

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



TESIS

“Factores de riesgo de sífilis materna durante el embarazo en el Centro de Salud Aparicio Pomares, durante el año 2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Solorzano Cisneros, Milagros

ASESORA: Palacios Zevallos, Julia Marina

HUÁNUCO – PERÚ

2026



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

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

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

D

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 DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 74127333

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22407304

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

H

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426
2	Pozo Pérez, Martha Alejandrina	Doctora en ciencias de la salud	22408219	0000-0003-4564-9025
3	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
www.udh.edu.pe

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las nueve horas con treinta minutos de la fecha treinta del mes de junio del año dos mil veintiséis, 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. Maricela Luz Marcelo Armas | Presidente |
| • Dra. Martha Alejandrina Pozo Perez | Secretaria |
| • Dra. Juana Irma Palacios Zevallos | Vocal |

Nombrados mediante RESOLUCION N° 1903-2026-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado "FACTORES DE RIESGO DE SÍFILIS MATERNA DURANTE EL EMBARAZO EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES DURANTE EL AÑO 2024"; presentado por la Bachiller en Obstetricia la Sra. Milagros SOLORZANO CISNEROS, 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 Aprobada por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de Buena.

Siendo las, 10.30 horas del día treinta del mes de junio del año 2026 los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

DRA. MARICELA LUZ MARCELO ARMAS
DNI: 04047506
CODIGO ORCID: 0000-0001-8585-1426

DRA. MARTHA A. POZO PEREZ
DNI:
CODIGO ORCID: 0000-0003-4564-9025

DRA. JUANA I. 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: MILAGROS SOLORZANO CISNEROS, de la investigación titulada "FACTORES DE RIESGO DE SÍFILIS MATERNA DURANTE EL EMBARAZO EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES DURANTE EL AÑO 2024", con asesor(a) JULIA MARINA PALACIOS ZEVALLOS, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 124-2025-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 16 % 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, 03 de diciembre 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

18. SOLORZANO CISNEROS, MILAGROS.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to uncedu Trabajo del estudiante	2%
2	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unsaac.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 ustedes, mamá y papá:

Por ser mi primer pilar y mi guía constante. Gracias por la fe inquebrantable que depositaste en mí, la cual me impulsó en cada momento de duda. Este logro es un reflejo de tu sacrificio, tu amor incondicional y la base de valores que me inculcaste.

AGRADECIMIENTO

Mi más profunda gratitud a mi asesora de tesis por su invaluable paciencia, su meticulosa guía y su rigor científico. Más allá de su conocimiento, le agradezco su calidad humana al creer en mi visión y por las conversaciones que me enseñaron a amar la investigación.

Extiendo mi aprecio a los miembros del jurado quienes, con sus críticas constructivas y su tiempo dedicado, elevaron la calidad de este trabajo.

A la Universidad de Huánuco y a la Facultad de Ciencias de Salud, por brindarme el espacio académico, las herramientas necesarias y la formación integral que hicieron posible este camino profesional.

A mis amigos/as, por las dosis de café, los mensajes de aliento en la madrugada y por recordarme que hay vida fuera de la biblioteca. Su amistad fue el cable a tierra que me permitió recuperar energía y perspectiva.

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. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	18
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	18
1.3. OBJETIVOS	19
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	19
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	19
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	20
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	20
1.4.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL	21
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.5.1. LIMITACIÓN RELACIONADA CON LA POBLACIÓN.....	21
1.5.2. LIMITACIÓN RELACIONADA CON EL TIEMPO.....	22
1.5.3. LIMITACIÓN RELACIONADA CON LOS RECURSOS ECONÓMICOS	22
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	23
CAPÍTULO II.....	24
MARCO TEÓRICO	24
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	24
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	24

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	28
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	30
2.2. BASES TEÓRICAS	31
2.2.1. SÍFILIS GESTACIONAL	31
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	40
2.4. HIPÓTESIS	41
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	41
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	41
2.5. VARIABLES.....	42
2.5.1. VARIABLE DE RELACIÓN	42
2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN.....	42
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
CAPÍTULO III.....	45
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.1.1. ENFOQUE.....	45
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	45
3.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	46
3.2.1. POBLACIÓN	46
3.2.2. MUESTRA.....	47
3.2.3. MUESTREO	49
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
3.3.3. VALIDEZ CUALITATIVA DEL INSTRUMENTO.....	51
3.4. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	52
3.4.1. PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS.....	52
3.4.2. PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS .	52
3.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	53
CAPÍTULO IV.....	54
RESULTADOS	54
4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....	54

4.1.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	54
4.1.2. FACTORES CONDUCTUALES.....	56
4.1.3. ACCESO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL	58
4.1.4. ANTECEDENTES CLÍNICOS	60
4.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL.....	62
4.2.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE SÍFILIS	62
4.2.2. FACTORES CONDUCTUALES Y DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE SÍFILIS	66
4.2.3. ACCESO - CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE SÍFILIS	69
4.2.4. ANTECEDENTES CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE SÍFILIS	72
4.3. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA PARA FACTORES DE RIESGO A LA SÍFILIS MATERNA	75
4.4. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	79
4.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	79
CAPÍTULO V.....	81
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	81
CONCLUSIONES	84
RECOMENDACIONES.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	54
Tabla 2. Factores conductuales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	56
Tabla 3. Características del acceso y calidad de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	58
Tabla 4. Antecedentes clínicos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	60
Tabla 5. Edad materna y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	62
Tabla 6. Nivel educativo y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	63
Tabla 7. Estado civil y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	64
Tabla 8. Condición socioeconómica y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	65
Tabla 9. Edad de inicio de vida sexual y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	66
Tabla 10. Parejas sexuales y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	67
Tabla 11. Consumo de alcohol o drogas y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	68
Tabla 12. Inicio del control prenatal y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	69

Tabla 13. Número de controles prenatales recibidos y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	70
Tabla 14. Tipo de tamizaje recibido para ITS y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	71
Tabla 15. Antecedente de ITS y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	72
Tabla 16. Número de gestaciones previas y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	73
Tabla 17. Coinfección con VIH y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	74
Tabla 18. Regresión logística binaria entre los factores sociodemográficos y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	75
Tabla 19. Regresión logística binaria entre los factores conductuales y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	76
Tabla 20. Regresión logística binaria entre accesibilidad y calidad de atención prenatal con la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	77
Tabla 21. Regresión logística binaria entre accesibilidad y calidad de atención prenatal con la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	54
Figura 2. Factores conductuales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	56
Figura 3. Características del acceso y calidad de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	58
Figura 4. Antecedentes clínicos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	60
Figura 5. Edad materna y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	62
Figura 6. Nivel educativo y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	63
Figura 7. Estado civil y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	64
Figura 8. Condición socioeconómica y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	65
Figura 9. Edad de inicio de vida sexual y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	66
Figura 10. Parejas sexuales y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	67
Figura 11. Consumo de alcohol o drogas y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	68
Figura 12. Inicio del control prenatal y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	69

Figura 13. Número de controles prenatales recibidos y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	70
Figura 14. Tipo de tamizaje recibido para ITS y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	71
Figura 15. Antecedente de ITS y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	72
Figura 16. Número de gestaciones previas y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	73
Figura 17. Coinfección con VIH y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	74

RESUMEN

Objetivo: Asociar los factores de riesgo con la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024. **Métodos:** Observacional, retrospectivo, transversal y analítico, enfoque cuantitativo, nivel relacional y diseño no experimental. La muestra fue seleccionada mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. Se empleó una ficha de recolección de datos y el análisis se realizó mediante pruebas de Chi-cuadrado de Pearson, Prueba exacta de Fisher y razón de momios (OR) con un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** No se encontró asociación significativa en los siguientes factores: Factores sociodemográficos: edad ($X^2=0,137$; OR=0,77; $p=0,564$; IC95%: 0,32–1,85), nivel educativo ($X^2=0,614$; OR=0,63; $p=0,509$; IC95%: 0,16–2,47), estado civil ($X^2=0,206$; OR=0,18; $p=0,083$; IC95%: 0,03–1,25) y condición socioeconómica ($X^2=0,719$; OR=0,78; $p=0,680$; IC95%: 0,23–2,61). Factores conductuales: edad de inicio sexual (Fisher $p=0,494$; OR=0,55; $p=0,605$; IC95%: 0,06–5,37), número de parejas sexuales ($X^2=0,221$; OR=0,71; $p=0,644$; IC95%: 0,17–3,01) y consumo de alcohol o drogas (Fisher $p=1,000$; OR=1425,3; $p=0,999$). Respecto al acceso y calidad del control prenatal: inicio del control ($X^2=0,645$; OR=2,37; $p=0,377$; IC95%: 0,35–15,99), número de controles ($X^2=0,793$; OR=0,70; $p=0,514$; IC95%: 0,25–2,02) y tipo de tamizaje (Fisher $p=1,000$; OR=118,25; $p=0,999$). Antecedentes clínicos, solo los antecedentes de ITS mostraron una asociación significativa (Fisher $p=0,001$; OR=1,15; $p=0,999$), a diferencia del número de gestaciones ($X^2=0,145$; OR=0,36; $p=0,074$; IC95%: 0,12–1,11). **Conclusiones:** No hubo asociación significativa entre los factores analizados y la sífilis materna; sin embargo, los antecedentes de ITS podrían representar un factor de riesgo relevante.

Palabras clave: factores de riesgo, sífilis; embarazo, infecciones de transmisión sexual, atención prenatal.

ABSTRACT

Objective: To associate risk factors with the presence of maternal syphilis in pregnant women treated at the Aparicio Pomares Health Center during 2024. **Methods:** Observational, retrospective, cross-sectional, and analytical study with a quantitative approach, relational level, and non-experimental design. The sample was selected through simple random probabilistic sampling. A data collection form was used, and the analysis was performed using Pearson's Chi-square test, Fisher's exact test, and odds ratio (OR) with a 95% confidence level. **Results:** No significant associations were found for the following factors: Sociodemographic factors—age ($X^2=0.137$; OR=0.77; $p=0.564$; 95% CI: 0.32–1.85), educational level ($X^2=0.614$; OR=0.63; $p=0.509$; 95% CI: 0.16–2.47), marital status ($X^2=0.206$; OR=0.18; $p=0.083$; 95% CI: 0.03–1.25), and socioeconomic status ($X^2=0.719$; OR=0.78; $p=0.680$; 95% CI: 0.23–2.61). Behavioral factors—age at sexual initiation (Fisher $p=0.494$; OR=0.55; $p=0.605$; 95% CI: 0.06–5.37), number of sexual partners ($X^2=0.221$; OR=0.71; $p=0.644$; 95% CI: 0.17–3.01), and alcohol or drug use (Fisher $p=1.000$; OR=1425.3; $p=0.999$). Regarding access and quality of prenatal care—timing of first visit ($X^2=0.645$; OR=2.37; $p=0.377$; 95% CI: 0.35–15.99), number of visits ($X^2=0.793$; OR=0.70; $p=0.514$; 95% CI: 0.25–2.02), and type of screening (Fisher $p=1.000$; OR=118.25; $p=0.999$). Among clinical history variables, only previous STIs showed a significant association (Fisher $p=0.001$; OR=1.15; $p=0.999$), unlike the number of pregnancies ($X^2=0.145$; OR=0.36; $p=0.074$; 95% CI: 0.12–1.11). **Conclusions:** No statistically significant association was found between the analyzed factors and maternal syphilis; however, a history of STIs may represent a relevant risk factor.

Keywords: risk factors; syphilis, pregnancy, sexually transmitted infections, prenatal care.

INTRODUCCIÓN

La sífilis materna, causada por *Treponema pallidum*, representa un problema de salud pública por sus graves consecuencias en la madre y el feto. Sin diagnóstico ni tratamiento oportunos puede ocasionar aborto, parto prematuro, muerte fetal, bajo peso al nacer y sífilis congénita, con secuelas permanentes en el recién nacido ⁽¹⁾. La transmisión vertical puede producirse en cualquier etapa del embarazo, siendo más probable durante las fases primaria y secundaria, con tasas de contagio que alcanzan entre 70 y 100 % ⁽²⁾.

A nivel global y regional, la sífilis materna y congénita mantienen un comportamiento preocupante. La OMS estima alrededor de 1.5 millones de embarazos afectados cada año, con más de 500 000 resultados adversos ⁽³⁾. Diversos estudios evidencian un incremento sostenido en su incidencia, reflejando brechas en el tamizaje y tratamiento oportuno ^(4, 9, 13, 16). En el Perú, las notificaciones presentan variaciones notables, concentrándose principalmente en Lima, Junín y Cusco ⁽¹⁶⁾. En Huánuco, los reportes muestran fluctuaciones en los últimos años, lo que subraya la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica y las estrategias preventivas en el primer nivel de atención ⁽¹⁷⁾. Ante ello, comprender los determinantes locales que predisponen a la infección resulta fundamental, especialmente en el Centro de Salud Aparicio Pomares, donde no existen investigaciones recientes que orienten intervenciones más eficaces.

En este contexto, la investigación se planteó la siguiente interrogante: ¿qué factores de riesgo se asocian a la presencia de sífilis materna en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024? Su propósito fue identificar los factores sociodemográficos, conductuales, relacionados al control prenatal y antecedentes clínicos que podrían influir en la aparición de la enfermedad, a fin de aportar evidencia que contribuya a optimizar las acciones preventivas y de diagnóstico precoz.

Desde una perspectiva teórica, el estudio busca complementar la literatura existente sobre determinantes de la sífilis en gestantes; desde el

enfoque práctico, pretende ofrecer información útil para el fortalecimiento de los programas de atención materna; y desde el punto de vista metodológico, proporcionar una base que permita replicar el análisis en otros establecimientos de salud de características similares.

El estudio fue de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico, con un enfoque cuantitativo, nivel relacional y diseño no experimental. La muestra se obtuvo mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, y la información se recolectó a través de una ficha de datos elaborada en base a los registros clínicos de las gestantes atendidas. El análisis estadístico incluyó las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson, Prueba exacta de Fisher y el cálculo de razones de momios (OR), con un nivel de confianza del 95%. Las fuentes bibliográficas utilizadas comprendieron literatura científica internacional, informes institucionales del Ministerio de Salud y documentos académicos nacionales, lo que permitió construir un marco conceptual sólido y actualizado.

Sin embargo, este estudio también presentó algunas limitaciones. El hecho de circunscribirse al Centro de Salud Aparicio Pomares restringe la generalización de los resultados, y el diseño transversal no permitió establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Además, la disponibilidad de registros clínicos completos representó un desafío metodológico, ya que algunos datos fueron susceptibles de sesgo por subregistro o inconsistencias en la información. A pesar de ello, se procuró mantener el rigor científico mediante una depuración cuidadosa de la base de datos y una interpretación crítica de los hallazgos.

En suma, esta investigación busca contribuir a la comprensión de los factores de riesgo asociados a la sífilis materna en un contexto local específico, con el propósito de sustentar estrategias de prevención más eficaces y fortalecer la respuesta del sistema de salud frente a una problemática que, pese a su aparente baja frecuencia, continúa representando una amenaza significativa para la salud materno-perinatal.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La sífilis materna, una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*, representa un grave problema de salud pública debido a sus devastadoras consecuencias en la madre y el producto de la concepción. Si no se diagnostica y trata a tiempo, puede provocar aborto espontáneo, parto prematuro, muerte fetal, bajo peso al nacer y sífilis congénita, la cual se manifiesta con diversas afecciones multisistémicas y discapacidades permanentes en el recién nacido, incluyendo malformaciones óseas, neurológicas, oftalmológicas y auditivas ⁽¹⁾. La transmisión vertical del *Treponema pallidum* ocurre en cualquier etapa del embarazo y la probabilidad de transmisión es mayor en las fases tempranas de la enfermedad materna, alcanzando tasas de hasta 70% a 100% en la sífilis primaria y secundaria, y disminuyendo en las fases latentes ⁽²⁾.

A nivel global, la sífilis materna y congénita continúan siendo un desafío, pues la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se presentan aproximadamente 1.5 millones de embarazos afectados por sífilis en todo el mundo, lo que resulta en más de 500,000 resultados adversos, incluyendo muertes fetales y neonatales, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y casos de sífilis congénita ⁽³⁾. En 2022, se reportó un aumento global del 10% en los casos de sífilis congénita, destacando la persistencia de brechas en los programas de cribado y tratamiento prenatal ⁽⁴⁾. En Europa, el informe epidemiológico anual de 2022 reportó un incremento sostenido de la sífilis congénita tras el año 2020, destacando a Portugal entre los países con mayor incidencia en 2021 y 2022. En Estados Unidos, el Departamento de Salud de Minnesota notificó en 2022 un aumento del 44% en los casos de sífilis congénita, alcanzando su cifra más alta en 40 años ⁽⁵⁾. Es decir, se reportaron 3 761 casos de sífilis congénita, cifra 11 veces mayor que en 2012. Fallas en detección prenatal fueron señaladas como factores de riesgo ⁽⁶⁾.

Similarmente, Brasil ha reportado una elevada incidencia de sífilis gestacional, con tasas de 21.6 casos por 1.000 nacidos vivos en 2021, y un incremento en la sífilis congénita, demostrando la complejidad del control de esta enfermedad en la región ⁽⁷⁾. Según Echegaray et al ⁽⁸⁾, en 2021–2022 la prevalencia materna alcanzó 32.4 casos por 1 000 nacidos vivos (+15.5 % respecto a 2021), y los casos congénitos subieron +19.1 %.

De forma concordante, en ese mismo periodo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que la región de las Américas registró más de 30 000 casos de sífilis congénita en 2021, evidenciando un aumento en comparación con los 29 147 casos reportados en 2020 ⁽⁹⁾.

En esa misma línea, la OPS ha reiterado la necesidad de fortalecer los programas de eliminación de la sífilis congénita, dado que la región aún no ha alcanzado las metas de eliminación propuestas ⁽¹⁰⁾. Estudios realizados en países como Colombia y México han evidenciado factores de riesgo asociados a la sífilis materna, tales como el inicio tardío del control prenatal, la falta de adherencia al tratamiento, la multiparidad y condiciones socioeconómicas desfavorables ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

Complementando esta evidencia, diversos estudios han documentado la magnitud del problema en otros países de la región. En Brasil, un metaanálisis realizado entre 2005 y 2023 estimó una prevalencia materna combinada del 1.79 % (IC 1.24–2.57 %) ⁽¹³⁾. En Venezuela, la prevalencia entre gestantes fue de 2.8 % en 2021, y en Colombia alcanzó el 1.4 % en 2019 ⁽¹⁴⁾. A pesar de estos datos, a nivel regional (Latinoamérica), solo el 59 % de las embarazadas fueron tamizadas para sífilis en 2020 ⁽⁹⁾. Por otro lado, investigaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelaron que en el Distrito Federal de Brasil la tasa de sífilis congénita alcanzó los 1654 por 100 000 nacidos vivos en 2021; 33 veces por encima del umbral de eliminación (50/100 000); no obstante, gracias a intervenciones específicas, esta se redujo en un 37 % en solo dos años ⁽¹⁵⁾.

En el Perú, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (SE7 2022), se notificaron 146 casos de sífilis

materna entre confirmados y probables a nivel nacional, siendo los departamentos de Lima, Junín y Cusco los que concentraron el 57.5 % de los casos. La mayoría correspondía a mujeres jóvenes de 18 a 29 años (62.2 %), seguidas por adolescentes de 11 a 17 años (11.4 %). Cabe señalar que durante el año 2020 se observó una reducción del 27.2 % en la notificación de casos respecto al 2019, atribuida al impacto de la pandemia por COVID-19; sin embargo, esta situación comenzó a revertirse en 2021 ⁽¹⁶⁾.

Respecto a la sífilis congénita, se notificaron 338 casos a nivel nacional durante el 2021, lo que representó un incremento del 46.3 % en comparación con el año 2020 (231 casos). Lima, Junín y La Libertad concentraron el 68.6 % de los casos. Para el 2022, hasta la semana 7, ya se habían registrado 19 casos, de los cuales el 73.7 % procedían de Lima, La Libertad y Loreto. Durante el mismo periodo (2016–SE7 2022), la mayor incidencia acumulada de sífilis congénita se observó en los departamentos de Tumbes (2.1), Ucayali (1.2) y Lima (1.2) en 2021, superando el umbral de un caso por cada 1 000 nacidos vivos ⁽¹⁶⁾.

En el caso de Huánuco, los datos reportados por la Dirección Regional de Salud (DIRESA) hasta la semana epidemiológica 11 del año 2025 evidencian que la sífilis materna continúa siendo un problema vigente en la región, con 22 casos confirmados y una tasa de incidencia acumulada de 7.8 por cada 10 000 gestantes. Si bien esta cifra representa una reducción del 39.0 % en comparación con el mismo periodo de 2024, resulta preocupante observar un incremento del 81.3 % respecto al 2022, lo que sugiere una variabilidad inestable en el control de la enfermedad. Los distritos de Castillo Grande y Margos concentran las tasas más elevadas (6.9 y 5.2 por 1 000 gestantes, respectivamente), lo que obliga a replantear la focalización de las intervenciones preventivas. Además, el hecho de que el 63.6 % de los casos ocurra en gestantes jóvenes de entre 18 y 29 años confirma la existencia de un grupo particularmente vulnerable, posiblemente asociado a factores ⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, a pesar de la relevancia del problema, en el Centro de Salud Aparicio Pomares no se cuenta con investigaciones previas que aborden los factores de riesgo asociados a la sífilis materna. Esta falta de

evidencia local impide una intervención eficaz y oportuna, especialmente en una población vulnerable como la gestante, por lo que, comprender esta realidad desde el propio contexto no solo permite dimensionar el problema, sino también proponer respuestas más humanas, cercanas y efectivas. Es precisamente en esta realidad poco explorada donde se enmarca el presente estudio.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Qué factores de riesgo se asocian a la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

P. E₁: ¿Qué relación existe entre los factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, condición socioeconómica) y la presencia de sífilis materna en gestantes del C.S. Aparicio Pomares en 2024?

P. E₂: ¿Cómo se asocian los factores conductuales (experiencia temprana de relaciones, múltiples parejas sexuales, uso de drogas, alcohol) con la sífilis materna en gestantes del C.S. Aparicio Pomares en 2024?

P. E₃: ¿Está asociada el acceso y la calidad de la atención prenatal (inicio del control, número de controles, tipo de tamizaje recibido) con la presencia de sífilis materna en gestantes del C.S. Aparicio Pomares en 2024?

P. E₄: ¿Cuál es la asociación entre antecedentes clínicos (infecciones de transmisión sexual previas, número de gestaciones, coinfección con VIH) y la presencia de sífilis gestacional en el C.S. Aparicio Pomares en 2024?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Asociar los factores de riesgo con la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O. E₁: Analizar la asociación entre los factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, condición socioeconómica) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

O. E₂: Evaluar la relación entre los factores conductuales (inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, consumo de alcohol o drogas) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

O. E₃: Determinar la asociación entre el acceso y calidad de la atención prenatal (inicio del control, número de controles, tipo de tamizaje recibido) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

O. E₄: Identificar la relación entre los antecedentes clínicos (infecciones de transmisión sexual previas, número de gestaciones, coinfección con VIH) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La sífilis materna continúa representando un problema de salud pública a nivel mundial, a pesar de ser una infección prevenible y tratable. La literatura científica internacional ha documentado que diversos factores socioeconómicos, conductuales y clínicos influyen directamente en el riesgo de adquirir esta infección durante el embarazo.

Sin embargo, muchas de estas evidencias provienen de estudios realizados en contextos urbanos o de alta complejidad, dejando una brecha teórica sobre cómo se manifiestan estos factores en entornos de atención primaria.

