinencia: Los ítems son relevantes para el problema de investigación					/
PUNTAJE FINAL		puntos				

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

Se evalúa con el siguiente cuadro de puntuación _____

RESULTADO: Aplicable () Aplicable después de corregir () No Aplicable ()


Maricela Marcelo Armas
OBSTETRA
COP. 8537

Huánuco, 14 de agosto de 2025

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: **Mg. Obst. Natalia Ballarte Baylon**
- 1.2. Actividad laboral: **Asistencial - Docencia**
- 1.3. Institución donde labora: **H. M. I. Carlos Showing Ferrari**
- 1.4. Denominación del instrumento:
- 1.5. Autor del instrumento: **Artica Villar, Yuth Mery**

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	Claridad: Los ítems están redactados con lenguaje comprensible y apropiado para el contexto					/
02	Objetividad: Los ítems permiten medir conductas de forma directa y verificable					/
03	Actualidad: El contenido refleja conocimientos recientes y evidencia científica vigente					/
04	Organización: Los ítems siguen un orden lógico y estructurado que facilita su evaluación					/
05	Suficiencia: La cantidad de ítems por dimensión es adecuada para su evaluación completa					/
06	Intencionalidad: Cada ítem responde a los objetivos específicos del instrumento					/
07	Consistencia: Los ítems tienen base teórica que respalda su validez conceptual					/
08	Coherencia: Hay relación clara entre cada ítem y la dimensión que mide					/
09	Metodología: La estrategia de medición se ajusta al enfoque y propósito del estudio					/
10	Pertinencia: Los ítems son relevantes para el problema de investigación					/
PUNTAJE FINAL		puntos				

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50 x

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

.....

.....

RESULTADO: Aplicable (x) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

MINISTERIO DE SALUD
DIRESA - HUÁNUCO
H. M. I. CARLOS SHOWING FERRARI
Huánuco, 14 de agosto de 2025

Mg. Obst. Natalia Ballarte Baylon
ESP. ALTO RIESGO OBSTETRICO
CUP 5372 / RNE 0748 - II

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Mg. Obst. Marisol Sinche Alejandro
- 1.2. Actividad laboral: Asistencial - Docencia
- 1.3. Institución donde labora: Hospital Regional Hermilio Valdizan
- 1.4. Denominación del instrumento:
- 1.5. Autor del instrumento: Artica Villar, Yuth Mery

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	Claridad: Los ítems están redactados con lenguaje comprensible y apropiado para el contexto					/
02	Objetividad: Los ítems permiten medir conductas de forma directa y verificable					/
03	Actualidad: El contenido refleja conocimientos recientes y evidencia científica vigente					/
04	Organización: Los ítems siguen un orden lógico y estructurado que facilita su evaluación					/
05	Suficiencia: La cantidad de ítems por dimensión es adecuada para su evaluación completa					/
06	Intencionalidad: Cada ítem responde a los objetivos específicos del instrumento					/
07	Consistencia: Los ítems tienen base teórica que respalda su validez conceptual					/
08	Coherencia: Hay relación clara entre cada ítem y la dimensión que mide					/
09	Metodología: La estrategia de medición se ajusta al enfoque y propósito del estudio					/
10	Pertinencia: Los ítems son relevantes para el problema de investigación					/
PUNTAJE FINAL		puntos				

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

Se evalúa con el siguiente cuadro de puntuación

RESULTADO: Aplicable () Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 Dirección Regional de Salud
 Hospital Regional Hermilio Valdizan
 Huánuco, 14 de agosto de 2025
 MARISOL SINCHE ALIANDER
 OBSTETRA
 CUP 13132
 FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Dra. Fiorella Luyo Marcellini
- 1.2. Actividad laboral: Asistencial - Docencia
- 1.3. Institución donde labora: H. M. I. Carlos Showing Ferrari
- 1.4. Denominación del instrumento: _____
- 1.5. Autor del instrumento: Artica Villar, Yuth Mery

