

403A239

EF S
#0147



**FACTORES MATERNOS QUE INFLUYEN EN LA FRECUENCIA DE
SÍFILIS CONGÉNITA EN NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE BARRANQUILLA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO
ENTRE EL AÑO 2003 - 2004**

**DINELLY DIAZ C.
AUDELINA IBARRA T.
YAJAIRA MENESES T.
ANGELICA VENENCIA M.**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE ENFERMERIA
VII SEMESTRE
BARRANQUILLA
2005**



UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO 4031239

PRECIO _____

FECHA 01-16-2008

CARJE _____ DONACION _____

**FACTORES MATERNOS QUE INFLUYEN EN LA FRECUENCIA DE
SÍFILIS CONGÉNITA EN NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE BARRANQUILLA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO
ENTRE EL AÑO 2003 – 2004**

**DINELLY DIAZ C.
AUDELINA IBARRA T.
YAJAIRA MENESES T.
ANGELICA VENENCIA M.**

**Asesor: TAYDE MONTERROSA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN II**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE ENFERMERIA
VII SEMESTRE
BARRANQUILLA
2005**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Mayo de 2005

AGRADECIMIENTOS

El grupo de investigadores brinda sus agradecimientos a la docente Tayde Monterrosa por su apoyo, tolerancia y dedicación al personal de estadística del Hospital General de Barranquilla, especialmente al Ingeniero Oswaldo Dede por suministrar la información necesaria para la investigación.

Gracias

DEDICATORIA

A Dios por darme fuerza día a día para seguir adelante.

A mis padres Nerys Torres, Orlando Ibarra que siempre están y estarán conmigo en todo momento, a mis hermanos y abuelo por su apoyo incondicional.

A mi novio José Cure por estar conmigo en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mis amigas por su comprensión y apoyo



DEDICATORIA

A Dios por regalarme la oportunidad de alcanzar mis metas.

A mi madre Maria del Carmen Coronado por su valioso esfuerzo para mi formación personal y profesional.

A mis abuelitas y mi hermano por estar siempre conmigo y por regalarme todo su cariño y apoyo.

A mis amigas por su tolerancia y apoyo.

Dinellys

DEDICATORIA

*A Dios por darme la luz y sabiduría
necesaria para seguir adelante.*

A mis padres por su apoyo incondicional.

Yajaira

DEDICATORIA

*A Dios brindarme la oportunidad de
alcanzar mis metas.*

*A mis padres: Fausto Venencio y Maria
Miranda por su apoyo incondicional.*

*A mi abuela Maria del Carmen Pérez.
por su apoyo y valores enseñados*

*A la señora Duley Ramirez por su
apoyo incondicional.*

Angélica

CONTENIDO

	Pág.
TITULO	
INTRODUCCIÓN	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GENERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. PROPÓSITO	22
5. MARCO TEÓRICO	23
6. DISEÑO METODOLÓGICO	33
6.1 TIPO DE ESTUDIO	33
6.2 UNIVERSO	33
6.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	33
6.4 PLAN DE RECOLECCIÓN	33
6.4.1 Técnica de recolección	34
6.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	34
6.6 PRESENTACIÓN DE DATOS	35
6.7 ANÁLISIS DE DATOS	35
7. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	36
7.1 PRESENTACIÓN DE DATOS	36
7.2 ANÁLISIS DE DATOS	36



8. RECURSOS ADMINISTRATIVOS	37
8.1 RECURSOS DE HUMANOS	37
8.2 RECURSOS DE TIEMPO	37
8.3 RECURSOS FINANCIEROS	38
9. CUADRO OPERATIVO DE VARIABLES.	39
CONCLUSIÓN	64
RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	70

**FACTORES MATERNOS QUE INFLUYEN EN LA FRECUENCIA DE
SÍFILIS CONGÉNITA EN NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE BARRANQUILLA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO
ENTRE EL AÑO 2003 - 2004**

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección venérea producida por la espiroqueta *treponema pallidum*, esta enfermedad se transmite por contacto sexual o lesiones abiertas o sangre infectada y se adquiere en forma congénita por inoculación transplacentaria, por el punto o la lactancia materna y/o a través del contacto sanguíneo.

Existen factores asociados a la adquisición de la infección por la madre entre los que se pueden anotar: contacto sexual, conducta sexual de riesgo, presencia de múltiples compañeros sexuales y nivel educativo bajo. Los factores que se asocian a la transmisión vertical madre - hijo son: la ausencia de atención prenatal y adecuada, el control adecuado incluye la búsqueda, tratamiento y seguimiento oportuna de la enfermedad.