Esta investigación permitirá enriquecer el cuerpo teórico existente al aportar datos contextuales desde una realidad específica como la del Centro de Salud Aparicio Pomares, ubicado en un área donde convergen factores estructurales, sociales y culturales propios. Al analizar múltiples dimensiones del riesgo el presente estudio contribuye con un enfoque integral al entendimiento académico de los determinantes de la sífilis durante el embarazo, generando insumos que podrán ser considerados en futuras revisiones teóricas, investigaciones comparativas y formulación de hipótesis causales.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Desde una perspectiva práctica, esta investigación se orientó a identificar con claridad qué factores están más frecuentemente asociados a la presencia de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares. Al disponer de esta información, los profesionales de salud del establecimiento pueden diseñar estrategias de detección oportuna, consejería diferenciada y seguimiento más riguroso en aquellas gestantes que presenten perfiles de mayor riesgo.

Asimismo, los resultados sirven como insumo directo para fortalecer protocolos de atención prenatal, capacitaciones al personal de salud e intervenciones educativas comunitarias. En suma, la investigación contribuye a una mejora tangible en la calidad del cuidado prenatal y en la prevención de la transmisión vertical de la sífilis, tratando así de reducir riesgo de complicaciones neonatales graves.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Metodológicamente, esta investigación asumió un enfoque analítico y transversal, lo cual permitió examinar la asociación entre

diversos factores de riesgo y la presencia de sífilis materna desde una perspectiva amplia y estructurada. Al trabajar con dos grupos de comparación (gestantes con y sin sífilis) y aplicar herramientas estadísticas de asociación, el estudio permite establecer vínculos significativos entre variables, sin recurrir a un diseño experimental.

Además, la claridad del diseño facilita su réplica en otros contextos similares, brindando una base sólida para estudios posteriores más amplios o longitudinales. Además, el uso de datos clínicos reales contribuyó a la validez interna del estudio y a la aplicabilidad de sus conclusiones dentro del sistema de salud pública.

1.4.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

En términos sociales, la sífilis en el embarazo representó no solo un desafío clínico, sino una manifestación de inequidad estructural. Las mujeres gestantes que desarrollan esta infección suelen vivir en condiciones de vulnerabilidad, enfrentar barreras en el acceso al cuidado prenatal o carecer de información suficiente sobre su salud sexual y reproductiva. Esta realidad implica un riesgo no solo para su bienestar, sino también para el de sus hijos, debido a la posibilidad de transmisión congénita.

Por ello, los hallazgos de esta investigación están orientados a visibilizar estas desigualdades, desde un enfoque ético y humanizado, que reconozca la necesidad de un sistema de salud más inclusivo y sensible a las particularidades sociales y culturales de las usuarias. A través de esta tesis, se contribuye a la promoción de una atención prenatal más equitativa, efectiva y centrada en la dignidad de la mujer gestante.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. LIMITACIÓN RELACIONADA CON LA POBLACIÓN

La presente investigación se desarrolló únicamente con gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024,

lo cual limitó la generalización de los resultados a otras instituciones de salud o regiones. Al ser una muestra de carácter institucional y localizada, los hallazgos no reflejaron plenamente la realidad epidemiológica de otras zonas con características demográficas, culturales o de infraestructura diferentes.

Consideración: Esta limitación fue abordada reconociendo expresamente el contexto específico del estudio en la interpretación de los resultados, y se espera que futuras investigaciones amplíen el ámbito geográfico o utilicen muestreo multicéntrico para mejorar la representatividad.

1.5.2. LIMITACIÓN RELACIONADA CON EL TIEMPO

El estudio se desarrolló bajo un diseño transversal, lo que significa que la recolección de datos se llevó a cabo en un solo período del año. Este enfoque no permitió establecer una relación causal entre los factores de riesgo y la sífilis materna, sino únicamente asociaciones estadísticas. Además, el tiempo disponible para la ejecución del trabajo marcado por el cronograma académico y la disponibilidad de las historias clínicas de las gestantes limitaron la amplitud de la muestra.

Consideración: Para mitigar este aspecto, se aseguró una planificación rigurosa del trabajo de campo, priorizando la calidad de los datos obtenidos y su análisis oportuno.

1.5.3. LIMITACIÓN RELACIONADA CON LOS RECURSOS ECONÓMICOS

La ejecución de la investigación dependió de recursos económicos personales y limitados, lo cual limitaron aspectos como la impresión de fichas, el desplazamiento para recolectar datos y la posibilidad de incluir otras herramientas. Esto influyó indirectamente en el tamaño de muestra o en la rapidez del proceso.

Consideración: Ante ello, se optó por estrategias de bajo costo, pero eficientes, como el uso de formatos digitales, el apoyo de personal

en campo del propio establecimiento de salud y la priorización de instrumentos simples pero validados. Además, se mantuvo una comunicación fluida con la unidad de estadística del centro de salud para facilitar el acceso a información fiable sin costos adicionales.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue viable en la medida que cuenta con una población claramente identificable y accesible, conformada por gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024, lo que permitió recolectar la información necesaria sin recurrir a desplazamientos extensivos ni procedimientos invasivos. En cuanto al tiempo, el estudio se desarrolló bajo un diseño transversal que facilitó el cumplimiento del cronograma académico establecido, ya que los datos fueron recolectados a partir de historias clínicas existentes, optimizando así los tiempos de campo y procesamiento. Por otro lado, en relación al costo, el uso de fuentes secundarias como registros clínicos y bases de datos institucionales redujo significativamente los gastos asociados a la recolección directa, haciendo posible la ejecución del estudio con recursos limitados, sin comprometer su calidad ni el bienestar de las participantes. Estos tres aspectos, en conjunto, garantizaron la factibilidad técnica, económica y operativa de la investigación dentro del contexto académico y ético requerido.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Estados Unidos (2025), Mogos et al ⁽¹⁸⁾, investigación titulada **“La carga de la sífilis materna: tendencias nacionales y resultados asociados del embarazo en Estados Unidos”**, dentro de su metodología, fue un estudio retrospectivo basado en el análisis de la Muestra Nacional de Pacientes Hospitalizados (NIS) entre 2016 y 2021, enfocado en mujeres embarazadas de 13 a 49 años. Se emplearon regresiones estadísticas para estimar tendencias y asociaciones entre sífilis materna y resultados obstétricos adversos. Resultados: De más de 23 millones de hospitalizaciones obstétricas, se identificaron más de 23 mil casos de sífilis materna. El riesgo aumentó entre gestantes con consumo de sustancias psicoactivas y antecedentes de trastornos de salud mental o comorbilidades como VIH/SIDA. Las mujeres indígenas y afroamericanas presentaron las tasas más altas, con un crecimiento anual más marcado en mujeres nativas. Además, se evidenció un incremento en complicaciones como preeclampsia, parto prematuro y muerte fetal intrauterina en gestantes con sífilis. Por lo tanto, este estudio permite contextualizar el impacto epidemiológico de la sífilis gestacional en países desarrollados, evidenciando su vínculo con factores psicosociales y clínicos, lo cual enriquece la comprensión integral de los factores que podrían estar también influyendo en contextos locales como el peruano.

En Suiza, año 2024, Alberto et al ⁽¹⁹⁾, llevó a cabo el estudio titulado **“Sífilis en mujeres embarazadas y sífilis congénita de 2012 a 2021 en Suiza: un estudio retrospectivo multicéntrico”**, utilizando como método un diseño retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas en hospitales suizos durante un periodo de diez años. Se incluyó

a 147 gestantes con pruebas serológicas positivas (TPHA/TPPA $\geq 1:80$) y a 102 neonatos expuestos o infectados congénitamente. Entre los resultados, se identificó que el 44 % de las madres tenía antecedentes de sífilis tratada, mientras que el 56 % fueron casos nuevos. El cribado serológico se realizó mayormente en el primer trimestre (54 %), seguido del segundo (29 %) y tercer trimestre (13 %). Se reportaron dos casos confirmados de sífilis congénita, equivalente al 1,96 %. Asimismo, se observó que la mayoría de las gestantes con sífilis eran extranjeras (93 %), sin empleo (37 %), sin seguro médico (25 %) o con antecedentes de otras ITS (24 %), y que un 42 % tuvo su primera consulta prenatal de forma tardía. Se halló una asociación significativa entre el diagnóstico en el segundo o tercer trimestre y la falta de seguro médico (OR: 0,41; IC95 %: 0,19–0,89; $p = 0,024$), así como una fuerte relación entre la consulta prenatal tardía y el diagnóstico serológico en etapas avanzadas del embarazo (OR: 77,82; IC95 %: 9,81–617,21; $p < 0,001$). Además, la frecuencia de restricción del crecimiento intrauterino y parto prematuro alcanzó el 18 %, superando ampliamente el 6 % reportado en el país en 2022. En tal sentido, la utilidad de este antecedente radica en que aporta evidencia desde un contexto europeo sobre cómo las desigualdades estructurales, la cobertura sanitaria y el momento de inicio del control prenatal se articulan con la ocurrencia de sífilis gestacional, resaltando factores que deben considerarse en el diseño de estrategias de detección precoz y prevención en poblaciones vulnerables.

En Estados Unidos, durante el año 2023, Gulersen et al ⁽²⁰⁾, desarrollaron la investigación titulada “**Factores de riesgo y resultados adversos asociados con la infección por sífilis durante el embarazo**”, en la cual se realizó un análisis retrospectivo de la base de datos de nacimientos vivos del CDC (Natality Live Birth) entre los años 2016 y 2019, incluyendo un total de 15.341.868 nacimientos. A partir de esta muestra, se identificaron 17.408 casos (0,11 %) de sífilis materna. Seguidamente, se compararon las características sociodemográficas y los desenlaces neonatales entre gestantes con y sin la infección, empleando regresión logística multivariable para calcular razones de

odds ajustadas (ORa) con intervalos de confianza del 95 %. Como resultado, se encontró que la coinfección con gonorrea representó el mayor riesgo (ORa: 7,24; IC95 %: 6,79–7,72), seguido por bajo nivel educativo (menos de secundaria: ORa: 4,40; IC95 %: 3,93–4,92), raza negra no hispana (ORa: 3,81; IC95 %: 3,65–3,98) y afiliación al seguro Medicaid (ORa: 2,13; IC95 %: 2,03–2,23). Asimismo, la infección por sífilis se asoció significativamente con mayor riesgo de parto pretérmino (<37 semanas: ORa: 1,25; IC95 %: 1,20–1,31), bajo peso al nacer (ORa: 1,34; IC95 %: 1,28–1,40), malformaciones congénitas (ORa: 1,43; IC95 %: 1,14–1,78), puntuaciones de Apgar bajas al minuto 5 (ORa: 1,29; IC95 %: 1,19–1,41), así como ingreso a UCI neonatal (ORa: 2,19; IC95 %: 2,11–2,28), ventilación inmediata (ORa: 1,48; IC95 %: 1,39–1,57) y ventilación prolongada (ORa: 1,58; IC95 %: 1,44–1,73). Este estudio constituye una referencia para entender el peso que tienen los determinantes sociales en la aparición de sífilis materna, lo que permite fortalecer la vigilancia epidemiológica local y orientar acciones preventivas con enfoque de riesgo.

En República Democrática del Congo (Kisangani), en el año 2023, Aminate Nawal et al ⁽²¹⁾, llevaron a cabo la investigación titulada “**Sífilis en el embarazo: prevalencia, factores de riesgo y pronóstico materno-fetal en Kisangani**”, mediante un método analítico de casos y controles desarrollado entre julio y diciembre de ese año en el Hospital General de Referencia Makiso Kisangani, donde se trabajó con una muestra compuesta por 145 gestantes con diagnóstico de sífilis y 145 sin la infección, seleccionadas de una población total de 976 mujeres embarazadas. A través del procesamiento estadístico en el software R versión 4.3, se determinó una prevalencia de sífilis gestacional del 16,9 %, predominando entre mujeres de 20 a 34 años (61,4 %), casadas (61,4 %), en relaciones monógamas (72,4 %) y con parejas desempleadas (26,9 %). Entre los principales factores de riesgo identificados destacaron tener una pareja comerciante (OR: 8,08; $p < 0,001$), conductor (OR: 3,31; $p = 0,028$), antecedentes de infecciones de transmisión sexual ($p < 0,001$) y múltiples parejas sexuales ($p = 0,011$).

En cuanto al pronóstico obstétrico, el 75 % de las gestantes infectadas culminaron con un parto de recién nacido vivo. La utilidad de este estudio radica en que proporciona evidencia desde un contexto urbano africano sobre cómo determinadas características sociolaborales de la pareja influyen en la transmisión de sífilis, lo que permite ampliar el enfoque hacia componentes relacionales que suelen ser desatendidos en la atención prenatal.

En Estados Unidos (2022), Yang Chen y A. Stafford ⁽²²⁾, desarrollaron el estudio titulado **“Falta de atención prenatal en embarazos complicados por sífilis: tendencia, factores de riesgo y resultados”**, mediante un método de cohorte retrospectivo con base en los registros vitales del país entre 2016 y 2022, incluyendo 38.583 nacidos vivos únicos, sin anomalías congénitas, cuyas madres cursaron embarazos afectados por sífilis entre las 24 y 42 semanas de gestación. Para evaluar la exposición, se utilizó el Índice de Utilización de Atención Prenatal Adecuada, diferenciando a las gestantes que recibieron atención de aquellas que no lo hicieron. Los análisis se realizaron mediante modelos de regresión de Poisson multivariable con varianza robusta, obteniéndose riesgos relativos ajustados (RRa) con intervalos de confianza del 95 %. Entre los principales hallazgos, se reportó que 2.417 gestantes (6,3 %) no recibieron atención prenatal, observándose una tendencia ascendente significativa en esta omisión (APC: 11,4; IC95 %: 4,7–18,5). Además, se identificaron como factores asociados a la falta de atención variables como bajo nivel educativo, ausencia de seguro, nuliparidad, IMC previo al embarazo, antecedentes de parto prematuro, tabaquismo, diabetes, hepatitis C y año del parto. En cuanto a los resultados perinatales, las gestantes sin atención prenatal presentaron un riesgo más elevado de parto prematuro antes de las 37 semanas (RRa: 2,57; IC95 %: 2,40–2,74) y antes de las 34 semanas (RRa: 3,56; IC95 %: 3,13–4,05); y al comparar con quienes recibieron atención prenatal adecuada, los riesgos aumentaron aún más (RRp: 5,07 y 6,42 respectivamente). Por tanto, la utilidad de este antecedente radica en que visibiliza el peso que tiene la ausencia de controles

prenatales en la evolución de embarazos afectados por sífilis, aportando elementos para reflexionar sobre barreras de acceso que podrían estar replicándose en otros contextos y que inciden directamente en los desenlaces materno-perinatales.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Lima, en el año 2024, Cárcamo et al ⁽²³⁾, desarrollaron el estudio titulado **“Características sociodemográficas y clínicas asociadas a la sífilis materna y congénita: un estudio prospectivo en el Perú”**, en el cual, mediante un método de observación prospectiva, se evaluó a 340 gestantes atendidas en una maternidad de Lima, de las cuales 197 resultaron positivas a pruebas rápidas de sífilis (RPR) y 143 fueron negativas. Como parte del procedimiento, se analizaron muestras de sangre materna y de cordón umbilical, encontrándose una alta correlación entre ambas ($\rho = 0,82$; $p < 0,001$). Entre los resultados más relevantes, se identificó que las gestantes jóvenes presentaron una mayor frecuencia de infección ($p = 0,009$), y que el bajo peso al nacer se asoció significativamente con la sífilis gestacional ($p = 0,029$). Si bien el 76 % de las mujeres afectadas recibió tratamiento, no se documentó atención alguna para sus parejas sexuales, incluso en casos de sífilis congénita confirmada. La utilidad de este antecedente radica en que ofrece evidencia desde un enfoque clínico nacional sobre los factores biológicos y sociales vinculados a la sífilis en el embarazo, aportando insumos para comprender la persistencia de la transmisión vertical y resaltando la omisión de la atención al entorno sexual de la gestante como una debilidad crítica en las intervenciones actuales.

En Lima (2023), Collazos Contreras AS ⁽²⁴⁾, desarrolló una tesis de grado titulado **“Factores asociados a la sífilis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho 2022-2023”**, utilizando como método una investigación observacional, de tipo asociativo, retrospectivo y de corte transversal, aplicada a una muestra de 102 gestantes diagnosticadas con sífilis, distribuidas equitativamente entre los años 2022 y 2023. A través de una ficha de recolección de datos

y representaciones gráficas, se identificó que el grupo etario predominante fue el de 20 a 24 años (31,3 %), con mayoría de mujeres procedentes de zonas urbano-marginales (58,8 %), estado civil soltera (55,9 %), instrucción secundaria completa (58,8 %) y ocupación de ama de casa (32,4 %). En cuanto a los factores gineco-obstétricos, la mayoría no tenía antecedentes de ITS (87,3 %), recibió el diagnóstico en el primer trimestre (50 %) y asistió a seis o menos controles prenatales (65,7 %); además, se reportó que un 72,5 % recibió tratamiento completo. Aunque se encontró relación estadísticamente significativa con la mayoría de variables sociodemográficas y clínicas evaluadas, no se halló asociación con antecedentes de aborto, presencia previa de ITS ni con la edad gestacional al momento del diagnóstico. Sin embargo, este estudio reside en que proporciona evidencia concreta desde el ámbito hospitalario limeño sobre perfiles de riesgo recurrentes entre gestantes con sífilis, lo que fortalece la identificación oportuna de casos y proporciona enfoques más dirigidos en la atención prenatal del primer nivel.

En Tacna, año 2023, López Zuñiga PE. y Chimaja Rivera LM ⁽²⁵⁾, llevaron a cabo el estudio titulado **“Determinantes sociodemográficos y conductas sexuales asociados a sífilis gestacional en el Centro de Salud Buenos Aires de Villa Chorrillos - Lima, enero 2018 - marzo 2023”**, empleando una metodología cuantitativa de tipo no experimental, con diseño correlacional, retrospectivo y transversal. Se trabajó con una muestra de 36 gestantes diagnosticadas con sífilis, cuyas historias clínicas y datos de laboratorio fueron recolectados de diversas fuentes institucionales y analizados con el software SPSS v.27, aplicando correlación de Pearson. En cuanto a los resultados, se encontró que el 63,9 % de las gestantes tenía entre 18 y 29 años, el 47,2 % contaba con educación secundaria, y el 50 % eran solteras; además, el 41,7 % eran extranjeras. Estas variables mostraron una asociación significativa con el diagnóstico de sífilis ($p = 0,027$). Respecto a las conductas sexuales, se identificó como patrones predominantes el antecedente de otras ITS, el no uso de preservativo, el inicio sexual precoz (entre los 13 y 17 años) y el tener entre 1 a 2 parejas sexuales, lo cual mostró una correlación

altamente significativa ($p = 0,001$). Lo que nos permite comprender la interacción entre factores estructurales y comportamentales en la transmisión de sífilis durante el embarazo, especialmente en contextos urbanos con alta presencia migrante, aportando evidencia para focalizar estrategias de detección y consejería sexual en los servicios de salud reproductiva.

En Lima, año 2023, Ore Jauregui LP ⁽²⁶⁾, en su investigación **“Factores de riesgo relacionados a la sífilis en las gestantes”**, utilizando como método un diseño cualitativo, narrativo y descriptivo, basado en la revisión de artículos científicos y tesis vinculadas a los factores sociodemográficos asociados a la sífilis en mujeres embarazadas. A partir del análisis de múltiples fuentes, se identificó que las gestantes diagnosticadas con sífilis compartían características recurrentes como convivir con su pareja, desempeñarse como amas de casa y tener nivel educativo secundario. En cuanto a las variables conductuales, se observó que muchas iniciaron su vida sexual antes de los 18 años, mantenían relaciones sexuales sin preservativo y, si bien la mayoría reportó menos de tres parejas sexuales, este número se asociaba a mayor exposición a otras infecciones de transmisión sexual como el VIH. Por otro lado, se evidenció que las edades más frecuentes entre las gestantes afectadas oscilaron entre los 20 y 35 años. Por lo que, la utilidad de este trabajo radica en que, al reunir y sistematizar evidencia dispersa sobre los factores de riesgo vinculados a la sífilis gestacional, permite perfilar con mayor claridad los grupos vulnerables y orientar intervenciones preventivas desde un enfoque educativo y promocional, especialmente en poblaciones sexualmente activas en edad reproductiva.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Desde una perspectiva regional (a nivel de Huánuco) y local, específicamente en el Centro de Salud Aparicio Pomares, no se han identificado antecedentes recientes que aporten de manera directa al desarrollo de la presente investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. SÍFILIS GESTACIONAL

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria *Treponema pallidum*. A nivel mundial, su forma congénita continúa representando un importante problema de salud pública, ya que puede ocasionar complicaciones severas como abortos espontáneos, muertes fetales, partos prematuros y secuelas graves en el recién nacido, tales como ceguera, sordera o daño neurológico ⁽²⁷⁾.

En este contexto, la sífilis materna adquiere especial relevancia, especialmente en poblaciones vulnerables, donde su prevalencia se ve incrementada por diversos factores de riesgo. Entre los determinantes más significativos destacan las características sociodemográficas de las gestantes, tales como la edad, el nivel educativo, la situación socioeconómica y, en algunos estudios, el color de piel. Estas variables, de manera interrelacionada, influyen directamente en la susceptibilidad a contraer la infección y en la posibilidad de recibir un diagnóstico y tratamiento oportunos durante el embarazo ⁽²⁸⁾.

Estudios realizados en regiones como África subsahariana han evidenciado una prevalencia aún considerable de esta infección en mujeres embarazadas, a pesar de los esfuerzos realizados durante las últimas décadas. En una revisión sistemática con metaanálisis, Hussen y Tadesse ⁽²⁹⁾, en 2019 identificaron una prevalencia combinada del 2,9 % en mujeres gestantes, con tasas incluso mayores en algunas subregiones, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de cribado prenatal y de prevención primaria en contextos donde persisten barreras estructurales de acceso a los servicios de salud.

En el mismo sentido, investigaciones recientes refieren que el bajo nivel educativo de las madres se vincula directamente con un menor uso del sistema de salud para la atención prenatal, lo cual retarda el diagnóstico temprano de ITS, permitiendo la progresión de la infección y

su transmisión vertical ⁽³⁰⁾ ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾. A ello se suma asociación de características como estudios en Brasil evidencian que, el color de piel y la pertenencia a grupos afrodescendientes o mestizos (Parda/Brown) están fuertemente asociados a una mayor carga de sífilis, especialmente en mujeres, debido a la interacción entre racismo estructural y barreras en el acceso a la salud. Las mujeres negras y mestizas enfrentan tasas desproporcionadamente altas de sífilis materna y congénita, resultado de desigualdades históricas, sociales y económicas, más que de factores biológicos ⁽³³⁾.

De manera relacionada los mecanismos que perpetúan la sífilis materna en poblaciones vulnerables están estrechamente relacionados con factores estructurales e institucionales. En primer lugar, el racismo estructural y la discriminación dentro del sistema de salud dificultan el acceso de mujeres negras y mestizas a servicios esenciales, incluyendo el diagnóstico oportuno y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual como la sífilis. A esta problemática se suman la falta de una educación sexual integral, la persistencia de estigmas sociales y las barreras culturales, factores que incrementan la vulnerabilidad de estas poblaciones frente a la infección. Además, aunque existen iniciativas orientadas a reducir estas desigualdades, como la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, su limitada implementación en la práctica contribuye a que las inequidades persistan dentro del sistema de salud ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾.

Los estudios epidemiológicos demuestran que la sífilis gestacional está estrechamente ligada a determinantes sociales. En un estudio retrospectivo en Malasia (2024), el 56.9% de los casos de sífilis en personas con VIH ocurrieron en pacientes de etnia malaya, con educación secundaria o inferior (50.7%), y el 76.7% estaban empleados en trabajos informales, sugiriendo que la precariedad laboral limita el acceso a salud sexual ⁽³⁶⁾. En Brasil, las gestantes con relaciones homosexuales/bisexuales tuvieron un riesgo 2.93 veces mayor de sífilis (IC 95%: 2.1–4.1), mientras que el uso de drogas incrementó el riesgo

en un 29% ($p < 0.001$) ⁽³⁷⁾. Estos hallazgos coinciden con datos de la OPS (2023), que señalan que poblaciones indígenas y afrodescendientes en América Latina tienen 3 veces mayor prevalencia de sífilis congénita debido a barreras geográficas y culturales en el acceso prenatal ⁽³⁸⁾.