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

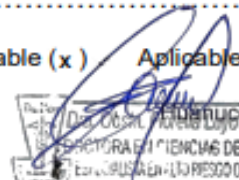
N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	Claridad: Los ítems están redactados con lenguaje comprensible y apropiado para el contexto					/
02	Objetividad: Los ítems permiten medir conductas de forma directa y verificable					/
03	Actualidad: El contenido refleja conocimientos recientes y evidencia científica vigente				/	
04	Organización: Los ítems siguen un orden lógico y estructurado que facilita su evaluación					/
05	Suficiencia: La cantidad de ítems por dimensión es adecuada para su evaluación completa				/	
06	Intencionalidad: Cada ítem responde a los objetivos específicos del instrumento					/
07	Consistencia: Los ítems tienen base teórica que respalda su validez conceptual				/	
08	Coherencia: Hay relación clara entre cada ítem y la dimensión que mide					/
09	Metodología: La estrategia de medición se ajusta al enfoque y propósito del estudio					/
10	Pertinencia: Los ítems son relevantes para el problema de investigación					/
PUNTAJE FINAL		puntos				

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

RESULTADO: Aplicable (x) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

 Huánuco, 14 de agosto de 2025
 DIRECTORA GENERAL DE LA SALUD
 EPM - SUBALTO RIESGO OBSTETRICIO
 CCP: 16665 - RNE 2424-E-01

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 4

SOLICITUD DE PERMISO

Huánuco, _____ de _____ 20____

Director:

.....

ASUNTO: Solicitud de autorización para recopilar información de las historias clínicas de las gestantes atendidas en dicho Centro de Salud Panao.

Reciba un cordial saludo. Mi nombre es ÁRTICA VILLAR, YUTH MERY, ex alumna de la Universidad de Huánuco. Como parte del proceso para obtener el título profesional de Obstetra, estoy desarrollando un proyecto de investigación titulado **“Asociación entre las características de comportamiento de riesgo y la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, 2024”**.

Para llevar a cabo este estudio, necesito recolectar datos de gestantes que han sido atendidas en su institución y que han sido diagnosticadas con sífilis. Solicito formalmente su permiso para acceder a esta información, la cual es fundamental para el desarrollo y éxito de mi investigación. Me comprometo a entregar los resultados obtenidos una vez finalizado el estudio, con el objetivo de contribuir a la mejora de la atención en salud y el manejo de esta enfermedad.

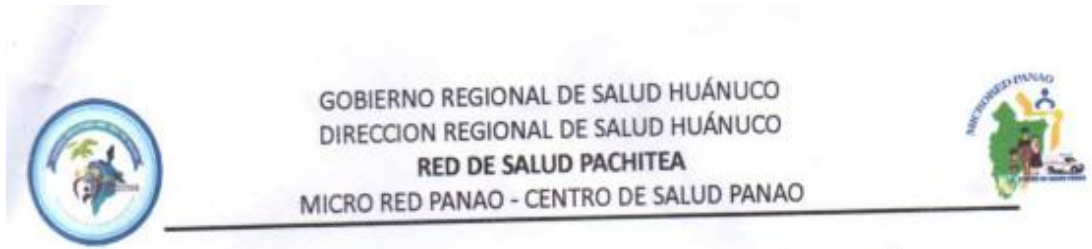
Agradezco de antemano su atención y colaboración, y espero que mi solicitud sea aceptada.

Atentamente,

ÁRTICA VILLAR, YUTH MERY

ANEXO 5

CARTA DE ACEPTACIÓN



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CARTA DE ACEPTACIÓN

LIC. ENF. XIMENA J. VERDE SUAREZ
JEFE DE LA MICRORED PANAÓ

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Ud. para saludarle, y, asimismo, dar respuesta a su solicitud, manifestarle que el proyecto de Investigación titulado "ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMIENTO DE RIESGO Y LA PREVALENCIA DE SÍFILIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANAÓ DE HUÁNUCO, 2024", elaborado por la Bach. YUTH MERY ARTICA VILLAR del Programa académico Profesional de Obstetricia de la Universidad de Huánuco, a solicitud de la interesada, mi persona acepta la elaboración de su proyecto en el CENTRO DE SALUD PANAÓ mediante las historias clínicas en las que serán brindadas por parte de admisión. Elevo a su despacho para que se realicen los trámites correspondientes aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Jueves, 04 de septiembre de 2025

This block contains the official stamp of the 'CENTRO DE SALUD PANAÓ' and a handwritten signature in blue ink over it. The stamp includes the text: 'GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO', 'DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO', 'RED DE SALUD PACHITEA', and 'JEFE DE LA MICRORED PANAÓ'.

LIC. ENF. XIMENA J. VERDE
SUAREZ

JEFE DE LA MICRORED PANAÓ