En este estudio se tomaron autores guías como Jaime Botero, Mik Lourdes y Reeder, la investigación es de tipo descriptivo -ambiespectivo de corte cuantitativo con una población de 55 niños donde se estudiaron factores

maternos, en edades que oscilan entre 14 y más de 45 años en el período comprendido 2003 - 2004 en el Hospital General de Barranquilla.

En el estudio participarán 55 madres con diagnóstico de sífilis congénita siendo el único criterio de exclusión las madres con problemas psiquiátricos.

Los factores maternos estudiados incluyen variables de: edad, nivel educativo, información en educación sexual, estado civil, número de compañeros sexuales, asistencia al control prenatal, entre otras.

La técnica de recolección de datos fue la observación consistente en la revisión de historias clínicas y el instrumento utilizado fue un cuestionario que contiene las preguntas relacionadas a las variables de estudio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que desde el año 1994 Colombia dio su voto aprobatorio a la propuesta de disminuir la tasa de incidencia de sífilis congénita a 0.5 casos por 1.000 nacidos vivos antes del 2000 se ve claramente que éste representa un grave problema de salud pública.¹ Debido a que persiste la amenaza y presencia de riesgos especiales a la embarazada y al feto, en el embarazo casi nunca se transmite por vía sexual transcurridos dos años, pero puede ser adquirida por el feto a través de la placenta desde la sexta semana del embarazo.²

Los efectos sobre el feto varían según la época del embarazo en la cual se adquirió y el estado de la infección.

Las consecuencias de sífilis en el orden de gravedad son las siguientes³:
Aborto del segundo trimestre, parto con feto muerto, parto prematuro gravemente enfermo, que muere a los pocos días de nacido, nacimiento de

¹ REEDER, Martín.. Enfermería materno infantil. Cap. 15 Pág. 873

² Ilord. Pág. 885

³ BOTERO U, Jaime. JUBIZ, Alfonso, HENAO, Guillermo. Obstetricia y Ginecología. 6ª edición. 2000 P. 245

un niño aparentemente sano que al no tratarse se vuelve sintomático, presentando exantema ampoloso, placas mucosas que a veces producen laringitis, compromiso visceral con aumento del hígado, bazo y ganglios linfáticos, rigidez de nuca, convulsiones y fontanelas deprimidas y prominentes. O que presenta sífilis tardía en la segunda infancia o adolescencia caracterizadas por; dientes de hutchinson, queratitis intersticial, sordera, nariz en silla de montar, ragadas, retardo mental, hidrocefalia, convulsiones, ceguera, lesiones osteo – articulares (articulación de dulton, tibia en sable)⁴. En el Hospital General de Barranquilla lugar donde se realizará el estudio, en sus datos estadísticos muestra que en el año 2003, 225 mujeres estuvieron inscritas al control prenatal, de estas 36 se encontraron afectadas por esta enfermedad.

Los factores que influyeron en la presencia de sífilis congénita en este grupo de niños fueron: la ausencia e inasistencia al control prenatal, detección tardía de sífilis materna y por consiguiente falta de tratamiento, pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y no tenían acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

⁴ Médicos Generales Colombianos. Guía de atención de sífilis congénita.

Con base en lo antes expuesto el grupo de investigadores se plantea el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores maternos que influyen en la frecuencia de sífilis congénita en niños nacidos en el Hospital General de Barranquilla en el período 2003 – 2004?

2. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades sexualmente transmisibles son las que se diseminan en forma predominante o exclusiva por contacto sexual.

Alguna se tratan con éxito cuando se detectan en episodios recurrentes⁵, las adolescentes que inician su actividad sexual en una edad precoz, adquiere múltiples compañeros con mayor rapidez en los primeros años que siguen su iniciación, que aquella que inicia su actividad en una época más avanzada. Cerca de un tercio de las mujeres embarazadas refieren tener dos o tres compañeros sexuales en el primer año.

Además la proporción de mujeres gestantes que refieren tener más de dos compañeros al año ha aumentado desde el 31% en 1998 hasta el 57% en el 2001.⁶

⁵ REEDER, Martín. Enfermería materno infantil. Cap. 15 P. 873

⁶ KONIAC. Enfermería materno infantil. Cap. 40. P. 823.