Este fenómeno puede comprenderse más ampliamente si se analiza desde el enfoque estructural de la salud pública, particularmente a través de la teoría de los determinantes sociales de la salud, formulada por la Organización Mundial de la Salud y desarrollada por autores como Marmot y Solar. Esta teoría plantea que las condiciones sociales en las que nacen, crecen, viven y trabajan las personas influyen profundamente en su estado de salud, configurando entornos con mayor o menor riesgo de enfermedad. En el caso de la sífilis materna, variables como la edad, el nivel educativo, el ingreso económico, el estado civil y la etnicidad no actúan como factores aislados, sino como componentes de una estructura social desigual que condiciona el acceso a información, servicios de salud y condiciones dignas de vida. Las mujeres jóvenes o con baja escolaridad suelen habitar en contextos más precarizados, donde la atención prenatal no es prioritaria o no es percibida como una necesidad inmediata. Al mismo tiempo, quienes viven en pobreza o pertenecen a minorías étnicas enfrentan barreras históricas que limitan su capacidad de acceder a controles regulares, pruebas diagnósticas o tratamientos adecuados, generando un entorno propicio para la persistencia de infecciones de transmisión sexual como la sífilis ⁽³⁹⁾.

A estas condiciones estructurales se suman factores de comportamiento individual, que también influyen en el riesgo de infección por sífilis en mujeres en edad fértil. Por ejemplo, aquellas que inician su vida sexual antes de los 16 años suelen carecer de educación sexual formal y enfrentan mayores dificultades para negociar el uso del condón, lo que incrementa su exposición a infecciones de transmisión sexual ⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾. Además, el consumo de sustancias psicoactivas se ha asociado con un mayor número de parejas sexuales, prácticas sexuales sin

protección y encuentros bajo los efectos de dichas sustancias, condiciones que elevan significativamente el riesgo de adquirir sífilis ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾ ⁽⁴³⁾ ⁽⁴⁴⁾ ⁽⁴⁵⁾. A esto se suma la falta de uso consistente del condón, especialmente entre jóvenes y gestantes, lo cual facilita la transmisión de la infección en contextos donde las medidas preventivas no se adoptan de manera regular ⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾ ⁽⁴⁵⁾.

En esa misma línea, el riesgo de sífilis activa durante el embarazo se ve considerablemente incrementado en mujeres con múltiples parejas sexuales, especialmente cuando estas relaciones son casuales y no se acompañan de una búsqueda oportuna de atención médica. En paralelo, el consumo de alcohol y drogas contribuye a reducir la percepción del riesgo, lo cual incrementa la probabilidad de mantener relaciones sexuales sin protección y, por tanto, favorece la transmisión de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual. Asimismo, la pobreza extrema intensifica estos factores de riesgo al limitar el acceso a servicios de salud, educación sexual y métodos preventivos, perpetuando la vulnerabilidad de las mujeres gestantes frente a esta infección ⁽⁴⁶⁾ ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁴⁸⁾.

En el contexto del control prenatal, uno de los factores críticos que contribuyen a la persistencia de la sífilis materna es el inicio tardío de las consultas, especialmente entre gestantes que residen en zonas rurales o urbanas periféricas. Estas mujeres suelen acudir al establecimiento de salud cuando la infección ya se encuentra en etapas avanzadas, lo que reduce significativamente las oportunidades de intervención para prevenir la transmisión vertical de la enfermedad ⁽⁴⁹⁾ ⁽⁵⁰⁾ ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵²⁾. A ello se suma la falta de infraestructura adecuada, la escasez de recursos y la limitada disponibilidad de personal capacitado en muchos centros de salud rurales, condiciones que dificultan la aplicación efectiva de pruebas de tamizaje y el inicio oportuno del tratamiento ⁽⁴⁹⁾ ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵³⁾. Sin embargo, se ha demostrado que la implementación de pruebas rápidas en el punto de atención mejora de manera considerable la detección y el tratamiento de la sífilis en contextos con recursos limitados, lo cual resulta particularmente relevante para establecimientos como el Centro

de Salud Aparicio Pomares, donde estas estrategias pueden marcar la diferencia en la reducción de casos de sífilis congénita ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵⁴⁾.

Sin embargo, la efectividad de estas intervenciones clínicas debe analizarse junto a los factores conductuales que inciden directamente en la exposición al riesgo, particularmente en lo que respecta a las prácticas sexuales. Desde la teoría del comportamiento planificado, propuesta por Icek Ajzen. Esta teoría indica que la conducta humana está determinada por la intención de realizarla, la cual se forma a partir de tres elementos: la actitud hacia el comportamiento, las normas sociales percibidas y el control conductual percibido. En el contexto de la salud sexual, esta teoría ayuda a comprender por qué muchas gestantes, a pesar de conocer los riesgos asociados a las relaciones sexuales sin protección o con múltiples parejas, mantienen prácticas de riesgo ⁽⁵⁵⁾.

A su vez, los antecedentes médicos también juegan un rol determinante en la prevalencia de la sífilis gestacional. Uno de los elementos biomédicos más relevantes en la literatura especializada es la coinfección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Diversas investigaciones han documentado que la sífilis es más frecuente en mujeres gestantes que viven con VIH, debido principalmente al estado de inmunosupresión que facilita la adquisición y progresión de otras infecciones de transmisión sexual. Además, ambos diagnósticos comparten múltiples factores de riesgo, como el inicio precoz de la vida sexual, el número elevado de parejas sexuales y la falta de uso consistente del condón, lo que refuerza el carácter interrelacionado de estas infecciones en contextos de alta vulnerabilidad ⁽⁵⁶⁾.

En este mismo marco de análisis, los factores relacionados con la pareja masculina también adquieren relevancia. La presencia de sífilis en la pareja sexual, especialmente si esta condición no ha sido tratada, incrementa significativamente el riesgo de reinfección o contagio en mujeres embarazadas. Esta situación ha sido vinculada con desenlaces perinatales adversos, tales como muerte fetal intrauterina, parto

prematureo y bajo peso al nacer, consecuencias que reflejan no solo el impacto clínico de la infección, sino también las limitaciones del sistema de salud para garantizar un abordaje integral de las ITS desde un enfoque familiar y comunitario ⁽⁵⁷⁾.

Según Arando et al ⁽⁵⁸⁾, la coinfección de sífilis es un problema crítico. En Barcelona (2019), el 36.3% de los pacientes con sífilis temprana eran VIH+, y presentaban prácticas de alto riesgo como sexo anal sin condón (72.5%), sexo grupal (50.6%) y uso de drogas recreativas (54.7%). Aquellos con antecedentes de sífilis previa tuvieron un riesgo 4.81 veces mayor de reinfección (IC 95%: 2.88–8.15) ⁽⁵⁸⁾. En Malasia, el 33.8% de las personas con VIH en clínicas primarias tenían sífilis, asociada significativamente a infecciones previas por gonorrea (OR = 3.8; $p < 0.001$) ⁽³⁶⁾. La transmisión vertical se ve agravada por la carga viral del VIH, que incrementa la replicación de *Treponema pallidum* debido a la inmunosupresión ⁽⁵⁹⁾.

Por otro lado, el acceso a los servicios de salud reproductiva continúa siendo un factor que determina la evolución de la sífilis durante la gestación. La ausencia de control prenatal o su inicio tardío constituye un riesgo modificable altamente significativo, ya que retrasa el diagnóstico y tratamiento oportuno de la infección. Esta situación se asocia a un incremento en las tasas de sífilis activa no tratada durante el embarazo y, por tanto, a un mayor riesgo de transmisión vertical. La evidencia demuestra que muchas de estas mujeres acuden a sus primeras consultas cuando la infección ya ha alcanzado una etapa avanzada, limitando así la posibilidad de intervención preventiva efectiva ^{(22) (60) (61)}.

Según la OPS, el 40% de los fetos de madres con sífilis no tratada mueren in utero o en el período neonatal ⁽³⁸⁾. Un estudio en Brasil reveló que solo el 57.6% de las parejas de gestantes infectadas recibieron tratamiento, lo que perpetúa la transmisión ⁽³⁷⁾. La penicilina benzatínica sigue siendo el tratamiento de elección, pero su escasez en zonas rurales de Latinoamérica retrasa la terapia. En EE.UU., el 30% de las

gestantes diagnosticadas no completaron el tratamiento por factores como pobreza, estigma o uso de drogas ⁽⁵⁹⁾.

Desde una perspectiva explicativa, respecto a la atención prenatal inadecuada, se recurre a la teoría del acceso a los servicios de salud de Penchansky y Thomas, la cual plantea que el acceso no depende únicamente de la existencia física de servicios, sino de la interacción entre cinco componentes: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad y adecuación ⁽⁶²⁾. Esta teoría permite entender por qué muchas gestantes no logran recibir un control prenatal oportuno y de calidad, aun cuando los servicios están formalmente disponibles. La distancia geográfica al establecimiento, el horario de atención, la percepción de maltrato o discriminación por parte del personal de salud, los costos ocultos y la falta de pruebas diagnósticas durante las visitas médicas son barreras reales que explican la baja cobertura de tamizajes para sífilis durante el embarazo. Además, cuando el acceso no es equitativo, las mujeres en situación de vulnerabilidad son quienes menos se benefician del sistema sanitario, aumentando así las probabilidades de una infección no detectada o mal tratada ⁽⁶³⁾.

En consecuencia, el contexto socioeconómico en el que se desarrollan estas dinámicas actúa como determinante subyacente que atraviesa todos los niveles de riesgo. La pobreza estructural, entendida como la privación sostenida de condiciones básicas como educación, vivienda digna, seguridad social y acceso a servicios de salud, crea un entorno que dificulta la adopción de medidas preventivas y reduce la capacidad de las mujeres para ejercer control sobre su salud sexual y reproductiva. En muchos casos, el acceso limitado a servicios preventivos, la desinformación, el estigma social y la escasez de recursos impiden una atención oportuna y de calidad. Todo esto configura un escenario complejo donde las barreras individuales y estructurales se entrelazan, incrementando la carga de sífilis materna y obstaculizando su abordaje efectivo ^{(20) (64) (65) (66)}.

La multiparidad (≥ 4 gestaciones) duplica el riesgo de sífilis gestacional (OR = 2.2; $p < 0.05$), según un estudio de cohortes en Brasil

⁽³⁷⁾. La sífilis latente tardía presente en el 68.5% de los casos, es particularmente peligrosa en embarazos subsiguientes, ya que puede reactivarse sin síntomas evidentes ⁽³⁶⁾.

En consonancia con lo anterior, la dimensión de los antecedentes médicos se entiende mejor a partir de la teoría de la vulnerabilidad en salud propuesta por Ayres y colaboradores ⁽⁶⁷⁾, la cual considera que la exposición a enfermedades no depende únicamente del factor biológico, sino de una combinación entre vulnerabilidad individual, social y programática. Esta teoría es particularmente pertinente para entender cómo las historias clínicas previas de ITS, la coinfección con VIH o la acumulación de embarazos pueden reflejar trayectorias de vida marcadas por el riesgo sostenido y la exclusión sistemática del sistema sanitario. Por ejemplo, haber tenido una ITS en el pasado indica no solo una conducta de riesgo anterior, sino también una posible falla en el acceso a información, diagnóstico y tratamiento oportuno. En el caso de mujeres con VIH, la inmunosupresión facilita la coinfección con sífilis, y además las coloca en una posición doblemente estigmatizada que dificulta su continuidad en el sistema de salud.

Barreras en el acceso a la atención de ITS:

- Estigma y juicio social: El miedo al juicio, la discriminación y la falta de confidencialidad en los servicios de salud son barreras frecuentes que dificultan que las personas busquen atención oportuna para ITS, especialmente en mujeres y poblaciones vulnerables.
- Falta de información y educación: El desconocimiento sobre síntomas, riesgos y servicios disponibles contribuye a la demora en la búsqueda de atención y perpetúa la transmisión de ITS ⁽⁶⁸⁾ ⁽⁶⁹⁾.
- Factores estructurales: La distancia a los centros de salud, los costos, la falta de seguro médico y la precariedad migratoria limitan el acceso, especialmente en contextos de pobreza o marginalidad ⁽⁷⁰⁾ ⁽⁷¹⁾ ⁽⁷²⁾.

- Doble estigmatización en mujeres con VIH: Las mujeres con VIH enfrentan mayor estigma, lo que dificulta su adherencia y continuidad en el sistema de salud, además de aumentar el riesgo de coinfección por ITS debido a la inmunosupresión ⁽⁶⁹⁾ ⁽⁷²⁾.

Frente a estas barreras, el tamizaje universal y temprano de sífilis durante el embarazo es una estrategia respaldada por organismos internacionales y guías nacionales, ya que permite identificar y tratar oportunamente a las mujeres infectadas y prevenir la transmisión vertical. La evidencia muestra que la cobertura de tamizaje en países con programas integrados, como Sudáfrica, supera el 95%, y que la introducción de pruebas rápidas en el punto de atención incrementa tanto la detección como el tratamiento oportuno, lo que se traduce en una reducción significativa de los desenlaces adversos, incluyendo la sífilis congénita y la mortalidad perinatal ⁽⁵⁴⁾ ⁽⁷³⁾ ⁽⁷⁴⁾. El tratamiento estándar recomendado en el embarazo es la penicilina benzatínica G, con tasas de éxito superiores al 98% en la prevención de sífilis congénita, y la desensibilización es obligatoria en caso de alergia ⁽⁷⁵⁾ ⁽⁷⁶⁾ ⁽⁷⁷⁾. Intervenciones multifacéticas que combinan el suministro de insumos con estrategias conductuales han demostrado aumentar la proporción de mujeres tamizadas y tratadas a más del 95% en entornos de bajos recursos ⁽⁷⁸⁾. Además, el tratamiento adecuado de la sífilis materna reduce el riesgo de parto prematuro en un 52%, de mortinato en un 79% y de bajo peso al nacer en un 50% ⁽⁷⁹⁾. Sin embargo, persisten desafíos como la falta de acceso oportuno al tratamiento, brechas en la cobertura del tamizaje, y dificultades adicionales en poblaciones con consumo de sustancias o situación de calle, donde la probabilidad de tratamiento inadecuado es hasta dos veces mayor ⁽⁸⁰⁾ ⁽⁸¹⁾. Por ello, la literatura enfatiza la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, garantizar la disponibilidad de penicilina y diseñar intervenciones que aborden las barreras sociales y estructurales para lograr la eliminación de la sífilis congénita ⁽⁷³⁾ ⁽⁷⁴⁾ ⁽⁷⁸⁾ ⁽⁸⁰⁾ ⁽⁸²⁾.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Sífilis materna: Se define como la infección por *Treponema pallidum* que ocurre durante el embarazo, la cual constituye una condición clínicamente relevante debido a su alta capacidad de transmisión vertical. Si no es diagnosticada y tratada oportunamente, puede provocar consecuencias graves para el binomio madre-hijo, incluyendo aborto espontáneo, muerte fetal intrauterina, parto prematuro, bajo peso al nacer o sífilis congénita ⁽⁸³⁾.

Sífilis congénita: Es una infección grave que afecta al feto o recién nacido, transmitida por una madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada durante la gestación. Puede manifestarse desde el nacimiento con síntomas multisistémicos o permanecer asintomática durante años. Entre sus consecuencias más severas se encuentran las malformaciones congénitas, sordera, lesiones óseas, neurosífilis y muerte neonatal. La sífilis congénita es considerada un indicador centinela de fallas en los programas de salud materna y perinatal, ya que es prevenible mediante un control prenatal oportuno, tamizaje y tratamiento adecuado ⁽⁸⁴⁾.

Determinantes sociales de la salud: Son condiciones estructurales y sociales como pobreza, educación, vivienda, entorno laboral, género y etnicidad que influyen de forma directa o indirecta en la salud de las personas, condicionando su exposición al riesgo y su capacidad de acceder a servicios preventivos o curativos. En el caso de la sífilis materna, estos determinantes agravan la inequidad y aumentan la probabilidad de transmisión vertical ⁽⁸⁵⁾.

Acceso a los servicios de salud reproductiva: Se refiere a la capacidad efectiva que tienen las personas para utilizar servicios de salud de calidad cuando los necesitan. No solo implica la disponibilidad de servicios, sino también la ausencia de barreras económicas, geográficas, culturales o administrativas. El acceso limitado se relaciona con un mayor riesgo de sífilis no diagnosticada o mal tratada durante el embarazo ⁽⁸⁶⁾.

Vulnerabilidad: La vulnerabilidad en salud hace alusión a la susceptibilidad aumentada de ciertos grupos frente a enfermedades o daños a la salud, derivada de la interacción entre factores individuales (como la edad

o el estado inmunológico) y sociales (como el estigma, la violencia o la exclusión). En mujeres embarazadas, esta condición puede limitar su capacidad de prevención, detección o tratamiento de ITS como la sífilis ⁽⁸⁷⁾.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Ha: Existe una asociación significativa entre los factores de riesgo y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

H0: No existe una asociación significativa entre los factores de riesgo y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Ha₁: Existe una asociación significativa entre los factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, condición socioeconómica) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

H0₁: No existe una asociación significativa entre los factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, condición socioeconómica) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Ha₂: Existe una asociación significativa entre los factores conductuales (inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, consumo de alcohol o drogas) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

H0₂: No existe una asociación significativa entre los factores conductuales (inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, consumo de alcohol o drogas) y la presencia de sífilis materna en

gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Ha₃: Existe una asociación significativa entre el acceso y calidad de la atención prenatal (inicio del control, número de controles, tipo de tamizaje recibido) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

H0₃: No existe una asociación significativa entre el acceso y calidad de la atención prenatal (inicio del control, número de controles, tipo de tamizaje recibido) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Ha₄: Existe una asociación significativa entre los antecedentes clínicos (infecciones de transmisión sexual previas, número de gestaciones, coinfección con VIH) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

H0₄: No existe una asociación significativa entre los antecedentes clínicos (infecciones de transmisión sexual previas, número de gestaciones, coinfección con VIH) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE RELACIÓN

Factores de riesgo

2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN

Diagnóstico serológico de sífilis materna

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor final	Escala de medición	Instrumento de medición
Variable de relación: Factores de riesgo	Conjunto de características individuales, conductuales, clínicas y contextuales que aumentan la probabilidad de que una gestante contraiga sífilis durante la gravidez.	Información obtenida del análisis documental de historias clínicas de gestantes atendidas en el año 2024, categorizada según indicadores específicos en una ficha de recolección de datos.	Demográfico	Edad	a. 14 a 21 años b. 22 a 30 años c. 31 a 37 años d. 38 a más	Cuantitativa continua	Ficha de recolección de datos
				Nivel educativo	a. Sin estudios b. Primaria completa/incompleta c. Secundaria completa/incompleta d. Técnica o superior	Cualitativa ordinal	
				Estado civil	a. Soltera b. Conviviente c. Casada d. Separada / divorciada / viuda	Cualitativa nominal	
				Condición socioeconómica, según INEI (ENAH0 2020)	a. Muy baja (NSE-E) b. Baja (NSE-D) c. Media (NSE-C) d. Alta (NSE-B)	Cualitativa ordinal	
			Conductual	Edad de inicio de vida sexual	a. Antes de los 15 años b. Entre los 15 y 17 años c. 18 años a más	Cualitativa ordinal	Ficha de recolección de datos
				Número de parejas sexuales en el último año	a. Una b. Dos c. Tres o más	Cuantitativa discreta	
				Consumo de alcohol o drogas	a. No consume b. Consumo ocasional c. Consumo frecuente	Cualitativa nominal	

			Acceso y calidad de la atención prenatal	Inicio del control prenatal	a. Primer trimestre b. Segundo trimestre c. Tercer trimestre d. No asistió	Cualitativa nominal	Ficha de recolección de datos
				Número de controles prenatales recibidos	a. 0 – 3 controles b. 4 – 5 controles c. 6 a más controles	Cualitativa ordinal	
				Tipo de tamizaje recibido para ITS	a. Prueba rápida b. Prueba convencional c. No recibió tamizaje	Cualitativa nominal	
			Antecedentes clínicos	Antecedentes de ITS	a. Sí b. No	Cualitativa nominal	Ficha de recolección de datos
				Número de gestaciones previas	a. Ninguna (primigesta) b. 1 – 2 gestaciones c. 3 o más gestaciones	Cualitativa nominal	
				Coinfección con VIH	a. Sí b. No c. No se realizó prueba	Cualitativa nominal	
Variable de supervisión: Sífilis materna	Infección de transmisión sexual causada por Treponema Palladium, diagnosticada durante el embarazo mediante pruebas serológicas	Registro en la historia clínica del resultado de la prueba serológica (prueba rápida y/o VDRL) realizada durante gestación. Se consideró “reactiva” cuando el resultado indique infección activa, y “no reactiva” cuando no se detecte la presencia de la bacteria.	Única	Diagnóstico serológico de sífilis materna	a. Reactiva b. No reactiva	Cualitativa nominal	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la intervención del investigador: No experimental (observacional), ya que, no se manipuló deliberadamente las variables, sino que se limitó a observar y analizar los datos existentes de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares. Se recurre al análisis de historias clínicas ya registradas, sin intervención alguna sobre la realidad estudiada.

Según el control de la medición de la variable: Retrospectivo, pues el estudio se basó en datos ya registrados durante el año 2024, por lo tanto, la recolección de información se realizó revisando documentos clínicos previos. No se midió la variable en el presente ni a futuro, sino que se analizó lo que ya ocurrió.

Según el número de mediciones de la variable: Transversal, por lo que, el estudio recogió información en un único punto temporal correspondiente al año 2024, sin realizar seguimiento en el tiempo, es decir, no se realizó seguimiento ni se midió la evolución de las gestantes en distintos periodos

Según el número de variables es analítico, no solo describe, sino que establece relaciones entre variables, específicamente entre los factores de riesgo y la presencia de sífilis materna. Se buscó determinar asociaciones estadísticas entre estas variables ⁽⁸⁸⁾.

3.1.1. ENFOQUE

La investigación emplea un enfoque cuantitativo, ya que utilizó datos numéricos, variables categorizadas y métodos estadísticos para analizar la relación entre factores de riesgo y sífilis materna. El análisis se realizó a partir de frecuencias, porcentajes y pruebas estadísticas ⁽⁸⁸⁾.

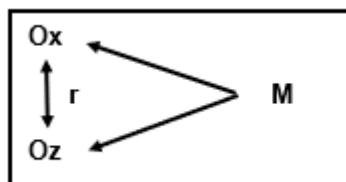
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El objetivo general planteó asociaciones entre variables (factores de riesgo y presencia de sífilis materna), lo que corresponde al nivel

relacional. Este tipo de estudio buscó identificar y analizar el grado de relación entre diferentes variables, sin llegar a establecer causalidad ⁽⁸⁸⁾.

3.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación es no experimental, de tipo transversal, relacional y retrospectivo. No se manipularon las variables, sino que se observaron tal como ocurrieron en el contexto natural del Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024. Se recurrió a fuentes secundarias, como las historias clínicas y el Sistema de Información Perinatal (SIP), por lo que el diagrama se representa como:



Donde:

- Ox (observación de la variable de supervisión = Factores de riesgo)
- Oz (observación de la variable de relación = presencia de sífilis materna)
- R (coeficiente de correlación entre las dos variables)
- M (representa la muestra de estudio)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población del estudio estuvo conformada por todas las 96 gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024, cuyas atenciones se encontraron registradas en las historias clínicas y en el Sistema de Información Perinatal (SIP). Este grupo constituyó el universo sobre el cual se buscó analizar la asociación entre las variables previamente mencionadas.

3.2.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes atendidas para control prenatal entre enero y diciembre del año 2024 en el Centro de Salud Aparicio Pomares.
- Presencia de al menos una prueba serológica o prueba rápida para sífilis documentada en la historia clínica o en el SIP.
- Historias clínicas que cuenten con información completa en relación con las variables de estudio (edad, nivel educativo, antecedentes clínicos, número de controles prenatales, entre otros).
- Gestantes que completaron al menos un control prenatal registrado durante el período de estudio.

3.2.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes que recibieron atención por causas no relacionadas al control prenatal (por ejemplo, atención por emergencia obstétrica aislada, atención posparto sin seguimiento prenatal).
- Casos en los que se haya identificado diagnóstico de sífilis previo al embarazo actual, sin evidencia de infección activa durante la gestación.

3.2.1.3. CRITERIO DE ELIMINACIÓN

- Historias clínicas con registros duplicados, ilegibles o incongruentes, que no puedan ser validadas mediante cruce con el Sistema de Información Perinatal (SIP).
- Casos con evidencia de manipulación de datos o ausencia de firma y sello del profesional de salud responsable de los registros.

3.2.2. MUESTRA

La muestra del estudio fue determinada mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, con el objetivo de garantizar la representatividad de la población y minimizar posibles sesgos. Para ello,

se utilizó una fórmula estadística para el cálculo del tamaño muestral, considerando los siguientes parámetros:

- Nivel de confianza del 95% ($Z = 1.96$)
- Proporción esperada (p) de 0.5, al no conocerse con exactitud los casos de sífilis materna en la población objetivo
- Margen de error (e) del 5% o 0.05
- Tamaño poblacional (N): conformado por el total de gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024, según registros disponibles

De acuerdo a estos criterios, se aplicó la fórmula para población finita:

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

Donde:

- n = tamaño de muestra
- Z = valor z para el nivel de confianza (1.96)
- p = probabilidad de ocurrencia (0.5)
- $q = 1 - p$ (0.5)
- e = error máximo admisible (0.05)
- N = población total de gestantes atendidas (96)

Sustituyendo:

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

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 96}{(0.05)^2 (96 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 96}{(0.05)^2 (95) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{92.1984}{1.1979}$$

$$n = 76.966$$

Tras aplicar la fórmula estadística adecuada, se determinó que la muestra estuvo constituida por 77 grávidas, lo que, considerando el total de la población atendida durante el año 2024.

3.2.3. MUESTREO

Probabilístico aleatorio simple, permitiendo que todas las grávidas atendidas durante el año 2024 tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas.

3.2.3.1. DISEÑO DE MUESTREO

Unidad de análisis u observación: Estuvo conformada por cada gestante atendida en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el periodo de estudio, ya que en ellas se identificó la presencia o ausencia de sífilis materna y sus factores de riesgo.

Unidad de muestreo: Coincidió con la unidad de análisis, es decir, las historias clínicas individuales de las gestantes, dado que a partir de ellas se extrajo la información requerida para la investigación.

Marco muestral: Estuvo constituido por el registro total de historias clínicas de gestantes atendidas en el establecimiento durante el año 2024, proporcionado por el Sistema de Información Perinatal (SIP), que funcionó como base para realizar el sorteo aleatorio y seleccionar la muestra definitiva.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Análisis documental de las historias clínicas

3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección de datos, detallada de la siguiente manera:

- Nombre: Ficha sobre los factores de riesgo de sífilis materna durante el embarazo
- Autora: Elaborado por la investigadora Milagros Zolórzano, con base en los objetivos, dimensiones y variables del estudio, ya que no se identificó uno existente que se ajuste al contexto específico. Su diseño permitió recolectar datos pertinentes y directos desde las historias clínicas y el SIP.
- Objetivo general: Asociar los factores de riesgo con la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024
- Estructura: La estructura del instrumento ha sido diseñada en función de las variables del estudio, organizándose en dos dimensiones principales. La primera corresponde a los factores de riesgo, los cuales se subdividieron en cuatro áreas: factores sociodemográficos, que contemplaron cuatro ítems; factores conductuales, con tres ítems; acceso y calidad de la atención prenatal, también con tres ítems; y antecedentes clínicos, evaluados mediante tres ítems. En complemento, la segunda dimensión se centró en el diagnóstico de sífilis materna, medida a través de un único ítem que permitió establecer su ocurrencia en la gestante evaluada.
- Momento de aplicación: La ficha de recolección de datos fue aplicada de forma indirecta, mediante el análisis documental de las historias

clínicas y registros del Sistema de Información Perinatal (SIP), correspondientes al año 2024.

- Tiempo de aplicación: El tiempo promedio requerido para completar cada ficha fue de 15 minutos, lo cual permitió registrar eficientemente los datos relacionados con las dimensiones e indicadores del estudio.

3.3.3. VALIDEZ CUALITATIVA DEL INSTRUMENTO

Validez de contenido: La ficha de recolección de datos fue sometida a validación mediante juicio de expertos (ver anexo 3), contando con la participación de profesionales con experiencia en salud materna, atención prenatal y vigilancia de infecciones de transmisión sexual. Estos evaluaron los ítems propuestos, brindando observaciones que fueron consideradas para realizar los ajustes necesarios antes de su aplicación definitiva.

Criterios de evaluación	Parámetros de evaluación
1. CLARIDAD	El lenguaje empleado en los ítems es accesible y se ajusta al entorno y características de las gestantes.
2. OBJETIVIDAD	Cada ítem plantea situaciones verificables que pueden medirse de forma objetiva
3. ACTUALIDAD	El contenido refleja conocimientos recientes y está alineado con la evidencia científica actual
4. ORGANIZACION	Se ha mantenido una secuencia coherente y ordenada en la formulación de los ítems
5. SUFICIENCIA	Las dimensiones incluyen un número adecuado de preguntas que permiten evaluarlas con profundidad
6. INTENCIONALIDAD	Los ítems se elaboraron específicamente para abordar las variables e indicadores del estudio
7. CONSISTENCIA	Su formulación se apoya en fundamentos teóricos y estudios previos confiables
8. COHERENCIA	Existe una correspondencia clara entre cada ítem y el componente que pretende explorar
9. METODOLOGIA	La forma en que se diseñaron los ítems guarda coherencia con el enfoque metodológico de la investigación
10. PERTINENCIA	Todos los ítems fueron seleccionados por su relevancia temática y su utilidad para el análisis del fenómeno estudiado

La sección validada por los expertos se representó en la parte de ellos anexos (ver anexo 3).

3.4. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

La información recolectada fue organizada y presentada a través de tablas y figuras estadísticas, lo que permitió una visualización clara y comprensible de los resultados, facilitando la identificación de frecuencias, porcentajes y tendencias relevantes en relación con los factores de riesgo y la presencia de sífilis materna.

3.4.2. PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial:

En el análisis descriptivo, se emplearon frecuencias absolutas y relativas para resumir las características de las gestantes según las dimensiones demográficas, conductuales, de accesibilidad, de calidad de atención y antecedentes. Esto permitió describir la distribución de las variables relacionadas con los factores de riesgo y la presencia de sífilis materna.

Para el análisis inferencial, dado que las variables fueron de naturaleza categórica (nominales y ordinales), se utilizaron pruebas no paramétricas. Con base en los resultados de las tablas de contingencia, se aplicaron pruebas de asociación como el Chi cuadrado (X^2) y, en los casos en que no se cumplieron los supuestos de aplicación (frecuencias esperadas menores de 5), se recurrió a la prueba exacta de Fisher.

Asimismo, con el propósito de identificar los factores asociados al diagnóstico serológico de sífilis materna, se aplicó un modelo de regresión logística binaria. Esta técnica permitió estimar la fuerza y dirección de la asociación entre las variables independientes y la ocurrencia de sífilis durante el embarazo. Los resultados se expresaron mediante el Odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza al 95 % (IC 95%), considerando un nivel de significancia estadística del 5 % ($p < 0.05$).

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se rigió por los principios éticos fundamentales de la bioética: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. En primer lugar, se aseguró la beneficencia, garantizando que los resultados del estudio aporten información útil para mejorar la atención de las gestantes y la prevención de la sífilis materna. Asimismo, se respetó el principio de no maleficencia, al evitar cualquier daño físico, psicológico o social a las participantes, dado que los datos fueron obtenidos exclusivamente de fuentes secundarias (historias clínicas y el Sistema de Información Perinatal - SIP), sin contacto directo con las pacientes.

El principio de justicia se aplicó garantizando que todas las grávidas incluidas en el estudio sean seleccionadas bajo los mismos criterios, sin distinción alguna de raza, edad, religión o condición socioeconómica. Del mismo modo, se respetó la autonomía, preservando la confidencialidad y anonimato de la información obtenida, sin revelar la identidad de las participantes en ninguna etapa del estudio.

La investigación cumplió con lo establecido en la Ley N.º 29733, Ley de Protección de Datos Personales del Perú ⁽⁸⁹⁾, así como con las disposiciones del Reglamento de la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General ⁽⁹⁰⁾, en lo relacionado al uso y tratamiento de datos personales en investigaciones científicas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

4.1.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 1. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Factores sociodemográficos	n = 77	
	fi	%
Edad		
14 a 21 años	27	35,1
22 a 30 años	32	41,6
31 a 37 años	12	15,6
38 a más	6	7,8
Nivel educativo		
Primaria completa/incompleta	10	13,0
Secundaria completa/incompleta	44	57,1
Técnica o superior	23	29,9
Estado civil		
Soltera	17	22,1
Conviviente	56	72,7
Casada	4	5,2
Condición socioeconómica, según Instituto Nacional de Estadística e Informática (fuente ENAHO 2020)		
Muy baja (NSE-E)	11	14,3
Baja (NSE-D)	39	50,6
Media (NSE-C)	26	33,8
Alta (NSE-B)	1	1,3
Total	77	100,0

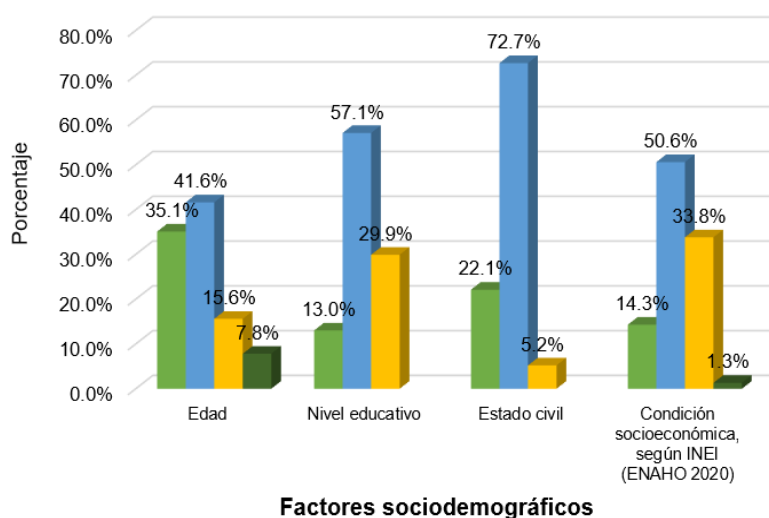


Figura 1. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

En el grupo de estudio conformado por 77 gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024, se observó que la mayoría tenía entre 22 y 30 años (41,6%), seguidas por las de 14 a 21 años (35,1%), mientras que los grupos de 31 a 37 años y 38 años a más representaron el 15,6% y 7,8%, respectivamente.

En cuanto al nivel educativo, predominó la educación secundaria completa o incompleta (57,1%), seguida de la técnica o superior (29,9%) y la primaria (13,0%).

Con respecto al estado civil, el mayor porcentaje correspondió a gestantes convivientes (72,7%), en tanto que el 22,1% fueron solteras y el 5,2% casadas.

En relación con la condición socioeconómica, de acuerdo con la clasificación del INEI (ENAH0 2020), más de la mitad presentó un nivel bajo (NSE-D) (50,6%), seguido del nivel medio (NSE-C) con 33,8%, el muy bajo (NSE-E) con 14,3% y solo un 1,3% perteneció al nivel alto (NSE-B).

En síntesis, la población estudiada se caracteriza principalmente por gestantes jóvenes, con educación secundaria, convivientes y pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos o medios.

4.1.2. FACTORES CONDUCTUALES

Tabla 2. Factores conductuales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Factores conductuales	n = 77	
	fi	%
Edad de inicio de vida sexual		
Antes de los 15 años	69	89,6
Entre los 15 y 17 años	8	10,4
Número de parejas sexuales en el último año		
Uno	5	6,5
Dos	37	48,1
Tres o más	35	45,5
Consumo de alcohol o drogas		
No consume	74	96,1
Consumo ocasional	3	3,9
Total	77	100,0

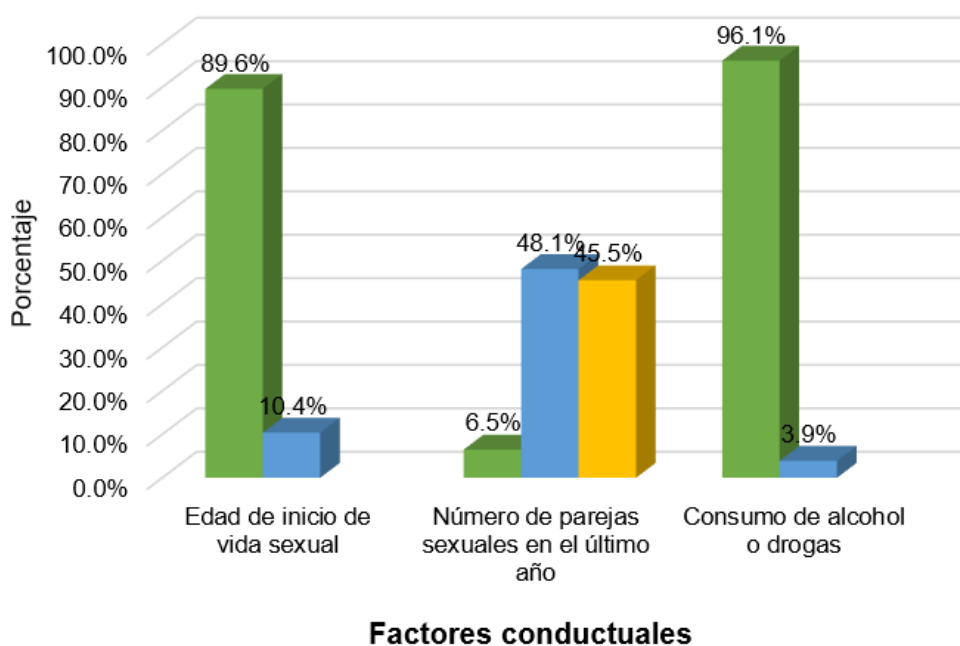


Figura 2. Factores conductuales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

En cuanto a los factores conductuales, se observó que la gran mayoría de las gestantes inició su vida sexual antes de los 15 años (89,6%), mientras que un 10,4% lo hizo entre los 15 y 17 años.

Respecto al número de parejas sexuales en el último año, casi la mitad de las gestantes reportó haber tenido dos parejas sexuales (48,1%), el 45,5% refirió tres o más parejas, y solo el 6,5% indicó una sola pareja.

En relación con el consumo de alcohol o drogas, el 96,1% manifestó no consumir, y apenas el 3,9% reportó un consumo ocasional. En tal sentido, estos hallazgos evidencian comportamientos de riesgo alarmantes, como el inicio sexual precoz y múltiples parejas sexuales, aunque con un consumo de sustancias muy bajo en la población estudiada.

4.1.3. ACCESO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Tabla 3. Características del acceso y calidad de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Acceso y calidad de la atención prenatal (APN)	n = 77	
	fi	%
Inicio del control prenatal		
Primer trimestre	53	68,8
Segundo trimestre	17	22,1
Tercer trimestre	7	9,1
Número de controles prenatales recibidos		
0 - 3 controles	22	28,6
4 – 5 controles	12	15,6
6 o más controles	43	55,8
Tipo de tamizaje recibido para ITS		
Prueba rápida	75	97,4
No recibió tamizaje	2	2,6
Total	77	100,0

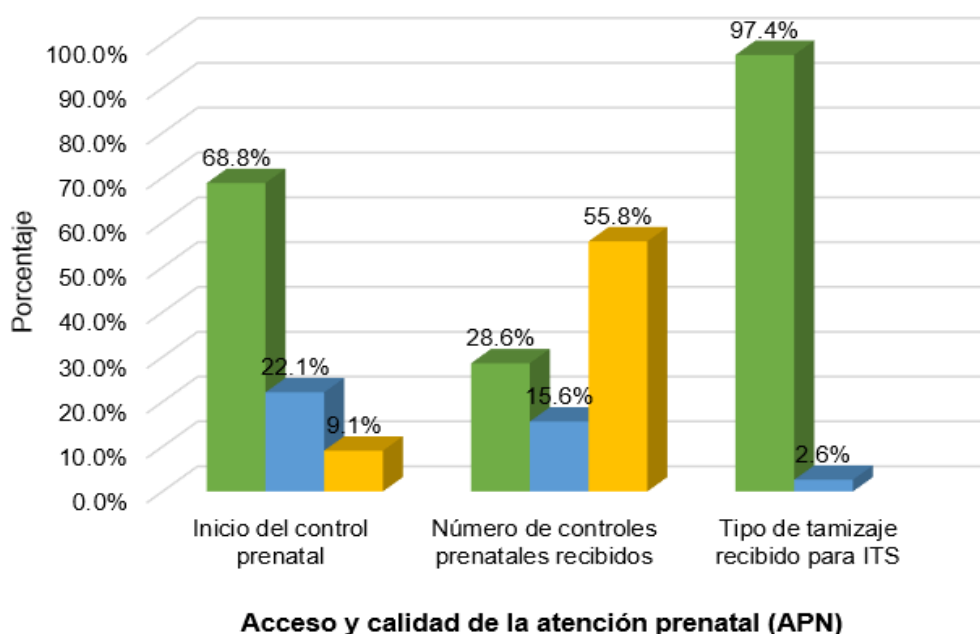


Figura 3. Características del acceso y calidad de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

En relación con el inicio del control prenatal, se evidenció que la mayoría de las gestantes inició sus controles en el primer trimestre del embarazo (68,8%), mientras que el 22,1% lo hizo en el segundo trimestre y el 9,1% en el tercero. Con respecto al número de controles prenatales recibidos, más de la mitad de las participantes cumplió con seis o más controles (55,8%), un 28,6% realizó entre 0 y 3 controles, y el 15,6% tuvo entre 4 y 5 controles.

En cuanto al tamizaje para infecciones de transmisión sexual (ITS), casi la totalidad de las gestantes recibió prueba rápida (97,4%), mientras que solo el 2,6% no fue tamizada. Por lo que, estos resultados muestran un adecuado acceso a la atención prenatal y una alta cobertura del tamizaje para ITS, aunque persisten casos de inicio tardío y bajo número de controles en un grupo minoritario de gestantes.

4.1.4. ANTECEDENTES CLÍNICOS

Tabla 4. Antecedentes clínicos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Antecedentes clínicos	n = 77	
	fi	%
Antecedente de ITS		
Si	5	6,5
No	72	93,5
Número de gestaciones previas		
Ninguna (primigesta)	35	45,5
1- 2 gestaciones	26	33,8
3 a más gestaciones	16	20,8
Coinfección con VIH		
Si	0	0,0
No	77	100,0
Total	77	100,0

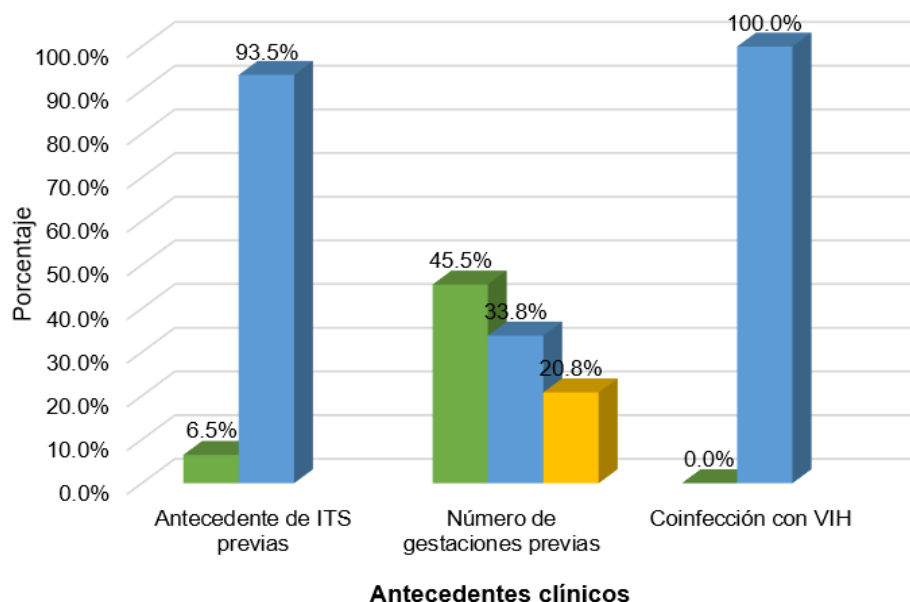


Figura 4. Antecedentes clínicos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

En cuanto a los antecedentes clínicos, se encontró que la gran mayoría de las gestantes no presentaron antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) (93,5%), mientras que el 6,5% sí refirió haber padecido alguna previamente.

Respecto al número de gestaciones previas, el 45,5% correspondió a primigestas, el 33,8% a mujeres con una o dos gestaciones previas, y el 20,8% a gestantes con tres a más embarazos.

En relación con la coinfección por VIH, se evidenció que ninguna gestante fue portadora del virus, alcanzando una proporción del 100% sin coinfección.

En conjunto, estos los resultados muestran que la mayoría de las gestantes presentaron un perfil clínico favorable, caracterizado por la ausencia de antecedentes de infecciones de transmisión sexual y coinfección por VIH, así como por un predominio de primigestas; sugiriendo una población con antecedentes clínicos generalmente estables, sin evidencia de condiciones previas que pudieran comprometer su salud materna.

4.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL

4.2.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE SÍFILIS

Tabla 5. Edad materna y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Factores sociodemográficos	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva	No reactiva			
	fi	%	fi	%	
Edad					
14 a 21 años	0	0,0	27	35,1	Chi-cuadrado de Pearson Valor = 5,526 Sig. = 0,137
22 a 30 años	5	6,5	27	35,1	
31 a 37 años	1	1,3	11	14,3	
38 a más	0	0,0	6	7,8	
Total	6	7,8	71	92,2	

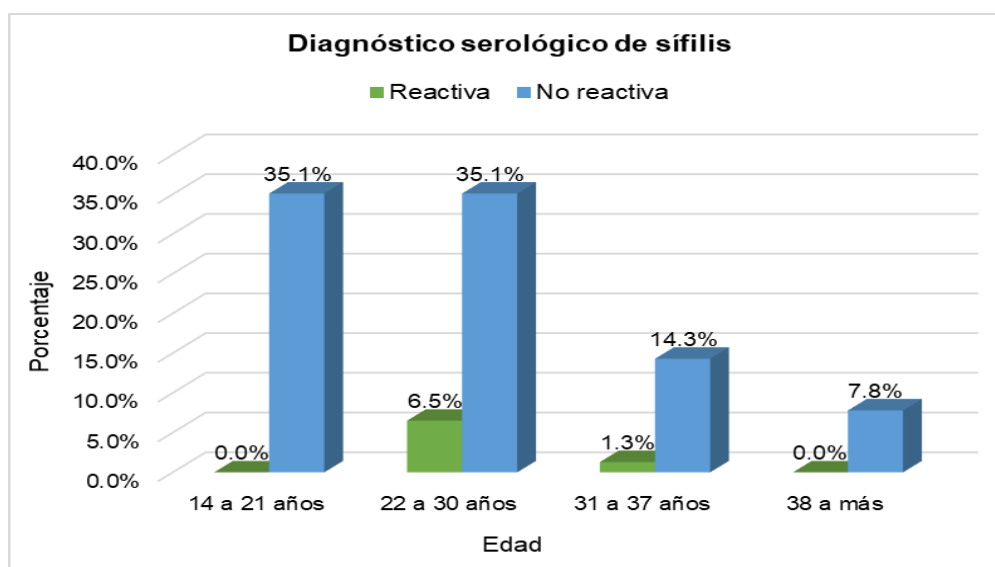


Figura 5. Edad materna y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

La mayoría de los casos reactivos correspondieron al grupo de 22 a 30 años (6,5%), seguido de 31 a 37 años (1,3%), sin registros en los grupos de 14 a 21 ni 38 años a más. Entre las gestantes no reactivas, los grupos de 22 a 30 años y 14 a 21 años concentraron la mayor frecuencia (35,1% cada uno). Según la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,137$), no se encontró asociación significativa entre la edad materna y la presencia de sífilis, aunque los casos se observaron con mayor frecuencia en mujeres de 22 a 30 años, grupo que concentra la mayor actividad reproductiva.