La sífilis congénita y la neonatal han resurgido en los últimos años como un problema importante de salud, se calcula que por cada 100 mujeres que se diagnostican con la enfermedad primaria o secundaria, entre dos y cinco bebés contraerán la sífilis congénita. Si la sífilis durante el embarazo no se trata, del 40 al 50% de los neonatos hijos de estas mujeres tendrán sífilis congénita sintomática⁷. La frecuencia actual de sífilis entre mujeres en edad productiva obliga a hacer rastreos sistemáticos de las embarazadas.

La adquisición materna del treponema Pallidum es casi exclusivamente por contacto sexual.⁸ Aun cuando el embarazo no afecta el estado de evolución de la enfermedad, la infección materna puede tener consecuencias profundas en el feto, es decir; trabajo de parto prematuro, muerte fetal y contagio neonatal.

Las mujeres consideradas en riesgo elevado de contraer sífilis incluyen a las que tienen múltiples compañeros sexuales, de clase socio económica baja y adolescentes. Debido a que el contagio neonatal es principalmente transplacentario, la frecuencia de sífilis congénita es paralela a infección

⁷ Datos estadísticos. Hospital General de Barranquilla

⁸ RIVAS CORREA. José Antonio. Revista mundo médico. P. 25

materna, teniendo en cuenta la incidencia y el impacto que esta tiene en el feto.⁹

La detección de muchas de estas enfermedades (ETS) durante el embarazo lo clasifican de inmediato dentro de la categoría de alto riesgo, es decir, que requiere control continuo especial, tratamiento durante todo su curso; la educación al público, en especial a familias en etapa reproductiva y adolescentes con riesgo de embarazo debe dejar en claro la importancia de prevenir enfermedades infecciosas.

La notificación de casos de sífilis congénita en Colombia en los últimos cinco años, muestra que la tasa de incidencia tiene una tendencia lineal en ascenso. Durante el año 2000 se reportaron 952 casos posibles de sífilis congénita con una tasa de incidencia de 0.98 por mil nacidos vivos, siendo una de las cifras más altas en los últimos años.

Para el año 2002 se presentaron 63 casos para una incidencia de 0.06 por 1000 nacidos vivos. Al comparar las tasas de incidencia acumulada a 12 meses, se registraría 35% más de casos con respecto a la observada en el

⁹ Ibid.

2001, encontrándose un mayor registro de casos en todas las regiones del país; estas incidencias pueden relacionarse de manera importante con una mayor búsqueda de casos;¹⁰ para este mismo año en el Atlántico se reportaron siete casos por mil nacidos vivos ocupando el 11% de casos en comparación con los demás departamentos, por el impacto negativo que produce esta enfermedad en el desarrollo del niño y el interés que tienen las autoridades sanitarias en disminuir la tasa de incidencia de sífilis congénita a menos de 1 caso por mil embarazadas.

Es importante revisar todos los factores maternos que están influyendo en la frecuencia de ésta para poder intervenir el problema con medidas de promoción, prevención y control de la enfermedad.

¹⁰ Ibid.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo maternos que influyen en la frecuencia de sífilis congénita en niños nacidos en el Hospital General de Barranquilla en el período comprendido entre el año 2003 - 2004.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☞ Determinar la edad de las madres de los niños con sífilis congénita.
- ☞ Establecer el nivel educativo de las madres de los niños nacidos con sífilis.
- ☞ Determinar el nivel de información en educación sexual de las madres de los niños nacidos con sífilis.
- ☞ Determinar la edad de inicio de vida sexual de las madres de los niños nacidos con sífilis.
- ☞ Determinar el estado civil de las madres de los niños nacidos con sífilis congénita.

- ☞ Determinar el número de compañeros sexuales de las madres de los niños con sífilis.
- ☞ Determinar la edad gestacional en la que inicio el control prenatal.
- ☞ Determinar el número de controles prenatales a los que asistieron las madres.
- ☞ Establecer la edad gestacional en la que se detecta sífilis.
- ☞ Determinar la edad gestacional en la que se inicia tratamiento para sífilis.

4. PROPÓSITO

Disminuir la tasa de incidencia de sífilis congénita en el Hospital General de Barranquilla promoviendo el control prenatal desde el inicio del embarazo y educando sobre las conductas sexuales de riesgo y sobre los beneficios que provee la detección precoz de infecciones de transmisión sexual en la madre y el hijo.