Tabla 6. Nivel educativo y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Factores sociodemográficos	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva		No reactiva		
	fi	%	fi	%	
Nivel educativo					
Primaria completa/incompleta	0	0,0	10	13,0	Chi-cuadrado de Pearson Valor = 0,974 Sig. = 0,614
Secundaria completa/incompleta	4	5,2	40	51,9	
Técnica o superior	2	2,6	21	27,3	
Total	6	7,8	71	92,2	

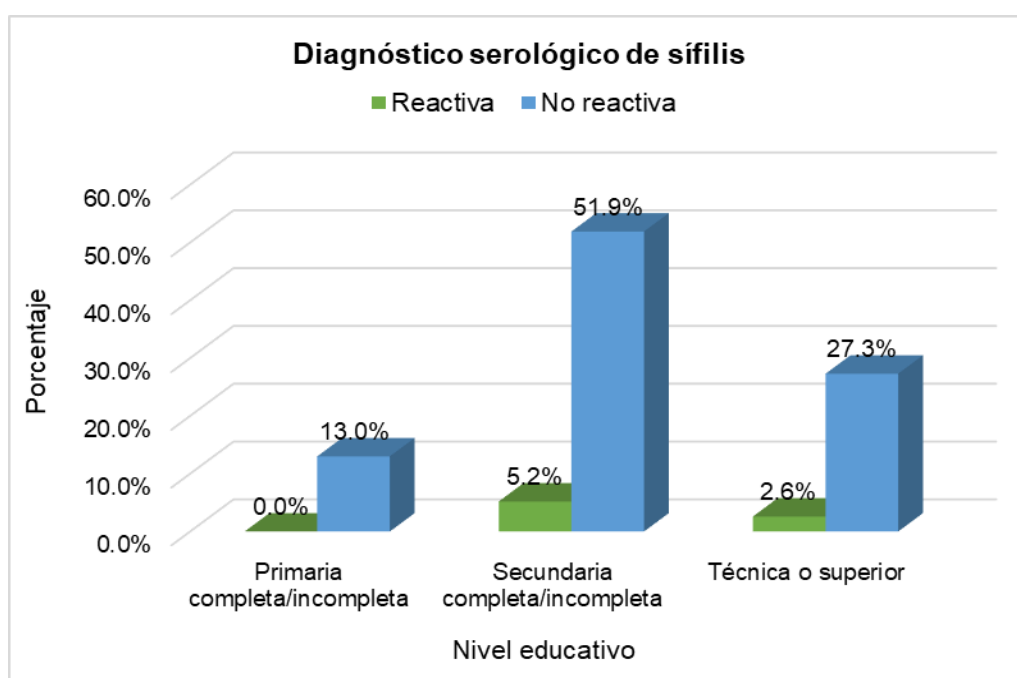


Figura 6. Nivel educativo y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Se observó que, la mayor proporción de casos reactivos se presentó en gestantes con educación secundaria (5,2%), seguidas por aquellas con formación técnica o superior (2,6%), mientras que no se registraron casos en el grupo con nivel primario. En las gestantes no reactivas, predominó igualmente el nivel secundario (51,9%), seguido del técnico o superior (27,3%) y del primario (13,0%). Según la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,614$), no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el diagnóstico serológico de sífilis, lo que indica que el grado de instrucción no constituye un factor determinante en la aparición de la infección en esta población.

Tabla 7. Estado civil y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Factores sociodemográficos	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva		No reactiva		
Estado civil	fi	%	fi	%	
Soltera	0	0,0	17	22,1	Chi-cuadrado de Pearson Valor = 3,186 Sig. = 0,206
Conviviente	5	6,5	51	66,2	
Casada	1	1,3	3	3,9	
Total	6	7,8	71	92,2	

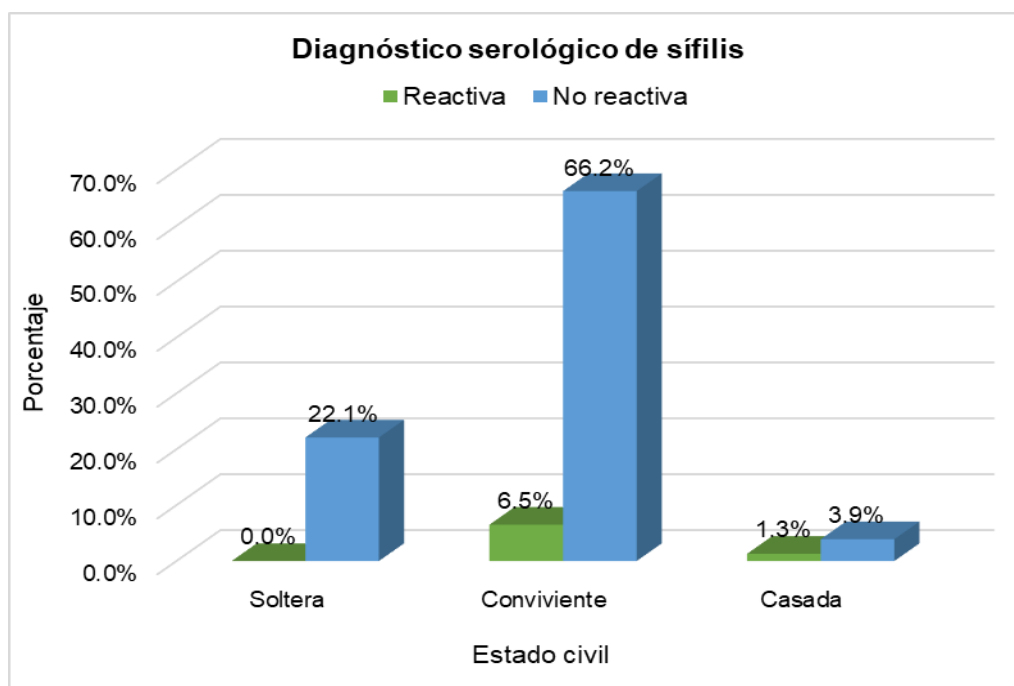


Figura 7. Estado civil y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

En relación con el estado civil, se observó que la mayoría de los casos reactivos correspondieron a gestantes convivientes (6,5%), seguidas por las casadas (1,3%), sin registrarse casos en las solteras. De igual manera, entre las gestantes no reactivas predominó el estado conviviente (66,2%), seguido del soltero (22,1%) y casado (3,9%). En conjunto, estos resultados evidencian que la convivencia es la situación con mayor representación tanto en casos reactivos como no reactivos, lo cual podría asociarse a un mayor grado de exposición dentro de la vida en pareja; sin embargo, según la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,206$), no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la presencia de sífilis materna.

Tabla 8. Condición socioeconómica y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Factores sociodemográficos	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva		No reactiva		
Condición socioeconómica, según INEI (ENAH O 2020)	fi	%	fi	%	
Muy baja (NSE-E)	0	0,0	11	14,3	Chi-cuadrado de Pearson Valor = 1,344 Sig. = 0,719
Baja (NSE-D)	4	5,2	35	45,5	
Media (NSE-C)	2	2,6	24	31,2	
Alta (NSE-B)	0	0,0	1	1,3	
Total	6	7,8	71	92,2	

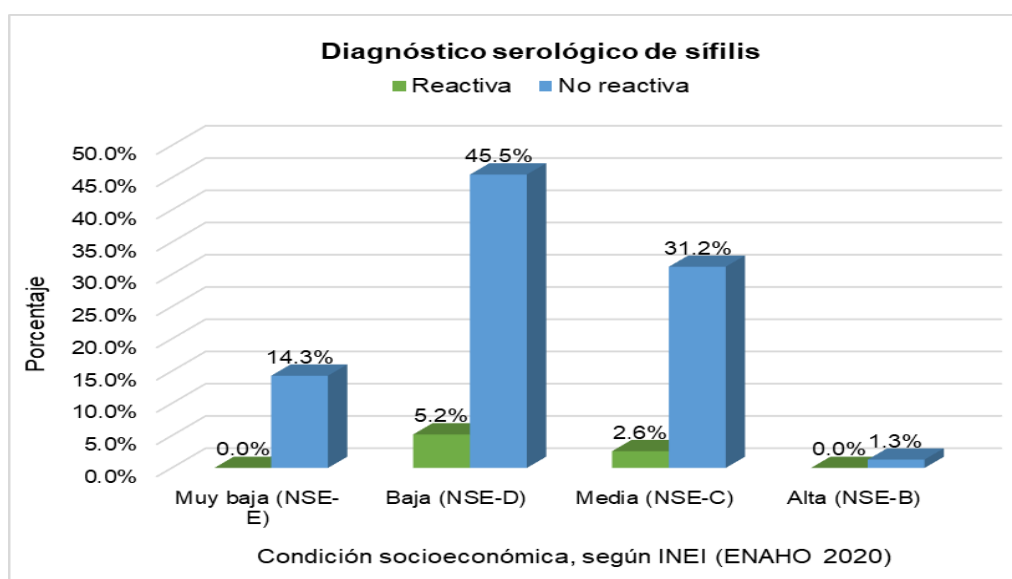


Figura 8. Condición socioeconómica y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

En cuanto a la condición socioeconómica, se identificó que la mayoría de los casos reactivos pertenecían al grupo de nivel socioeconómico bajo (NSE-D) con un 5,2%, seguido del nivel medio (NSE-C) con un 2,6%, sin registros en los niveles muy bajo ni alto. En las gestantes no reactivas, predominó igualmente el nivel bajo (45,5%), seguido del medio (31,2%), muy bajo (14,3%) y alto (1,3%). En conjunto, estos hallazgos evidencian que la mayor proporción de casos se concentró en féminas con condiciones socioeconómicas desfavorables; sin embargo, según la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,719$), no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre variables.

4.2.2. FACTORES CONDUCTUALES Y DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE SÍFILIS

Tabla 9. Edad de inicio de vida sexual y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Factores conductuales	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva	No reactiva			
	fi	%	fi	%	
Edad de inicio de vida sexual					Prueba exacta de Fisher Sig. = 0,494
Antes de los 15 años	5	6,5	64	83,1	
Entre los 15 y 17 años	1	1,3	7	9,1	
Total	6	7,8	71	92,2	

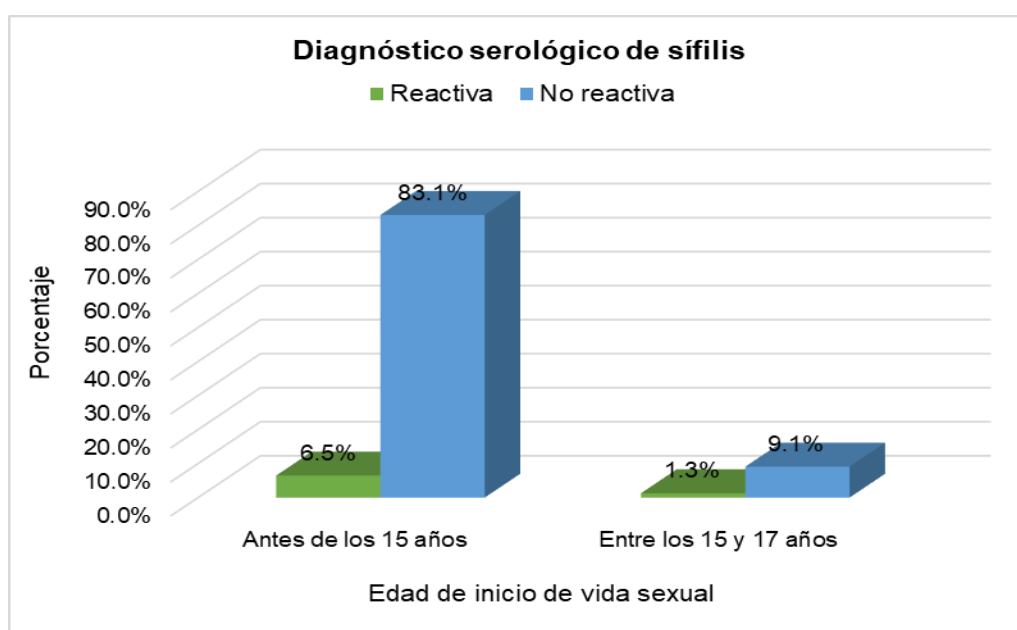


Figura 9. Edad de inicio de vida sexual y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Respecto a la edad de inicio de vida sexual, la gran mayoría de las gestantes iniciaron relaciones antes de los 15 años (89,6%), grupo en el que también se concentró la mayor proporción de casos reactivos (6,5%), mientras que solo un 1,3% de casos se presentó entre quienes iniciaron entre los 15 y 17 años. De forma similar, entre las gestantes no reactivas predominó el inicio sexual precoz (83,1%), seguido del rango de 15 a 17 años (9,1%). En conjunto, estos resultados muestran una tendencia sexual temprana como característica común de la población estudiada; sin embargo, según la prueba exacta de Fisher ($p=0,494$), no se evidenció una asociación estadísticamente significativa.

Tabla 10. Parejas sexuales y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Factores conductuales	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva		No reactiva		
	fi	%	fi	%	
Número de parejas sexuales en el último año					
Uno	1	1,3	4	5,2	Chi-cuadrado de Pearson Valor = 3,015 Sig. = 0,221
Dos	1	1,3	36	46,8	
Tres a más	4	5,2	31	40,3	
Total	6	7,8	71	92,2	

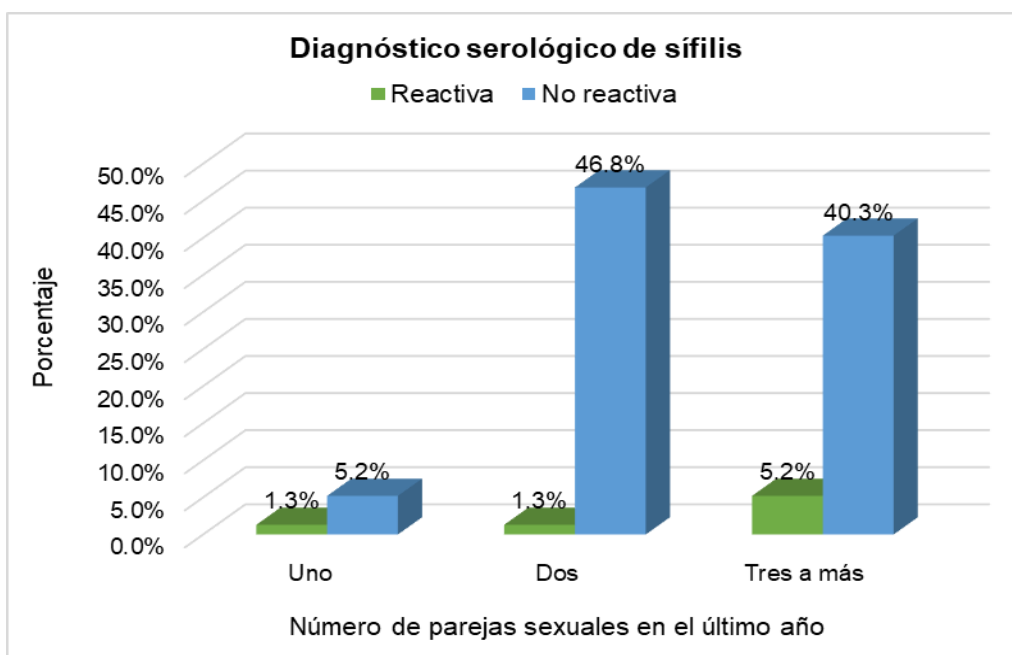


Figura 10. Parejas sexuales y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

En cuanto al número de parejas sexuales en el último año, se observó que la mayoría de los casos reactivos correspondieron a gestantes que reportaron tres o más parejas sexuales (5,2%), seguidas de quienes tuvieron una o dos parejas (1,3% en cada caso). En las gestantes no reactivas, predominó el grupo con dos parejas sexuales (46,8%), seguido del de tres o más (40,3%) y finalmente el de una sola pareja (5,2%). Por tanto, estos resultados mostraron una tendencia a mayor frecuencia de sífilis en gestantes con múltiples parejas sexuales, lo cual reflejar un mayor nivel de exposición; no obstante, según la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,221$), no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre dichas variables

Tabla 11. Consumo de alcohol o drogas y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Factores conductuales	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva		No reactiva		
	fi	%	fi	%	
Consumo de alcohol o drogas					
No consume	6	7,8	68	88,3	Prueba exacta de Fisher Sig. = 1,000
Consumo ocasional	0	0,0	3	3,9	
Total	6	7,8	71	92,2	

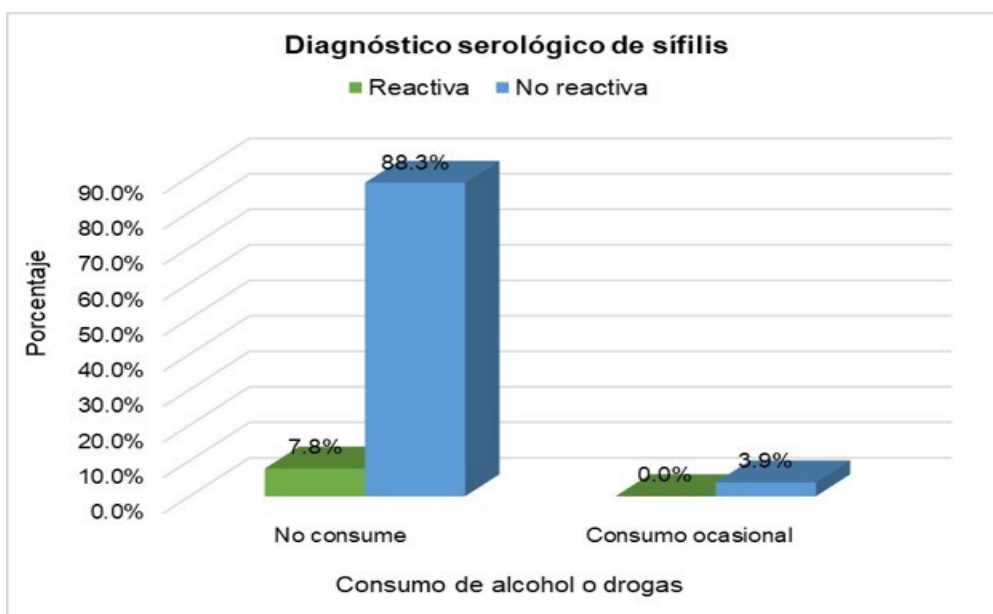


Figura 11. Consumo de alcohol o drogas y el diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Al analizar la relación entre el consumo de alcohol o drogas y la presencia de sífilis materna, se observó que todos los casos reactivos correspondieron a gestantes que no refirieron consumo de sustancias (7,8%), mientras que ninguna de las féminas con consumo ocasional presentó reactividad serológica. Entre las gestantes no reactivas, predominó también la ausencia de consumo (88,3%), evidenciando un patrón general de bajo uso de sustancias en la población estudiada. Estos hallazgos reflejan un perfil conductual conservador, donde el consumo de alcohol o drogas no parece influir en la aparición de la infección; coherentemente, la prueba exacta de Fisher ($p=1,000$) confirmó la ausencia de una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

4.2.3. ACCESO - CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE SÍFILIS

Tabla 12. Inicio del control prenatal y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Características del acceso y calidad de la atención prenatal	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva	No reactiva			
	fi	%	fi	%	
Inicio del control prenatal					Chi-cuadrado de Pearson
Primer trimestre	5	6,5	48	62,3	Valor = 0,877 Sig. = 0,645
Segundo trimestre	1	1,3	16	20,8	
Tercer trimestre	0	0,0	7	9,1	
Total	6	7,8	71	92,2	

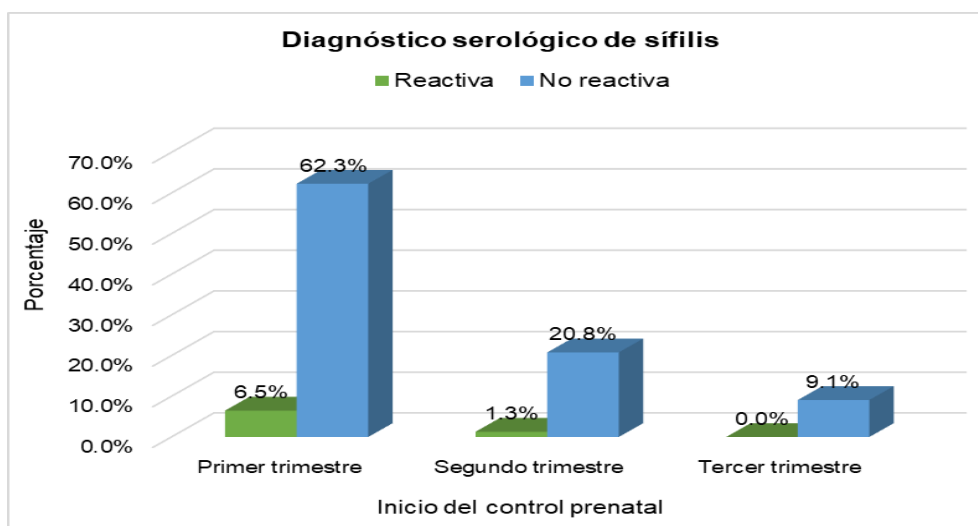


Figura 12. Inicio del control prenatal y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

En cuanto al inicio del control prenatal, la mayoría de los casos reactivos se registraron en gestantes que iniciaron sus controles durante el primer trimestre (6,5%), seguidas por aquellas que los comenzaron en el segundo trimestre (1,3%). De forma similar, entre las gestantes no reactivas predominó también el inicio temprano de los controles (62,3%), lo que sugiere una adecuada captación oportuna de la mayoría de las embarazadas. Pese a ello, la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,645$) indicó ausencia de asociación estadísticamente significativa entre el trimestre de inicio del control prenatal y la presencia de sífilis, evidenciando que el momento de inicio del control no influyó de manera relevante en la ocurrencia de la infección.