5. MARCO TEÓRICO

La sífilis es una infección venérea producida por la espiroqueta treponema Pallidum, esta fue descubierta por Saudin y Hoffman en el año 1905. Es un microorganismo espiral de 0.2 mm de grosor por 520 mm de longitud, no ha podido ser cultivado y es distinguible de otros treponemas saprotitos. Normalmente esta enfermedad se transmite por contacto sexual y se caracteriza por distintos estadios o efectos durante un período de años, puede afectar cualquier órgano o sistema, la espiroqueta es capaz de atravesar la placenta humana, provocando sífilis congénita. ¹¹

Su etapa primaria se caracteriza por la aparición de una pequeña postula indolora en la piel o en las membranas mucosas de 10 a 90 días después de la exposición.

La lesión puede aparecer por lo general en la región anogenital, rápidamente evoluciona a la formación de una ulcera indolora que sangra y se denomina chancro. Su estadio secundario se produce unos meses después cuando las

¹¹ www.cursoprimeriaasturias.com

espiroquetas aumentan en número y se diseminan por todo el organismo.¹²

Este estadio se caracteriza por malestar general, anorexia, cefalea, alopecia, dolor óseo osteoarticular, aparición de una ulcera multiforme, ulcera blanquecinas en lengua y garganta.

Se presenta en forma tardía caracterizándose por la aparición de tumoraciones blandas con consistencia como de caucho llamadas gomas las cuales ulceran y curan por cicatrización; estas lesiones pueden desarrollarse en cualquier lugar de la superficie corporal, así como el ojo, el hígado, los pulmones, estómago, órganos de reproducción, etc.

La sífilis se transmite por exposición a exudado infeccioso durante el contacto sexual, por contacto o lesiones abiertas o sangre infectada y se adquiere en forma congénita por inoculación transplacentaria, por el parto o la lactancia materna y/o a través del contacto sanguíneo.¹³

Existen factores asociados a la adquisición de la infección por la madre entre los que se pueden anotar:

¹² LOWDER MILK, Perry. Bobat Enfermería materno infantil. Editorial Marcourt, océano.

¹³ Ibid.



- ☞ Contacto sexual y conducta sexual de riesgo¹⁴, según el Instituto de Seguros Sociales de Antioquia en el año 2002 presentó en ese departamento un incremento significativo de infecciones sexuales, las personas más afectadas fueron adolescentes ya que luego de consumir bebidas embriagantes o sustancias alucinógenas tienen relaciones sexuales sin utilizar preservativos.¹⁵
- ☞ Los actos sexuales que rompen o desgarran la piel aumenta la posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual incluso las lesiones pequeñas que no sangran permiten la entrada y salida de gérmenes. El sexo anal presenta un riesgo alto porque los tejidos del recto se rompen con facilidad. ¹⁶
- ☞ Presencia de múltiples compañeros sexuales en el pasado o en la actualidad que aumenta el riesgo de contraer cualquier infección de transmisión sexual, además si se tiene en cuenta que la frecuencia de sífilis congénita ha aumentado por conductas sexuales de mujeres con parejas bisexuales y heterosexuales. Por tal razón en países como

¹⁴ Médicos colombianos. Guía de atención de sífilis congénita.

¹⁵ www.Elcolombiano.com/historicad/200210/22021023/non038.htm. alarmasporinfeccionessexuales enAntioquia .

¹⁶ <http://usuarios.lycos.es/drpageh/enfermedades%20de%20transmisión%20sexual.htm>. Pág.nueva0.

Inglaterra, Francia, Estados Unidos y Alemania se han incluido estas variables en el análisis regional de sífilis materna y congénita.¹⁷ ..

- ☛ Ingresos económicos o nivel educativo bajo, pues existe un menor nivel de educación sexual, un desconocimiento del riesgo en que se incurre, una limitada capacidad de negociación de la relación sexual, una baja cobertura de los servicios de salud, una mayor incidencia a los abusos y al trabajo sexual y un menor nivel de la familia.¹⁸

Los factores que se asocian a la transmisión vertical madre – hijo son:

La ausencia de atención prenatal oportuna y adecuada, el control adecuado incluye la búsqueda, tratamiento y seguimiento oportuno de la enfermedad.

El diagnóstico se establece con base a la historia clínica, los hallazgos del examen físico cuidadoso y las pruebas específicas que confirman la infección: pruebas serológicas; los anticuerpos que produce el organismo infectado por el treponema se puede demostrar en sangre y en el líquido cefalorraquídeo por medio de pruebas inespecífica o específicas. Los estudios serológicos tratan de detectar las reaginas las cuales aparecen con la

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.



lesión primaria, continúan en aumento con la secundaria y descienden y aun desaparecen en la fase terciaria. Las reaginas pueden también ser demostradas en el líquido cefalorraquídeo.