Tabla 13. Número de controles prenatales recibidos y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Características del acceso y calidad de la atención prenatal	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva		No reactiva		
Número de controles prenatales recibidos	fi	%	fi	%	
0- 3 controles	1	1,3	21	27,3	Chi-cuadrado de Pearson Valor = 0,464 Sig. = 0,793
4 – 5 controles	1	1,3	11	14,3	
6 a más controles	4	5,2	39	50,6	
Total	6	7,8	71	92,2	

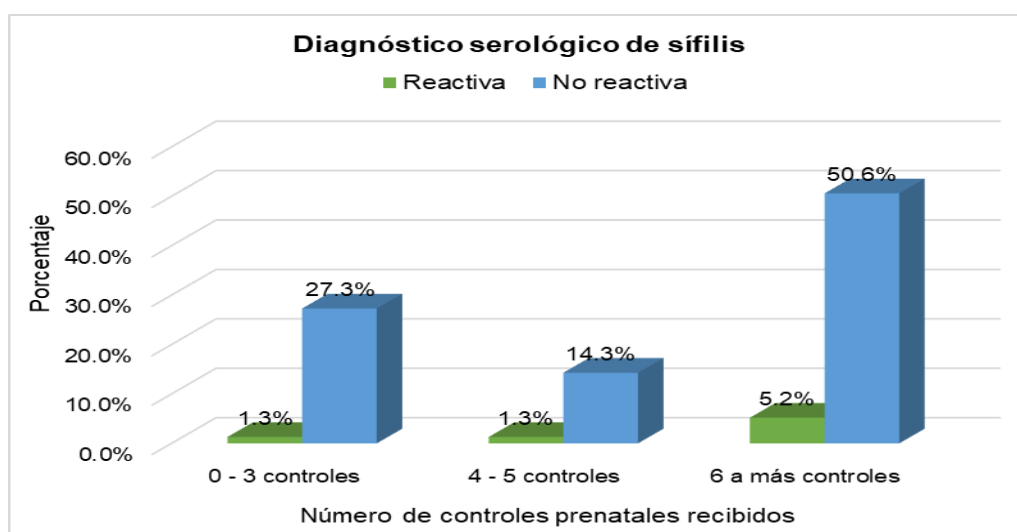


Figura 13. Número de controles prenatales recibidos y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Al analizar el número de controles prenatales recibidos, se evidenció que la mayor proporción de casos reactivos correspondió a gestantes con seis o más controles (5,2%), seguidas de aquellas con cuatro a cinco controles y con menos de tres controles (1,3% en cada grupo). De manera semejante, entre las gestantes no reactivas predominó el grupo con mayor número de controles (50,6%), seguido de quienes tuvieron entre cero y tres controles (27,3%) y de cuatro a cinco controles (14,3%). Si bien la mayoría de las gestantes, tanto reactivas como no reactivas, cumplieron con un número adecuado de controles, la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,793$) mostró ausencia de una asociación estadísticamente significativa, indicando que la frecuencia de controles prenatales no guardó relación directa con la presencia de sífilis materna.

Tabla 14. Tipo de tamizaje recibido para ITS y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Características del acceso y calidad de la atención prenatal	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva	No reactiva			
Tipo de tamizaje recibido para ITS	fi	%	fi	%	
Prueba rápida	6	7,8	69	89,6	Prueba exacta de Fisher Sig. = 1,000
No recibió tamizaje	0	0,0	2	2,6	
Total	6	7,8	71	92,2	

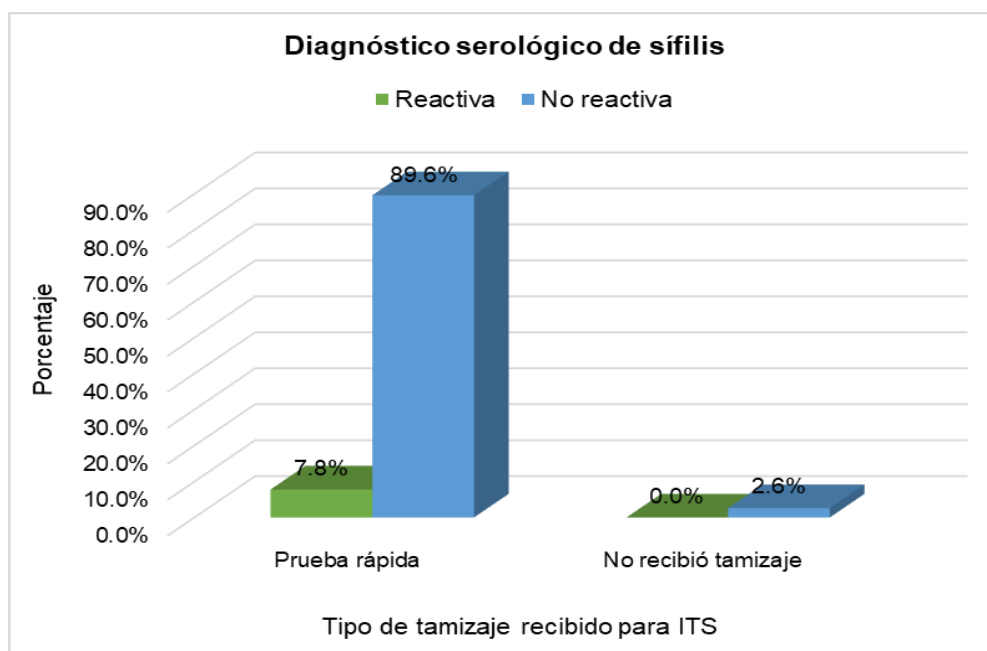


Figura 14. Tipo de tamizaje recibido para ITS y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

En relación con el tipo de tamizaje recibido para infecciones de transmisión sexual, se observó que la totalidad de los casos reactivos pertenecían a gestantes que fueron evaluadas mediante prueba rápida (7,8%), mientras que ninguna mujer sin tamizaje presentó resultados reactivos. De igual forma, entre las gestantes no reactivas predominó ampliamente el grupo tamizado (89,6%), evidenciando una adecuada cobertura de detección en la población atendida. Estos resultados sugieren un cumplimiento apropiado de las prácticas de tamizaje establecidas en la atención prenatal; sin embargo, la prueba exacta de Fisher ($p=1,000$) confirmó la ausencia de asociación estadísticamente significativa entre el tipo de tamizaje y la presencia de sífilis materna.

4.2.4. ANTECEDENTES CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE SÍFILIS

Tabla 15. Antecedente de ITS y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Antecedentes clínicos	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva	No reactiva			
	fi	%	fi	%	
Antecedentes de ITS					Prueba exacta de Fisher
Si	5	6,5	0	0,0	Sig. = 0,001
No	1	1,3	71	92,2	
Total	6	7,8	71	92,2	

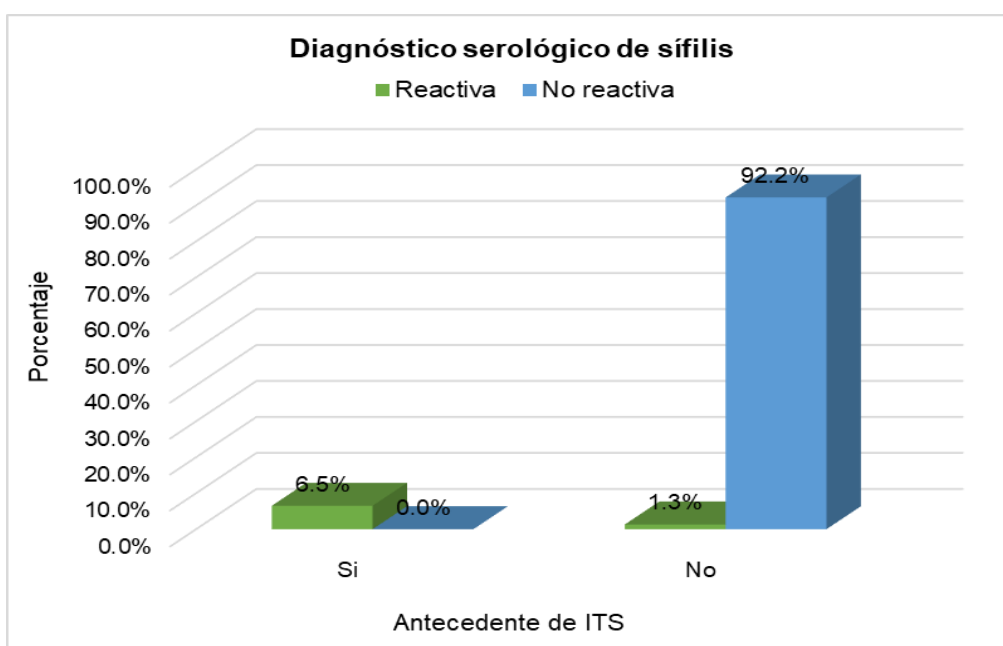


Figura 15. Antecedente de ITS y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Los resultados revelaron una asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes de ITS y la presencia de sífilis materna ($p=0,001$). Se evidenció que la mayoría de las grávidas con diagnóstico previo de ITS resultaron reactivas a sífilis, mientras que la gran mayoría de aquellas sin antecedentes presentaron resultados no reactivos (92,2%). Este hallazgo evidencia que haber padecido una ITS previa constituye un factor de riesgo clínico importante para la infección por *Treponema pallidum*, subrayando la necesidad de un seguimiento más riguroso y un tamizaje oportuno en gestantes con dicho antecedente.

Tabla 16. Número de gestaciones previas y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Antecedentes clínicos	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva		No reactiva		
	fi	%	fi	%	
Número de gestaciones previas					
Ninguna (primigesta)	1	1,3	34	44,2	Chi-cuadrado de Pearson Valor = 3,861 Sig. = 0,145
1 – 2 gestaciones	2	2,6	24	31,2	
3 a más gestaciones	3	3,9	13	16,8	
Total	6	7,8	71	92,2	

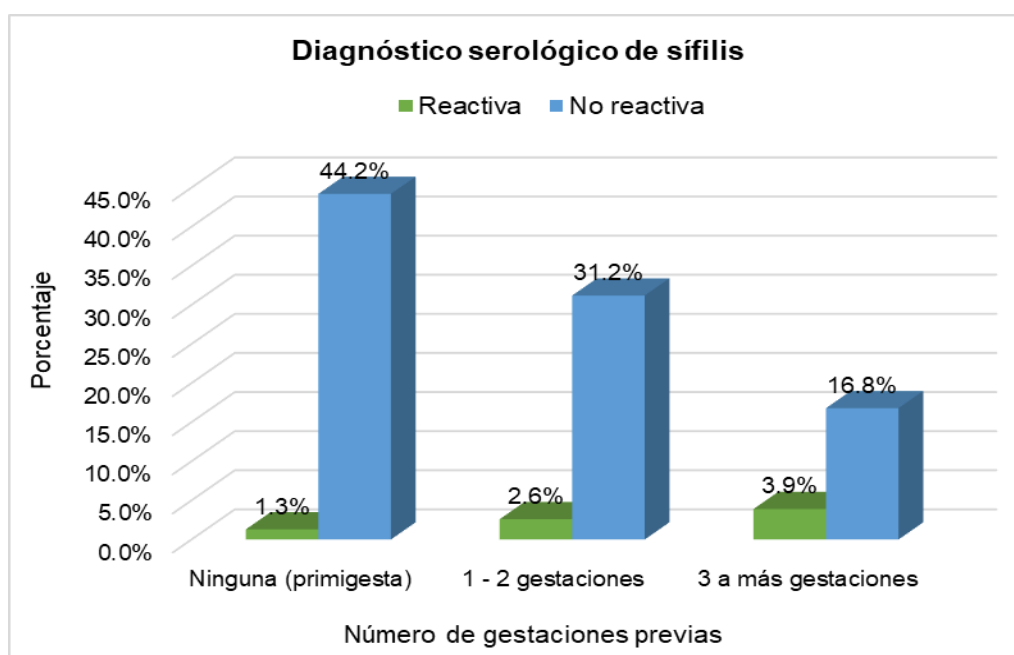


Figura 16. Número de gestaciones previas y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

En el análisis bivariado, se observó que la frecuencia de sífilis materna fue mayor en gestantes con tres o más gestaciones (3,9%), seguida de aquellas con una a dos gestaciones (2,6%) y, en menor medida, en las primigestas (1,3%). En contraste, las gestantes no reactivas se concentraron principalmente entre las primigestas (44,2%), seguidas por quienes tuvieron de una a dos gestaciones (31,2%) y, en menor proporción, en las múltiparas con tres o más embarazos (16,8%). A pesar de esta tendencia que sugiere un incremento progresivo de la reactividad conforme aumenta el número de gestaciones, la prueba de Chi-cuadrado no mostró una asociación estadísticamente significativa ($p=0,145$).

Tabla 17. Coinfección con VIH y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Antecedentes clínicos	n = 77				Prueba estadística
	Diagnóstico serológico de sífilis				
	Reactiva		No reactiva		
	fi	%	fi	%	
Coinfección con VIH					
Si	0	0,0	0	0,0	*No fue posible calcular estadísticos
No	6	7,8	71	92,2	
Total	6	7,8	71	92,2	

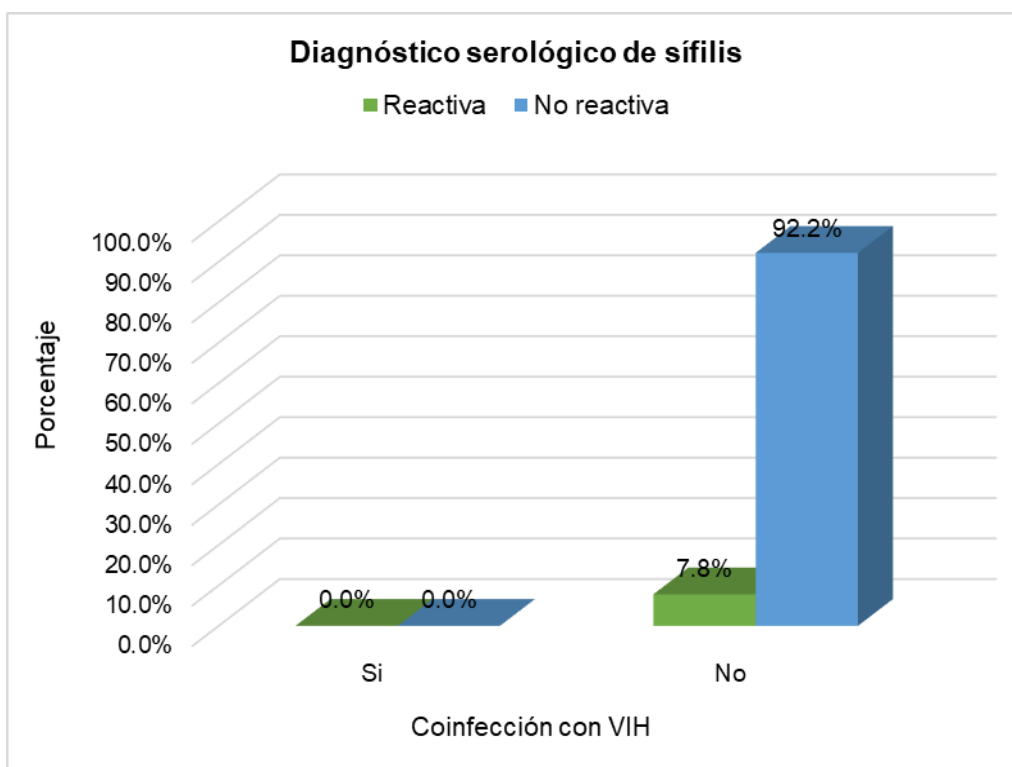


Figura 17. Coinfección con VIH y diagnóstico serológico de sífilis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

En relación con la coinfección por VIH, se observó que ninguna de las gestantes evaluadas presentó diagnóstico positivo para esta infección, siendo el 100 % de las participantes seronegativas. En consecuencia, todas las reactividades a sífilis se registraron en mujeres sin coinfección por VIH, por lo que no fue posible aplicar una prueba estadística de asociación. Este hallazgo refleja la ausencia de casos concurrentes de VIH en la población estudiada, lo cual podría vincularse con una adecuada cobertura del tamizaje prenatal o con una baja prevalencia de VIH en el C. S. Aparicio Pomares.

Por todo lo mencionado y a pesar de que únicamente una variable mostró significancia en el análisis bivariado, se procedió al análisis multivariado con fines de control y confirmación de asociación ajustada:

4.3. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA PARA FACTORES DE RIESGO A LA SÍFILIS MATERNA

Tabla 18. Regresión logística binaria entre los factores sociodemográficos y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Variables del factor sociodemográfico	Odds ratio (OR)			
	Valor (OR)	Sig.	I. C para OR 95%	
			Inferior	Superior
Edad	0,773	0,564	0,323	1,850
Nivel educativo	0,632	0,509	0,162	2,471
Estado civil	0,183	0,083	0,028	1,246
Condición socioeconómica, según Instituto Nacional de Estadística e Informática (fuente ENAHO 2020)	0,775	0,680	0,230	2,608

En el análisis de regresión bivariada, ninguno de los factores sociodemográficos mostró asociación estadísticamente significativa con la presencia de sífilis materna. La edad presentó un OR=0,773 (IC95 %: 0,323–1,850; p=0,564), lo que indica que las gestantes de mayor edad no tuvieron mayor probabilidad de presentar sífilis en comparación con las más jóvenes. De igual forma, el nivel educativo evidenció un OR=0,632 (IC95 %: 0,162–2,471; p=0,509), sugiriendo que el grado de instrucción no representó un factor protector o de riesgo relevante frente a la infección. En cuanto al estado civil, se observó un OR=0,183 (IC95 %: 0,028–1,246; p=0,083), mostrando una tendencia no significativa que sugiere menor probabilidad de sífilis en mujeres convivientes o casadas respecto a las solteras. En ese mismo sentido, la condición socioeconómica reflejó un OR=0,775 (IC95 %: 0,230–2,608; p=0,680), sin evidencia de relación entre el nivel económico y el diagnóstico serológico. En conjunto, estos resultados indican que los factores sociodemográficos no se asociaron significativamente con la sífilis materna en la población evaluada, sin evidenciarse tendencias consistentes de riesgo o protección.

Tabla 19. Regresión logística binaria entre los factores conductuales y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Variables del factor conductual	Odds ratio (OR)			
	Valor (OR)	Sig.	I. C para OR 95%	
			Inferior	Superior
Edad de inicio de vida sexual	0,547	0,605	0,056	5,370
Número de parejas sexuales en el último año	0,711	0,644	0,168	3,010
Consumo de alcohol o drogas	1425,3	0,999	0,000	-

En cuanto a los factores conductuales, no se evidenció asociación estadísticamente significativa con la presencia de sífilis materna. La edad de inicio de la vida sexual mostró un OR=0,547 (IC95 %: 0,056–5,370; p=0,605), lo que indica que iniciar la actividad sexual antes de los 15 años no aumentó significativamente el riesgo de presentar sífilis durante la gestación. Del mismo modo, el número de parejas sexuales en el último año arrojó un OR=0,711 (IC95 %: 0,168–3,010; p=0,644), sin demostrar una relación significativa entre el comportamiento sexual reciente y el diagnóstico serológico. En relación con el consumo de alcohol o drogas, aunque se obtuvo un OR elevado (1425,3), el valor de significancia (p=0,999) y el intervalo de confianza indefinido en su límite superior reflejan una falta de estabilidad estadística del modelo, atribuible al reducido número de gestantes con consumo reportado. En síntesis, los resultados evidencian que los factores conductuales analizados no se asociaron significativamente con la sífilis materna, aunque resaltan la necesidad de investigaciones con muestras mayores para precisar el impacto de conductas de riesgo en la transmisión de ITS durante el embarazo.

Tabla 20. Regresión logística binaria entre accesibilidad y calidad de atención prenatal con la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Variables del acceso y calidad de atención prenatal	Odds ratio (OR)			
	Valor (OR)	Sig.	I. C para OR 95%	
			Inferior	Superior
Inicio del control prenatal	2,366	0,377	0,350	15,997
Número de controles prenatales recibidos	0,704	0,514	0,245	2,024
Tipo de tamizaje recibido para ITS	118,25	0,999	0,000	-

En el análisis de los factores relacionados con la atención prenatal, no se encontró evidencia estadísticamente significativa de asociación con la sífilis materna. El inicio del control prenatal presentó un OR=2,366 (IC95 %: 0,350–15,997; p=0,377), lo que sugiere que iniciar los controles en el segundo o tercer trimestre no incrementó de forma significativa la probabilidad de reactividad serológica frente a quienes comenzaron en el primer trimestre. En cuanto al número de controles prenatales recibidos, el OR=0,704 (IC95 %: 0,245–2,024; p=0,514) indicó una relación no significativa, evidenciando que la cantidad de atenciones no influyó de manera determinante en la aparición de la infección. Por su parte, el tipo de tamizaje recibido para ITS mostró un OR elevado (118,25); sin embargo, el valor de significancia (p=0,999) y la ausencia de límite superior en el intervalo de confianza reflejaron una inestabilidad del modelo. En conjunto, los resultados señalan que los factores vinculados al acceso y calidad del control prenatal no se asociaron de forma significativa con la sífilis materna, aunque resaltan la importancia de mantener la detección temprana y el tamizaje universal durante el embarazo.

Tabla 21. Regresión logística binaria entre accesibilidad y calidad de atención prenatal con la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024

Variables del antecedente clínico	Odds ratio (OR)			
	Valor (OR)	Sig.	I. C para OR 95%	
			Inferior	Superior
Antecedentes de ITS	1,147	0,999	0,000	-
Número de gestaciones previas	0,358	0,074	0,116	1,107
Coinfección con VIH	*no fue posible su cálculo, debido a que solo tuvo una alternativa como respuesta			

En la dimensión de antecedentes clínicos, los resultados del análisis de regresión bivariada no evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas con la sífilis materna. El antecedente de infecciones de transmisión sexual previas presentó un OR=1,147 (IC95 %: no determinado; p=0,999), lo que reflejó una relación inestable y sin significancia estadística. En cuanto al número de gestaciones previas, se obtuvo un OR=0,358 (IC95 %: 0,116–1,107; p=0,074), sugiriendo una tendencia no significativa hacia un menor riesgo de sífilis en gestantes multíparas, aunque sin evidencia suficiente para establecer una asociación concluyente. Respecto a la coinfección con VIH, no fue posible estimar el OR debido a que todas las participantes resultaron seronegativas, impidiendo el cálculo estadístico. En síntesis, los antecedentes clínicos analizados no mostraron una relación significativa con la sífilis materna, por ende, estos resultados apuntan a la necesidad de continuar evaluando estos factores en muestras más amplias para determinar su verdadero peso epidemiológico.

4.4. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

4.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Los análisis estadísticos bivariados e inferenciales (Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher y razón de momios: OR) no evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas entre los factores de riesgo evaluados y la presencia de sífilis materna ($p > 0,05$ en todas las variables). Por tanto, no se rechaza la hipótesis nula (H_0), concluyéndose que no existe una asociación significativa entre los factores de riesgo estudiados y la sífilis materna en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024.

Hipótesis específica 1: Factores sociodemográficos

Las variables edad ($p=0,564$), nivel educativo ($p=0,509$), estado civil ($p=0,206$) y condición socioeconómica ($p=0,719$) no mostraron asociación significativa con la reactividad serológica para sífilis. Además, sus razones de momios ($OR < 1$ en la mayoría de casos) no fueron estadísticamente relevantes, con intervalos de confianza amplios que incluyen la unidad. Por consiguiente, no se rechaza la hipótesis nula (H_{01}), indicando que los factores sociodemográficos no se asociaron significativamente con la presencia de sífilis materna. Aun así, se observaron ligeras tendencias de mayor riesgo en gestantes convivientes y de nivel socioeconómico bajo, sin significancia estadística.

Hipótesis específica 2: Factores conductuales

Las variables edad de inicio sexual ($p=0,605$), número de parejas sexuales en el último año ($p=0,644$) y consumo de alcohol o drogas ($p=0,999$) tampoco mostraron asociación significativa con la infección. Las razones de momios, aunque variables (especialmente elevada en consumo de sustancias, $OR=1425,3$, pero sin significancia), carecen de respaldo estadístico al presentar amplios intervalos de confianza e inestabilidad. Por tanto, no se rechaza la hipótesis nula (H_{02}), determinándose que los factores conductuales no guardan relación significativa con la sífilis materna en la población estudiada.

Hipótesis específica 3: Acceso y calidad de la atención prenatal

Las variables relacionadas con la atención prenatal: inicio del control ($p=0,377$), número de controles ($p=0,514$) y tipo de tamizaje recibido ($p=0,999$) no presentaron asociación estadísticamente significativa con la presencia de sífilis materna. Si bien el inicio del control en el primer trimestre mostró una ligera tendencia protectora ($OR=2,366$; $IC\ 95\%: 0,350-15,997$), esta no fue significativa. En consecuencia, se acepta la hipótesis nula ($H0_3$), concluyéndose que la calidad y oportunidad del control prenatal no se asociaron significativamente con la sífilis materna en esta muestra.