En la actualidad se utiliza la reacción de floculación VDRL o RPR en la cual se emplean antígenos treponémicos de ferter, como el antígeno es inespecífico, el examen puede ser positivo en otras afecciones y estados no sífilíticos.¹⁹

Por tanto es indispensable que la anamnesis y el examen físico sirvan de base para interpretar los datos de la prueba serológica.

Cuando existe una duda debe recurrirse a una prueba específica como la FTA - ABS la cual es una inmunofluorescencia y los anticuerpos aparecen más precozmente que en el VDRL. El FTA no se negativiza con el tratamiento y continúa positivo al resto de la vida.

¹⁹ Ibid.

Las pruebas específicas se emplean para diferenciar los falsos positivos biológicos y la sífilis tardía.²⁰

Aunque la mayoría de los casos de sífilis congénita son asintomáticos a todos los neonatos de madres con serología positiva para sífilis se les hará evaluación clínica y laboratorios que incluye: examen físico en búsqueda de sífilis congénita, test serológico no treponémico cuantitativo, (No de sangre de cordón), test treponémico si se considera necesario, líquido cefalorraquídeo para análisis de célula, proteínas y VDRL, radiografías de huesos largos, parcial de orina, radiografía de tórax, cuadro hemático, recuento de plaquetas, pruebas de función hepática, examen oftalmológico.²¹

La probabilidad de que la enfermedad se transmita de una madre infectada que no ha recibido tratamiento a su hijo es de aproximadamente el 70% pero tiene rangos amplios (de 30 - 100%) dependiendo del tiempo de la primo infección de la madre. La transmisión de sífilis ocurre in-útero pero las manifestaciones clínicas aparentes en el fruto de la gestación son muy variables determinando el período de incubación clínico en el fruto de la gestación.

²⁰ Ibid.

²¹ BOTERO, N. Jaime. LUVIS, Alfonso. HENDO, Guillermo. Obstetricia y Ginecología. Sexta edición. 2000.



La infección sifilítica del feto produce, dependiendo de su severidad: aborto tardío espontáneo (20 - 40%), mortinato (20 - 25%), parto pretermino (15 - 54%) con infección congénita, recién nacido vivo a término con infección congénita (40- 70%)²².

La infección congénita puede manifestarse según su severidad como muerte neonatal, enfermedad neonatal o infección latente, pudiendo desarrollar secuelas tardías.

La muerte prenatal es el resultado más frecuente pues ocurre entre el 40 al 70% de las gestaciones de mujeres sífilis no tratada o tratada inadecuadamente²³.

La penicilina es la única droga efectiva para prevenir la transmisión materna al feto y para tratar la infección fetal establecida, Nathan y colaboradores examinaron la concentración de penicilina en el seno materno, en el líquido cefalorraquídeo materno, en el suero del cordón umbilical y en líquido amniótico después de la administración de una sola dosis de penicilina

²² Ibid (15)

²³ Ibid

benzatinica de 2.400.000 UI intramuscular en 25 embarazados a las 38 -39 semanas de embarazo²⁴.

Determinaron luego la concentración en todos los fluidos en el momento del parto y encontraron que hubo una disminución significativa de ésta a los 17 días de aplicada, en concentraciones por debajo de las que se consideraban necesarias para desarrollar el treponema pallidum²⁵.

Según algunos expertos basados en lo que se explicó anteriormente todas las embarazadas con sífilis reciente deberían recibir dos dosis de penicilina benzatinica de 2.400.000 UI intramuscular con una semana de intervalo entre los dos²⁶.

El CDC* 1988 dice que una segunda dosis de penicilina benzatinica intramuscular puede administrarse una semana después de la dosis inicial en mujeres embarazadas que tienen sífilis primaria, secundaria, latente reciente.

²⁴ <http://www.encolombia.com/medicina/ginecología/obstetricia52>

²⁵ Ibid

²⁶ Ibid

* CDC Centro de Control de Enfermedades

El seguimiento que se hace en general para evaluar si la enfermedad desaparece es con VDRL a los 3, 6, 9 y 12 meses. Se debe hacer idealmente en el mismo laboratorio con la misma técnica y ojalá por la misma persona.