Hipótesis específica 4: Antecedentes clínicos

En cuanto a los antecedentes clínicos, la variable antecedente de ITS mostró un valor $p=0,001$ en el análisis bivariado (Fisher); sin embargo, en el modelo de regresión logística ($OR=1,147$; $p=0,999$) no alcanzó significancia, lo que sugiere una relación aparente pero no confirmada estadísticamente. Por su parte, el número de gestaciones ($p=0,145$; $OR=0,358$; $p=0,074$) evidenció una tendencia inversa no significativa, y la coinfección con VIH no pudo ser evaluada por falta de variabilidad. En conjunto, se acepta la hipótesis nula ($H0_4$), determinándose que los antecedentes clínicos no presentaron asociación significativa con la sífilis materna, aunque se sugiere una posible relación con los antecedentes de ITS que merece exploración en investigaciones posteriores.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La sífilis materna persiste como un apremiante desafío de salud pública. Su impacto trasciende la estadística, traducándose directamente en alta morbilidad materna y perinatal, con secuelas graves como el parto prematuro y la devastadora sífilis congénita. Con el fin de fortalecer las estrategias preventivas, el presente estudio se centró en identificar los factores de riesgo asociados a esta infección. Se analizó a las grávidas atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante 2024, evaluando rigurosamente las dimensiones sociodemográficas, conductuales, de atención prenatal y antecedentes clínicos.

Aunque la incidencia de casos reactivos fue baja, la aplicación del análisis bivariado y la regresión logística permitió desentrañar patrones descriptivos de vulnerabilidad. Estos hallazgos fueron indispensables, pues reflejaron las fisuras en la atención y permitieron identificar patrones descriptivos que podrían intensificar vulnerabilidades en ciertos subgrupos de gestantes.

En relación con los factores sociodemográficos, nuestros resultados no mostraron asociación estadísticamente significativa con la presencia de sífilis materna: edad ($p=0,137$; $OR=0,773$), nivel educativo ($p=0,614$; $OR=0,632$), estado civil ($p=0,206$; $OR=0,183$) y condición socioeconómica ($p=0,719$; $OR=0,775$). Sin embargo, se observó que las gestantes convivientes y aquellas en niveles socioeconómicos bajos concentraron la mayor proporción de casos reactivos. Estos hallazgos coinciden parcialmente con Ore Jauregui⁽²⁶⁾, quien reportó mayor prevalencia de sífilis en grávidas convivientes y con nivel educativo secundario, y con Gulersen et al.⁽²⁰⁾, donde el bajo nivel educativo se asoció con mayor riesgo de infección.

Respecto a los factores conductuales, nuestra investigación evidenció que la edad de inicio sexual ($p=0,494$; $OR=0,547$), el número de parejas sexuales ($p=0,221$; $OR=0,711$) y el consumo de alcohol o drogas ($p=1,000$;

OR=1425,3) no se asociaron significativamente con la infección. No obstante, se observó que la mayoría de gestantes con resultado reactivo inició su vida sexual antes de los 15 años y tuvo múltiples parejas sexuales. Estos patrones reflejaron tendencias similares a las reportadas por Aminate Nawal et al. ⁽²¹⁾, quienes identificaron múltiples parejas sexuales y antecedentes de ITS como factores de riesgo significativos, así como López Zuñiga y Chimaja ⁽²⁵⁾, que encontraron correlaciones significativas entre conducta sexual de riesgo y diagnóstico de sífilis.

En esa misma línea, las variables relacionadas con el acceso y la calidad de la atención prenatal no evidenciaron una asociación significativa con el diagnóstico de sífilis. Esto se verificó al evaluar el inicio del control prenatal ($p=0,645$; OR=2,366), el número de controles ($p=0,793$; OR=0,704) y el tipo de tamizaje recibido ($p=1,000$; OR=118,25). Este resultado contrasta parcialmente con la literatura. Por un lado, se alinea con el reporte de Alberto et al. ⁽¹⁹⁾, quienes sí encontraron asociación significativa entre una atención prenatal tardía y el diagnóstico de sífilis en etapas avanzadas del embarazo.

Por otro lado, también se relaciona con los hallazgos de Yang Chen y Stafford ⁽²²⁾, quienes destacaron que la ausencia de atención prenatal se asoció con un mayor riesgo de resultados perinatales adversos. No obstante, es importante señalar que la mayoría de las gestantes con sífilis en nuestra muestra iniciaron el control en el primer trimestre y recibieron tamizaje oportuno, lo cual reflejó un cumplimiento parcial de las recomendaciones internacionales.

En relación con los antecedentes clínicos, solo el antecedente de Infección de Transmisión Sexual (ITS) demostró relevancia estadística en el análisis descriptivo ($p=0,001$; OR=1,147). Por otro lado, el número de gestaciones previas ($p=0,145$; OR=0,358) no alcanzó significancia. Por lo que, estos resultados reafirman la importancia crítica de la historia de ITS como un factor de riesgo para la sífilis materna. Además, este hallazgo es consistente con la literatura internacional, incluyendo los trabajos de Mogos et al. ⁽¹⁸⁾ y Aminate Nawal et al. ⁽²¹⁾, quienes identificaron los antecedentes de infecciones venéreas como determinantes en el diagnóstico de sífilis durante la gravidez.

No obstante, los resultados de esta investigación permiten comprender que, aunque no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los factores sociodemográficos, conductuales, de atención prenatal y los antecedentes clínicos con la presencia de sífilis materna, sí se evidencian patrones que reflejan fielmente la realidad sanitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares. La baja frecuencia de casos reactivos observada podría estar relacionada con la continuidad de los programas de control prenatal y el compromiso del personal de salud en el tamizaje temprano, lo cual sugiere que las acciones preventivas vienen siendo efectivas. Este escenario, más que una limitación, constituye un indicador alentador del impacto positivo que pueden tener las estrategias sostenidas de atención primaria y educación comunitaria cuando se aplican de manera constante y adaptada al contexto local.

Por otra parte, los hallazgos reafirman la importancia de no bajar la guardia frente a esta infección. Si bien la sífilis materna parece encontrarse actualmente bajo control en la población evaluada, su naturaleza silenciosa y el riesgo de transmisión vertical demandan una vigilancia permanente. En este sentido, fortalecer la educación sexual, promover la detección oportuna en gestantes y mantener la articulación entre los servicios de laboratorio y obstetricia resultan indispensables para garantizar embarazos más seguros. Así, los resultados de este estudio no solo evidencian un panorama favorable, sino que también invitan a consolidar las buenas prácticas implementadas, evitando retrocesos y asegurando la sostenibilidad de los logros alcanzados en la prevención de la sífilis gestacional.

CONCLUSIONES

1. No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo evaluados y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024 ($p > 0,05$ en la mayoría de las variables). No obstante, algunos factores mostraron tendencias de riesgo que, aunque no significativas, sugieren la necesidad de fortalecer el control prenatal y las acciones preventivas en grupos de mayor vulnerabilidad.
2. En relación con los factores sociodemográficos, las variables edad ($p = 0,137$; $OR = 0,773$), nivel educativo ($p = 0,614$; $OR = 0,632$), estado civil ($p = 0,206$; $OR = 0,183$) y condición socioeconómica ($p = 0,719$; $OR = 0,775$) no presentaron asociaciones significativas con la sífilis materna. Sin embargo, las gestantes convivientes y aquellas pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos concentraron mayor proporción de casos reactivos, lo que supone que la vulnerabilidad social podría incidir en la exposición a la infección, aunque sin evidencia estadística concluyente.
3. Respecto a los factores conductuales, tampoco se halló relación significativa con la sífilis materna: edad de inicio sexual ($p = 0,494$; $OR = 0,547$), número de parejas sexuales ($p = 0,221$; $OR = 0,711$) y consumo de alcohol o drogas ($p = 1,000$; $OR = 1425,3$). No obstante, la mayoría de gestantes reactivas reportaron inicio sexual temprano y múltiples parejas, lo que evidencia un perfil conductual de riesgo que amerita reforzar la educación sexual y la consejería preventiva desde etapas tempranas.
4. En cuanto al acceso y calidad del control prenatal, las variables inicio del control ($p = 0,645$; $OR = 2,366$), número de controles prenatales ($p = 0,793$; $OR = 0,704$) y tipo de tamizaje recibido ($p = 1,000$; $OR = 118,25$) no mostraron relación significativa con la sífilis materna. Aun así, se observó que la mayoría de grávidas con resultado reactivo iniciaron el control en el primer trimestre y recibieron tamizaje oportuno, lo que podría indicar la eficacia del tamizaje temprano, aunque sin diferencia estadística comprobada.

5. En el ámbito de los antecedentes clínicos, solo el antecedente de ITS mostró una asociación significativa con la sífilis materna ($p=0,001$; $OR=1,147$), mientras que el número de gestaciones previas ($p=0,145$; $OR=0,358$) y la coinfección con VIH (no calculable por ausencia de casos) no resultaron significativos. Esto sugiere que el antecedente de ITS constituye un factor relevante en la ocurrencia de sífilis durante el embarazo, reforzando la importancia de la detección y tratamiento previo de infecciones sexuales.

RECOMENDACIONES

Para la jefatura del Centro de Salud Aparicio Pomares: Se sugiere fortalecer las estrategias de gestión que prioricen la continuidad de los programas preventivos y la capacitación del personal en el abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual. Más allá de los indicadores, es esencial mantener una mirada humana sobre las gestantes, entendiendo que detrás de cada consulta hay realidades sociales diversas. Fomentar el trabajo interdisciplinario, la escucha activa y la cercanía con la comunidad puede marcar la diferencia en la detección temprana y en la calidad del acompañamiento que se brinda a cada mujer.

Para el Centro de Salud Aparicio Pomares: Es importante seguir fortaleciendo el trabajo en prevención desde una mirada integral, que no solo se limite al tamizaje, sino que incluya la orientación continua a las gestantes sobre salud sexual, autocuidado y responsabilidad compartida. Mantener la coordinación entre los distintos servicios permitirá detectar a tiempo posibles casos y brindar una atención más cercana y oportuna. La constancia y la sensibilidad del personal siguen siendo pilares fundamentales para sostener los avances logrados.

Para la jefatura de obstetricia: Se recomienda promover espacios de actualización y reflexión profesional, donde el equipo pueda analizar sus propias prácticas y compartir experiencias que ayuden a mejorar la atención. Además, fomentar el acompañamiento emocional y educativo durante los controles prenatales puede fortalecer el vínculo entre el personal y las gestantes, favoreciendo la confianza y la adherencia al seguimiento médico.

Para las gestantes en general: Cada control prenatal es una oportunidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos. Es recomendable que las mujeres mantengan una comunicación abierta con el personal de salud, expresen sus dudas y comprendan que la prevención empieza en casa, con decisiones informadas y responsables. La salud materna no se construye únicamente con tratamientos, sino con confianza, educación y acompañamiento continuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldenberg RL, Thompson C. The infectious origins of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. septiembre de 2003 [citado 6 de julio de 2025]; 189(3): 861-73. Disponible en: [https://doi.org/10.1067/s0002-9378\(03\)00470-8](https://doi.org/10.1067/s0002-9378(03)00470-8)
2. De Santis M, De Luca C, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Straface G, et al. Syphilis Infection during Pregnancy: Fetal Risks and Clinical Management. *Infect Dis Obstet Gynecol* [Internet]. 2012 [citado 6 de julio de 2025]; 2012: 430585. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2012/430585>
3. Velásquez-Vásquez C. Sífilis congénita. *Rev Peru Investig Materno Perinat* [Internet]. 8 de noviembre de 2013 [citado 6 de julio de 2025]; 2(1): 49-56. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.201321>
4. Organización Mundial de la Salud. Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado 6 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>
5. Catarino S, Carvalho L, Ramos A, Rodrigues M, Reis-Melo A. Sífilis congénita en aumento. Revisión de 5 años en un hospital de referencia en Portugal. *An Pediatría* [Internet]. 1 de mayo de 2025 [citado 6 de julio de 2025]; 102(5). Disponible en: <http://analesdepediatria.org/es-sifilis-congenita-aumento-revision-5-articulo-S1695403325000359>
6. David Ojcus. The last decade brought an alarming rise in antibiotic-resistant, hard to treat, and deadly fungal infections, with very little being done to combat them. What do you believe the solution is? [Internet] *Reddit: r/microbiology*; 10 Nov 2023 [citado 6 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.reddit.com/r/microbiology/comments/17ridnx/the_last_decade_brought_an_alarming_rise_in/

7. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Sífilis, Número Especial – Out. 2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 6 de julio de 2025]. Disponible en: <https://goo.su/ZILWx>
8. Echegaray F, Hernandez CJ, Sundar KG, Yang LZ, Cambou MC, Segura ER, et al. Repercussions of the COVID- 19 pandemic on maternal and congenital syphilis in South Brazil: a time series analysis 2010-2022. BMC Infect Dis [Internet]. 15 de abril de 2025 [citado 6 de julio de 2025]; 25(1): 528. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-025-10901-x>
9. PAHO/WHO, Pan American Health Organization. With rising trends of syphilis and congenital syphilis in some countries in the Americas, PAHO calls for reinforcement of public health measures [Internet]. 2022 [citado 6 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/5-7-2022-rising-trends-syphilis-and-congenital-syphilis-some-countries-americas-paho-calls>
10. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación maternoinfantil del VIH, sífilis, Chagas y hepatitis B [Internet]. 2024 [citado 6 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/eliminacion-transmision-maternoinfantil-vih-sifilis-hepatitis-b-enfermedad-chagas>
11. García Sánchez BN, Cubillos Romero CC. Factores asociados a la sífilis gestacional en mujeres colombianas y venezolanas que reciben atención en una institución de alta complejidad en salud, en el departamento de Norte de Santander, año 2017 y 2018 [Internet] Colombia: Universidad del Rosario; 2019 [citado 6 de julio de 2025]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/19873>
12. Silva-Chávarro AM, Bois-Melli F. Factores asociados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna. Estudio de casos y controles. Rev Mex Pediatr [Internet].2017 [citado 6 de julio de 2025]; 84(2): 54-60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72267>

13. 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 E Obstetrícia* [Internet]. 27 de mayo de 2024 [citado 6 de julio de 2025]; 46: e-rbgo28. Disponible en: <https://doi.org/10.61622/rbgo/2024rbgo28>
14. Stevenson M, Guillén J, Ortíz J, Correa JFR, Page KR, Talero MÁB, et al. Syphilis prevalence and correlates of infection among Venezuelan refugees and migrants in Colombia: findings of a cross-sectional biobehavioral survey. *Lancet Reg Health – Am* [Internet]. 1 de febrero de 2024 [citado 6 de julio de 2025]; 30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100669>
15. Organización Mundial de la Salud. Eliminación de la sífilis congénita: uso de manejo basado en evidencia en Brasil [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 dic 20 [citado 7 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/20-12-2024-eliminating-congenital-syphilis--using-evidence-based-management-in-brazil>
16. Hospital Regional de Huacho - Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental. BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO S.E. 07-2022. [Internet]. Huacho: Hospital Regional de Huacho; 2022 [citado 7 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.hdhuacho.gob.pe/WEB/descargas_epi/boletin/2022/BOL_SE_M_07.pdf
17. Dirección Regional de Salud Huánuco. Boletín -SE- 11-2025. [Internet]. Huánuco: Dirección Regional de Salud Huánuco; 2025 [citado 7 de julio de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7813888/6594086-boletin-11-25.pdf?v=1742592688>
18. Mogos M, Devane-Johnson S, Mullins H, Mejia K, Lister R, Garrison E, et al. The Burden of Maternal Syphilis: National Trends and Associated Pregnancy Outcomes in the United States. *J Perinat Neonatal Nurs*

[Internet]. 13 de mayo de 2025 [citado 7 de julio de 2025]; 39(3): 230-239. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jpn.0000000000000906>

19. Alberto C, Wagner N, Fougère Y, Sauteur PMM, Scherler G, Aebbi-Popp K, et al. Syphilis in pregnant women and congenital syphilis from 2012 to 2021 in Switzerland: a multicentre, retrospective study. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2024 [citado 7 de julio de 2025]; 154. Disponible en: <https://doi.org/10.57187/s.3678>
20. Gulersen M, Lenchner E, Eliner Y, Grunebaum A, Johnson L, Chervenak FA, et al. Risk factors and adverse outcomes associated with syphilis infection during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 1 de junio de 2023 [citado 7 de julio de 2025]; 5(6): 100957. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.100957>
21. Nawal MKA, Gédéon KB, Arsène TB, Jérémie LO, Emmanuel KL, Alphonse LM. Syphilis in pregnancy: Prevalence, risk factors and maternal-fetal prognosis in Kisangani. *F1000Research* [Internet]. 2025 [citado 7 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.12688/f1000research.161666.1>
22. Chen HY, Stafford IA. Lack of prenatal care in pregnancies complicated by syphilis: trend, risk factors and outcomes. *Sex Transm Infect* [Internet]. 6 de marzo de 2025 [citado 7 de julio de 2025]; 101(6): 386-394. Disponible en: <https://sti.bmj.com/content/early/2025/03/06/sextrans-2024-056453>
23. 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. *Int J Infect Dis* [Internet]. 1 de junio de 2024 [citado 7 de julio de 2025]; 143: 107041. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107041>
24. Collazos Contreras AS. Factores asociados a la sífilis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho 2022-2023 [Internet] Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2025 [citado 7 de

- julio de 2025]. Disponible en:
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/10398>
25. López Zúñiga PE, Chimaja Rivera LM. Determinantes sociodemográficos y conductas sexuales asociados a sífilis gestacional en el Centro de Salud Buenos Aires de Villa Chorrillos - Lima enero 2018 - marzo 2023 [Internet] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2024 [citado 7 de julio de 2025]. Disponible en:
<https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4929>
26. Ore Jauregui LP. Factores de riesgo relacionados a la sífilis en las gestantes [Internet] Lima: Universidad Norbert Wiener; 2023 [citado 7 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/10341>
27. Directrices de la OMS para el tratamiento de *Treponema pallidum* (sífilis); 2016 (sólo en inglés) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2016 [citado 3 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/directrices-oms-para-tratamiento-treponema-pallidum-sifilis-2016-solo-ingles>
28. Torres PMA, Reis AR de P, dos Santos AST, Negrinho NB da S, Meneguetti MG, Gir E. Factors associated with inadequate treatment of syphilis during pregnancy: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [citado 3 de agosto de 2025]; 75(6): e20210965. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0965>
29. Hussen S, Tadesse BT. Prevalence of Syphilis among Pregnant Women in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Res Int*. 16 de julio de 2019; 2019: 4562385.
30. Guimarães MF, Lovero K, Avelar JG de, Pires LL, Oliveira GRT de, Cosme EM, et al. Review of the missed opportunities for the prevention of vertical transmission of HIV in Brazil. *Clinics* [Internet]. 2019 [citado 3 de agosto de 2025]; 74. Disponible en: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6735274&blobtype=pdf>

31. Pascoal LB, Carellos EVM, Tarabai BHM, Vieira C, Rezende LG, Salgado BSF, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2023 [citado 3 de agosto de 2025]; 28: 442-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/tmi.13881>
32. Vilhaba JJ, Lima IM, Moraes ID da S, Lima Isadora M, Montino MC, Santos FC de Q, et al. Transmissão vertical de HIV e pré-natal: revisão sistemática da literatura. *Rev Cereus* [Internet]. 2021 [citado 3 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.18605/2175-7275/CEREUS.V13N1P32-39>
33. Miranda AE, Lima RCD. Syphilis as a marker of ethnoracial inequalities in Brazil. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2023 [citado 3 de agosto de 2025]; 11: 1670-1. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00424-2](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00424-2)
34. Williamson K. The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. *Anthropol Med* [Internet]. 2021 [citado 3 de agosto de 2025]; 28: 172-87. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1932416>
35. Lima KCD, Pimentel C, Lyra TM. [Racial disparities: an analysis of obstetrical violence among Afro-Brazilian women]. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2021 [citado 3 de agosto de 2025]; 26 suppl 3: 4909-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>
36. Gani AH, Saleh NA, Selvam SB, Azwa I. Prevalence, risk factors and treatment outcomes of syphilis among people living with human immunodeficiency virus at primary care clinics in Malaysia: A retrospective study. *Malays Fam Physician Off J Acad Fam Physicians Malays* [Internet]. 7 de febrero de 2024 [citado 3 de agosto de 2025]; 19:13. Disponible en: <https://doi.org/10.51866/oa.471>
37. Marques CC, Mariz FN de C, Marques TC, Rohr JTD, Moreira B, Santiago PB, et al. Risk factors associated with syphilis among patients at a sexual health center in Brazil: A retrospective study. *Braz J Infect Dis* [internet].

- 2025 [citado 3 de setiembre de 2025]; 29(5): 104558. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2025.104558>
38. Sífilis - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 4 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sifilis>
39. Wilkinson RG, Marmot MG, Weltgesundheitsorganisation, editores. Social determinants of health: the solid facts. 2nd. ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [Internet]; 2003 [citado 4 de agosto de 2025]. 31p. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/dyl121>
40. Matovu J, Bukonya J, Kasozi D, Kisaka S, Kisa R, Nyabigambo A, et al. Sexual-risk behaviours and HIV and syphilis prevalence among in- and out-of-school adolescent girls and young women in Uganda: A cross-sectional study. PLoS ONE [Internet]. 2021 [citado 4 de agosto de 2025];16. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257321>
41. Tapert S, Aarons G, Sedlar G, Brown S. Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med [Internet]. 2001 [citado 4 de agosto de 2025]; 28(3): 181-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(00\)00169-5](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00169-5)
42. Koniak-Griffin D, Brecht M. Linkages Between Sexual Risk Taking, Substance Use, and AIDS Knowledge Among Pregnant Adolescents and Young Mothers. Nurs Res [Internet]. 1995 [citado 4 de agosto de 2025];44. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00006199-199511000-00004>
43. Copen C, Brookmeyer K, Haderxhanaj LT, Hogben M, Torrone EA. Sexual Risk Behaviors Among Persons Diagnosed With Primary and Secondary Syphilis Who Reported High-Risk Substance Use: Data From the National Notifiable Diseases Surveillance System, 2018. Sex Transm Dis [Internet]. 2021 [citado 4 de agosto de 2025]; 49: 99-104. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000001546>
44. Quintana G. #3: A Historical Perspective to US Syphilis Reporting and the Recent Rise of Risky Behaviors Among Women with Syphilis. J Pediatr

- Infect Dis Soc [Internet]. marzo 2021 [citado 4 de agosto de 2025]; 10, Issue Supplement_1, PageS13. Disponible em: <https://doi.org/10.1093/jpids/piaa170.038>
45. Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis. SBDST Congress in Florianópolis: a look to the future. DST [Internet]. 14 de mayo 2024 [citado 4 de agosto de 2025]; 35(Suppl1). Disponible en: <https://www.bjstd.org/revista/article/view/1418>
46. Enbiale M, Getie A, Haile F, Tekabe B, Misekir D. Magnitude of syphilis sero-status and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Jinka town public health facilities, Southern Ethiopia, 2020. PLoS ONE [Internet]. 2021 [citado 4 de agosto de 2025]; 16. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257290>
47. Zhang C, Qian H, Yin L, Liu Y, Strauss S, Ruan Y, et al. Sexual Behaviors Linked to Drug and Alcohol Use Among Men Who Have Sex With Men in China. Subst Use Misuse [Internet]. 2016 [citado 4 de agosto de 2025]; 51: 1821-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1197264>
48. Rodgers K, McGuire JK. Adolescent Sexual Risk and Multiple Contexts. J Interpers Violence [Internet]. 2012 [citado 4 de agosto de 2025]; 27: 2091-107. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260511432148>
49. Benzaken A, Pereira G, Cunha ACD, Souza F, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. Cad Saude Publica [Internet]. 2019 [citado 4 de agosto de 2025]; 36 1. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00057219>
50. Round J, Plitt S, Eisenbeis L, Smyczek P, Gratrix J, Charlton C, et al. Examination of Care Milestones for Preventing Congenital Syphilis Transmission Among Syphilis-Infected Pregnant Women in Alberta, Canada: 2017–2019. Sex Transm Dis [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2025]; 49: 477-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000001640>

51. Yang L, Tucker JD, Liu F, Ren X, Xuan H, Wang C, et al. P3.356 Syphilis Screening Among 27150 Pregnant Women in Rural Southern China Using Point-Of-Care Tests. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2013 [citado 4 de agosto de 2025]; 89:260-260. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072149>

52. Guedes AL de L, Guimarães DC da S, Sarkis DJ, Gabriel TT, Delgado C, Campos AAL, et al. Factors associated with women diagnosed with syphilis who received prenatal care in a primary healthcare unit. *Einstein* [Internet]. 2023 [citado 4 de agosto de 2025]; 31: eAO0046. Disponible en: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2023AO0046

53. Zhang Y, Guy R, Camara H, Applegate T, Wiseman V, Treloar C, et al. Barriers and facilitators to HIV and syphilis rapid diagnostic testing in antenatal care settings in low-income and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2025]; 7: e009408. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009408>

54. Brandenburger D, Ambrosino E. The impact of antenatal syphilis point of care testing on pregnancy outcomes: A systematic review. *PLoS ONE* [Internet]. 2021 [citado 4 de agosto de 2025]; 16(3): e0247649. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247649>

55. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* [internet]. 1 de diciembre de 1991 [citado 4 de agosto de 2025]; 50(2): 179-211. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

56. Hoque M, Hal GV, Buckus S. Prevalence, incidence and seroconversion of HIV and Syphilis infections among pregnant women of South Africa. *South Afr J Infect Dis* [Internet]. 2021 [citado 3 de agosto de 2025]; 36(1): a296. Disponible en: <https://doi.org/10.4102/sajid.v36i1.296>

57. Zhang X hui, Chen Y min, Sun Y, Qiu L, Chen D qing. Differences in maternal characteristics and pregnancy outcomes between syphilitic women with and without partner coinfection. *BMC Pregnancy Childbirth*

- [Internet]. 2019 [citado 4 de agosto de 2025]; 19: 439. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2569-z>
58. Arando M, Fernández-Naval C, Mota-Foix M, Martínez D, Armengol P, Barberá MJ, et al. Early syphilis: risk factors and clinical manifestations focusing on HIV-positive patients. *BMC Infect Dis* [internet]. 16 de agosto de 2019 [citado 4 de agosto de 2025]; 19(1): 727. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4269-8>
59. Tudor ME, Aboud AMA, Leslie SW, Gossman W. Syphilis. En: *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing; 2024 [citado 4 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534780/>
60. Moraes ARB de, Almeida ABB de, Azevêdo BL da S, Freitas GM de, Menezes ML, Barros RM de M, et al. Epidemiological profile of gestational syphilis and congenital syphilis in a reference center in Northeast Brazil: risk factors and trend from 2019 to 2021. *J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2023 [citado 4 de agosto de 2025]; 35. Disponible en: <https://doi.org/10.5327/dst-2177-8264-2023351304>
61. Qin J, Feng T, Yang T bao, Hong F, Lan L, Zhang C lai, et al. Risk Factors for Congenital Syphilis and Adverse Pregnancy Outcomes in Offspring of Women With Syphilis in Shenzhen, China: A Prospective Nested Case-Control Study. *Sex Transm Dis* [Internet]. 2014 [citado 4 de agosto de 2025]; 41(1): p13-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000062>
62. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública México* [Internet]. abril de 2015 [citado 4 de agosto de 2025]; 57(2): 180-6. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
63. Saurman E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 1 de enero de 2016

[citado 4 de agosto de 2025]; 21(1): 36-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1355819615600001>

64. Pauli FB, Júnior VS, Mesquita RW, Wendt GW, Fortes PCN, Harapan H, et al. Gestational syphilis in a tertiary health service in Paraná, Brazil: A case-control study. *PLOS ONE* [Internet]. 2024 [citado 4 de agosto de 2025]; 19(8): e0305525. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305525>
65. Borba KB, Silva RM da. Sociodemographic risk factors for gestational syphilis in a maternity hospital in Santa Catarina, Brazil. *Rev Ciênc EM SAÚDE* [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2025]; 12(4). Disponible en: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i4.1326>
66. Valentini AS, Pereira ACD, Noronha LTS de, Batista JBR, Chufalo JE. Gestational syphilis: a socioeconomic analysis of the increase in rates in Brazil. *Int Seven J Multidiscip* [Internet]. 2024 [citado 4 de agosto de 2025]; 3(2). Disponible en: <https://doi.org/10.56238/isevmjv3n2-035>
67. Ayres JR de CM, Paiva V, França I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. *Am J Public Health* [Internet]. junio de 2006 [citado 4 de agosto de 2025]; 96(6): 1001-6. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/ajph.2004.060905>
68. Jaya Z, Mapanga W, Moetlhoa B, Mashamba-Thompson T. Nurses' perspectives on user-friendly self-sampling interventions for diagnosis of sexually transmitted infections among young women in eThekweni district municipality: a nominal group technique. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2024 [citado 4 de agosto de 2025]; 24(106). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10353-6>
69. Alomair N, Alageel S, Davies N, Bailey JV. Muslim women's perspectives on the barriers to sexually transmitted infections testing and diagnosis in Saudi Arabia. *Front Public Health* [Internet]. 2023 [citado 4 de agosto de

2025]; 11:1248695. Disponible en:
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1248695>

70. Guddu GA, Getahun A, Yadesa G, Tolossa T. Delay in healthcare seeking and associated factors among patients presenting with sexually transmitted infection symptoms in the Horo Guduru Wollega Zone, Oromia, Western Ethiopia, 2022. *Front Reprod Health* [Internet]. 2024 [citado 4 de agosto de 2025]; 6:1348262. Disponible en:
<https://doi.org/10.3389/frph.2024.1348262>
71. Ferrari A, Orsi A, Sticchi L, Ogliaastro M, Brucci G, Labate L, et al. Healthcare accessibility of individuals at increased risk of STIs: a cross-sectional survey in Italy. *Eur J Public Health* [Internet]. 2024 [citado 4 de agosto de 2025]; 34(3). Disponible en:
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.2275>
72. McBride B, Shannon K, Strathdee S, Goldenberg S. Structural determinants of HIV/STI prevalence, HIV/STI/sexual and reproductive health access, and condom use among immigrant sex workers globally. *AIDS*. 2021 [Internet]; 35(9):1461-1477. Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/qad.0000000000002910>
73. Kufa T, Woldesenbet SA, Cheyip M, Ayalew K, Kularatne R, Manda S, et al. Syphilis screening coverage and positivity by HIV treatment status among South African pregnant women enrolled in the 2019 antenatal HIV sentinel survey. *Sci Rep* [Internet]. 2023 [citado 4 de agosto de 2025]; 13:5322. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32456-0>
74. Hawkes S, Martin N, Broutet N, Low N. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2011 [citado 4 de agosto de 2025]; 11(9): 684-91. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(11\)70104-9](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(11)70104-9)
75. Rac M, Revell P, Eppes C. Syphilis during pregnancy: a preventable threat to maternal-fetal health. *Obstet Anesth Dig* [Internet]. 2017 [citado 4 de

agosto de 2025]; 38(1): p14-15. Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000529975.55012.e8>

76. Eppes C, Stafford I, Rac M. Syphilis in Pregnancy: An Ongoing Public Health Threat. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2025]; 227(6): p822-838. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.041>
77. Roberts CP, Raich A, Stafylis C, Klausner J. Alternative Treatments for Syphilis During Pregnancy. *Sex Transm Dis* [Internet]. 2019 [citado 4 de agosto de 2025]; 46(10): p 637-640 Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001050>
78. Althabe F, Chomba E, Tshetu A, Banda E, Belizán M, Bergel E, et al. A multifaceted intervention to improve syphilis screening and treatment in pregnant women in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo and in Lusaka, Zambia: a cluster randomised controlled trial. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2019 [citado 4 de agosto de 2025]; 7: 655-63. Disponible en:
[https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(19\)30075-0](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(19)30075-0)
79. Tong H, Heuer AJ, Walker N. The impact of antibiotic treatment for syphilis, chlamydia, and gonorrhoea during pregnancy on birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* [Internet]. 2023 [citado 4 de agosto de 2025]; 13. Disponible en:
<https://doi.org/10.7189/jogh.13.04058>
80. Tannis A, Miele K, Carlson JM, O'Callaghan KP, Woodworth KR, Anderson B, et al. Syphilis Treatment Among People Who Are Pregnant in Six U.S. States, 2018–2021. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2024 [citado 4 de agosto de 2025]; 143: 718-29. Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/aog.0000000000005586>
81. Carlson JM, Tannis A, Woodworth KR, Reynolds MR, Shinde N, Anderson B, et al. Substance Use Among Persons with Syphilis During Pregnancy - Arizona and Georgia, 2018–2021. *Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2023

[citado 4 de agosto de 2025]; 72:63-7. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7203a3>

82. Davey DJJ, Voux A de, Shaetonhodi NG, Marks M, Frigati L, Kufa T. Opportunities to Optimize Outcomes of Diagnosis and Treatment of HIV and Syphilis in Pregnancy: the Quest to Eliminate Maternal and Vertical Transmission. *Curr HIV/AIDS Rep* [Internet]. 2025 [citado 4 de agosto de 2025]; 22(30). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11904-025-00739-y>
83. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. Organización Panamericana de la Salud [Internet]; 2019 [citado 4 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51791>
84. Organización Panamericana de la Salud. Guidance for the Elimination of Syphilis and Congenital Syphilis in the Americas [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2024 Oct 10 [citado 4 de agosto de 2025]. 11 p. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/PAHO-CDE-HT-24-0014>
85. Organización Panamericana de la Salud. Temas: Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; [fecha de publicación/actualización, e.g., 2024] [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
86. Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2017 [citado 5 de agosto de 2025]; 55(1): 82-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297021>
87. Araujo González R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Rev Noved En Poblac* [Internet]. junio de 2015 [citado 5 de agosto de 2025]; 11(21): 89-96. Disponible en: <https://goo.su/OY18f>

88. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado CF. Metodología de la investigación. Sexta edición. Baptista Lucio P, editor. México D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
89. Congreso de la República - Gobierno del Perú. Ley N.º 29733: Ley de Protección de Datos Personales [Internet]. [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-29733>
90. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS [Internet]. [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minjus/normas-legales/279563-004-2019-jus>

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Solorzano M. Factores de riesgo de sífilis materna durante el embarazo en el Centro de Salud Aparicio Pomares, durante el año 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2026 [Consultado].
Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Factores de riesgo de sífilis materna durante el embarazo en el centro de salud Aparicio Pomares, durante el año 2024”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	<p>Variable de relación Factores de riesgo</p> <p>Variable de supervisión Diagnóstico serológico de sífilis materna</p>	<p>Observacional, retrospectiva, transversal, analítica, de enfoque cuantitativo, nivel relacional, diseño no experimental, como lo siguiente:</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> </div>
¿Qué factores de riesgo se asocian a la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024?	Asociar los factores de riesgo con la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	<p>Ha: Existe una asociación significativa entre los factores de riesgo y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p> <p>H0: No existe una asociación significativa entre los factores de riesgo y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p>		
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS		
P. E₁: ¿Qué relación existe entre los factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, condición socioeconómica) y la presencia de sífilis materna en gestantes del C.S. Aparicio Pomares en 2024?	O. E₁: Analizar la asociación entre los factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, condición socioeconómica) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024	<p>Ha₁: Existe una asociación significativa entre los factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, condición socioeconómica) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p> <p>H0₁: No existe una asociación significativa entre los factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, condición socioeconómica) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p>		

Donde:

- Ox (observación de la variable de supervisión = Factores de riesgo)
- Oz (observación de la variable de relación = presencia de sífilis materna)
- r (coeficiente de correlación entre las dos variables)
- M (representa la muestra de estudio)

Población

La población del estudio estuvo conformada por 96 gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024, cuyas atenciones se encontraron registradas

<p>P. E₂: ¿Cómo se asocian los factores conductuales (experiencia temprana de relaciones, múltiples parejas sexuales, uso de drogas, alcohol) con la sífilis materna en gestantes del C.S. Aparicio Pomares en 2024?</p>	<p>O. E₂: Evaluar la relación entre los factores conductuales (inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, consumo de alcohol o drogas) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p>	<p>Ha₂: Existe una asociación significativa entre los factores conductuales (inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, consumo de alcohol o drogas) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p> <p>HO₂: No existe una asociación significativa entre los factores conductuales (inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, consumo de alcohol o drogas) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p>	<p>en las historias clínicas y en el Sistema de Información Perinatal (SIP).</p> <p style="text-align: center;">Muestra</p> <p>Tras aplicar la fórmula estadística adecuada, se determinó que la muestra está constituida por 77 gestantes, considerando del total de la población atendida durante el año 2024.</p> <p style="text-align: center;">Muestreo</p> <p>Probabilístico aleatorio simple, permitiendo que todas las gestantes atendidas durante el año 2024 tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas.</p> <p style="text-align: center;">Técnica e instrumento de recolección de datos</p> <p>Técnica de recolección de datos: Análisis documental de las historias clínicas</p> <p>Instrumento de recolección de datos: Ficha de recolección de datos, detallada de la siguiente manera: Estructura: La estructura del instrumento ha sido diseñada en función de las variables del estudio, organizándose en dos dimensiones principales. La primera corresponde a los factores de riesgo, los cuales se subdividen en cuatro áreas: factores sociodemográficos, que contemplan cuatro ítems; factores conductuales, con tres ítems; acceso y</p>
<p>P. E₃: ¿Está asociada el acceso ya la calidad de la atención prenatal (inicio del control, número de controles, tipo de tamizaje recibido) con la presencia de sífilis materna en gestantes del C.S. Aparicio Pomares en 2024?</p>	<p>O. E₃: Determinar la asociación entre el acceso y calidad de la atención prenatal (inicio del control, número de controles, tipo de tamizaje recibido) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p>	<p>Ha₃: Existe una asociación significativa entre el acceso y calidad de la atención prenatal (inicio del control, número de controles, tipo de tamizaje recibido) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p> <p>HO₃: No existe una asociación significativa entre el acceso y calidad de la atención prenatal (inicio del control, número de controles, tipo de tamizaje recibido) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p>	
<p>P. E₄: ¿Cuál es la asociación entre antecedentes clínicos (infecciones de transmisión sexual previas, número de</p>	<p>O. E₄: Identificar la relación entre los antecedentes clínicos (infecciones de transmisión sexual previas, número de gestaciones,</p>	<p>Ha₄: Existe una asociación significativa entre los antecedentes clínicos (infecciones de transmisión sexual previas, número de gestaciones, coinfección con VIH) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p>	

<p>gestaciones, coinfección con VIH) y la presencia de sífilis gestacional en el C.S. Aparicio Pomares en 2024?</p>	<p>coinfección con VIH) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p>	<p>H0₄: No existe una asociación significativa entre los antecedentes clínicos (infecciones de transmisión sexual previas, número de gestaciones, coinfección con VIH) y la presencia de sífilis materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares durante el año 2024</p>	<p>calidad de la atención prenatal, también con tres ítems; y antecedentes clínicos, evaluados mediante tres ítems. En complemento, la segunda dimensión se centra en la presencia de sífilis materna, medida a través de un único ítem que permitió establecer su ocurrencia en la gestante evaluada.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Factores de riesgo de sífilis materna durante el embarazo en el centro de salud Aparicio Pomares, durante el año 2024”

Nro. de ficha: _____

I. FACTORES DE RIESGO

A. DEMOGRÁFICO

1. Edad

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

2. Nivel educativo

- a. Sin estudios
- b. Primaria completa/incompleta
- c. Secundaria completa/incompleta
- d. Técnica o superior

3. Estado civil

- a. Soltera
- b. Conviviente
- c. Casada
- d. Separada / Divorciada / Viuda

4. Condición socioeconómica, según INEI (ENAH 2020)

- a. Muy baja (NSE-E)
- b. Baja (NSE-D)
- c. Media (NSE-C)
- d. Alta (NSE-B)

B. CONDUCTUAL

5. Edad de inicio de vida sexual

- a. Antes de los 15 años
- b. Entre los 15 y 17 años
- c. 18 años a más

6. Número de parejas sexuales en el último año

- a. Una
- b. Dos
- c. Tres a más

7. Consumo de alcohol o drogas

- a. No consume
- b. Consumo ocasional
- c. Consumo frecuente

C. ACCESO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

8. Inicio del control prenatal

- a. Primer trimestre
- b. Segundo trimestre
- c. Tercer trimestre
- d. No asistió

9. Número de controles prenatales recibidos

- a. 0 – 3 controles
- b. 4 – 5 controles
- c. 6 a más controles

10. Tipo de tamizaje recibido para ITS

- a. Prueba rápida
- b. Prueba convencional
- c. No recibió tamizaje

D. ANTECEDENTES CLÍNICOS

11. Antecedentes de ITS

- a. Sí
- b. No

12. Número de gestaciones previas

- a. Ninguna (primigesta)
- b. 1 – 2 gestaciones
- c. 3 o más gestaciones

13. Coinfección con VIH

- a. Sí
- b. No
- c. No se realizó prueba

II. SÍFILIS MATERNA

14. Diagnóstico serológico de sífilis

- a. Reactiva
- b. No reactiva

Anexo 3

Validación del instrumento de investigación

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Jezenia Rama García Silva
 1.2. Actividad laboral: Obstetricia asistencial
 1.3. Institución donde labora: C. S. Aparicio Pomares
 1.4. Denominación del instrumento: Ficha de recolección de (O)
 1.5. Autor del instrumento: Milagros Solorzano Cisneros
 1.6. Aspecto de validación: Validación Contenido

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 un lenguaje claro y comprensible					5
02	Objetividad: Los ítems reflejan conductas observables y medibles				4	
03	Actualidad: Los ítems están alineados con los avances recientes de la ciencia					5
04	Organización: Los ítems están estructurados de manera ordenada y lógica				4	
05	Suficiencia: La cantidad y calidad de ítems son adecuadas para evaluar la variable					5
06	Intencionalidad: Los ítems están orientados a cumplir con los propósitos del estudio					5
07	Consistencia: Los ítems están respaldados por fundamentos teóricos y científicos				4	
08	Coherencia: Existe relación lógica entre la variable, sus indicadores y los ítems					5
09	Metodología: La estructura del instrumento responde a los objetivos de la investigación					5
10	Pertinencia: Las opciones de respuesta y sus valores son adecuados para el estudio.				4	
PUNTAJE FINAL		puntos				

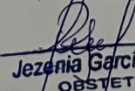
III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

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

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

Los resultados deben ser socializados con el estado de nuestro salud

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

Huánuco, 08 de 11 de 25

Jezenia García Silva
 OBSTETRA
 COP 16690

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

Anexo 3

Validación del instrumento de investigación

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Mg. Diana Emperatriz López Pajuelo
 1.2. Actividad laboral: Obstetra Asistencial del C.S. Aparicio Pomares
 1.3. Institución donde labora: C.S. APARICIO POMARES
 1.4. Denominación del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 1.5. Autor del instrumento: MILAGROS SOLORZANO CORDERO
 1.6. Aspecto de validación: VALIDACIÓN DE CONTENIDO

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 un lenguaje claro y comprensible					5
02	Objetividad: Los ítems reflejan conductas observables y medibles				4	
03	Actualidad: Los ítems están alineados con los avances recientes de la ciencia				4	
04	Organización: Los ítems están estructurados de manera ordenada y lógica					5
05	Suficiencia: La cantidad y calidad de ítems son adecuadas para evaluar la variable					5
06	Intencionalidad: Los ítems están orientados a cumplir con los propósitos del estudio					5
07	Consistencia: Los ítems están respaldados por fundamentos teóricos y científicos				4	
08	Coherencia: Existe relación lógica entre la variable, sus indicadores y los ítems					5
09	Metodología: La estructura del instrumento responde a los objetivos de la investigación				1	5
10	Pertinencia: Las opciones de respuesta y sus valores son adecuados para el estudio.				4	
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

Las conclusiones de la investigación debe ser socializados con el personal sectorial de Obstetricia.

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

MINISTERIO DE SALUD, 07 de 11 de 2015
 Dirección Regional de Salud Huanuco
 Miguel Rod. Huanuco
 Diana E. López Pajuelo
 FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

Anexo 3

Validación del instrumento de investigación

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: ANDY MAQUE PONCE
 1.2. Actividad laboral: Obstetra Asistencial
 1.3. Institución donde labora: C.S. Aparicio Pomares
 1.4. Denominación del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5. Autor del instrumento: MILAGROS SALOZZANO CISNEROS
 1.6. Aspecto de validación: Validación de contenidos

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 un lenguaje claro y comprensible				4	
02	Objetividad: Los ítems reflejan conductas observables y medibles					5
03	Actualidad: Los ítems están alineados con los avances recientes de la ciencia				4	
04	Organización: Los ítems están estructurados de manera ordenada y lógica				4	
05	Suficiencia: La cantidad y calidad de ítems son adecuadas para evaluar la variable					5
06	Intencionalidad: Los ítems están orientados a cumplir con los propósitos del estudio				4	
07	Consistencia: Los ítems están respaldados por fundamentos teóricos y científicos					5
08	Coherencia: Existe relación lógica entre la variable, sus indicadores y los ítems					5
09	Metodología: La estructura del instrumento responde a los objetivos de la investigación				4	
10	Pertinencia: Las opciones de respuesta y sus valores son adecuados para el estudio.					5
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

Los resultados deben ser socializados con el establecimiento

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

ANDY MAQUE PONCE
 OBSTETRA
 COP. 5.673

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 4

SOLICITUD PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Huánuco, ____ de _____ de 202__

Señor(a):

Especialista en:

De mi especial consideración:

Mi nombre es Milagros Zolorzano, estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad de Huánuco. Me dirijo a usted con el mayor respeto para solicitar su valioso apoyo como especialista en el área, en el marco del proceso de validación del instrumento de recolección de datos correspondiente a mi tesis titulada: **“Factores de riesgo de sífilis materna durante el embarazo en el Centro de Salud Aparicio Pomares, durante el año 2024”**. El presente instrumento ha sido elaborado a partir del análisis teórico y documental sobre los factores asociados a la sífilis materna, con el objetivo de evaluar su relación con variables sociodemográficas, conductuales, antecedentes clínicos y el acceso a la atención prenatal. En este sentido, su experiencia profesional será indispensable para valorar la claridad, coherencia y pertinencia de los ítems incluidos.

Adjunto a esta solicitud encontrará el instrumento, junto con una matriz de validación para registrar sus observaciones y sugerencias. Su retroalimentación ayudará para mejorar la calidad metodológica de este estudio. Agradezco de antemano su tiempo, disposición y compromiso con la investigación en salud materna, esperando contar con su gentil colaboración.

Con aprecio y respeto,

Milagros Zolórzano

DNI: 87654321

ANEXO 5
SOLICITUD DE PERMISO PARA LA RECOLECCIÓN DE
DATOS

Huánuco, ____ de _____ de 20__

Señor(a):

Director(a) del Centro de Salud Aparicio Pomares:

.....

Asunto: Solicitud de autorización para recolección de datos

De mi mayor consideración:

Reciba un cordial saludo. Mi nombre es Milagros Zolorzano, estudiante del último año de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad de Huánuco. Me dirijo a usted con el fin de solicitar su autorización para realizar la recolección de datos de mi tesis titulada: **“Factores de riesgo de sífilis materna durante el embarazo en el Centro de Salud Aparicio Pomares, durante el año 2024”**, mediante revisión documental de historias clínicas y registros del SIP de gestantes atendidas en el presente año. Este estudio tiene como propósito identificar factores asociados a esta infección, con el fin de aportar evidencia útil para mejorar la prevención y detección oportuna en el primer nivel de atención. La información será usada únicamente con fines académicos, manteniendo la confidencialidad y bajo principios éticos. Agradezco su apoyo y quedo atenta a cualquier requerimiento adicional.

Con aprecio y respeto,

Milagros Zolorzano

Bachiller en Obstetricia

Universidad de Huánuco

Celular: 987654321

Correo: MilagrosZolorzano@gmail.com