Se han encontrado casos de sífilis congénita en hijos de madres que han sido tratadas durante el embarazo o a quienes ni siquiera se les ha hecho el diagnóstico de lúes²⁷. Algunos casos se han debido a que no se ha hecho el tratamiento adecuado para el estudio de la sífilis, en otros la infección se adquirió tardíamente en el embarazo por lo que no se detectó con las pruebas serológicas.

El CDC recomienda para pacientes de alto riesgo que la serología debe efectuarse dos veces durante el tercer trimestre a las 28 semanas de gestación y al momento del parto.

Coles y colaboradores describen las características de 322 niños con sífilis congénita. Encontraron que más del 70% de las infecciones maternas no se identificaron hasta el momento del parto y el 30% de las mujeres no tenían serología durante el embarazo. El 28% de los bebés tuvieron evidencias

²⁷ Ibid

clínicas de sífilis y 72% fueron asintomáticos con una serología, igual a dos diluciones, mayor que la madre. Solo el 55% de los pacientes tenían factores de riesgos obvios para sífilis: drogadicción, prostitución, HIV, encarcelamiento, historia pasada de sífilis. ²⁸

Se hizo un trabajo en 1990 en Africa en un Hospital Universitario III nivel evaluando los pacientes que tuvieron el parto allí y con RPR, VDRL, y TPH positivos al momento del parto, el 12% de las madres con RPR reactivo, perdieron al bebé (15 muertes intrauterinas, 6 muertes neonatales, cinco abortos) contra el 6% de los que no tenían RPR reactivo, esto da una mortalidad perinatal de fetos con peso mayor de 500 gramos de 94.6 por 1000 partos contra 54.1 por 1000 partos en las que tenían RPR no reactivo. No hubo ningún muerto en el grupo tratado completamente. En el parcialmente tratado y no tratado hubo 8 muertes perinatales. ²⁹

Se ha establecido que el tratamiento adecuado para sífilis en el embarazo significa que la madre fue tratada con la dosis de penicilina apropiada para el estudio de sífilis y al menos cuatro semanas antes del nacimiento de su bebé.

²⁸ Ibid

²⁹ Ibid

6. ELEMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo ambiespectivo

6.2 UNIVERSO

Estuvo conformado por 55 niños con sífilis congénita nacidos en el Hospital General de Barranquilla en el período 2003 – 2004.

6.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Madres con trastornos psiquiátricos conocidos

6.4 PLAN DE RECOLECCIÓN

Fuente: Primaria, estuvo constituida por las madres de los niños con sífilis congénita que asistieron al control prenatal.



Secundaria, constituida por las historias clínicas de las pacientes, previo a la recolección de datos se envió un oficio al Hospital General de Barranquilla solicitando colaboración sobre obtención de datos estadísticos y demás información necesaria para adelantar la investigación.

6.4.1 Técnica de Recolección. La recolección se hizo por el grupo de investigadores, la técnica será la observación que consistió en la revisión de las historias clínicas de las pacientes y las encuestas aplicadas a las madres de los niños con sífilis congénita.

El instrumento utilizado fue un cuestionario que contiene las preguntas relacionadas a las variables de estudio (Anexo No. 1).

Antes de aplicar el instrumento a la población de estudio se hizo una prueba piloto aplicada a 10 madres.

6.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada se procesó de forma manual.

6.6 PRESENTACIÓN DE DATOS

Los datos se presentan en tablas de distribución de frecuencia de una entrada y gráficos de barra.

6.7 ANÁLISIS DE DATOS

Para analizar la información se utilizaron medidas de frecuencia de porcentajes, medidas de frecuencia central como moda, media, mediana y desviación estándar.



7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada se procesará de forma manual.

7.1 PRESENTACIÓN DE DATOS

Los datos se presentarán en tablas de distribución de frecuencias de una entrada y gráficas de barra.

7.2 ANÁLISIS DE DATOS

Para analizar los datos se utilizaron medidas de frecuencia por porcentajes, medidas de tendencia central como moda, media, mediana y desviación estándar.

8. ELEMENTOS ADMINISTRATIVOS

8.1 RECURSOS HUMANOS

El recurso humano estuvo conformado por el grupo de cuatro estudiantes de enfermería de VII semestre.

Investigadores:

Dinelly Díaz Coronado

Audelina Ibarra Torres

Yajaira Meneses Trujillo

Angélica Venencia Miranda

▪ **Asesores Metodológicos**

Docente Tayde Monterrosa

Docente Norys Figueroa

8.2 RECURSOS DE TIEMPO

Asesoría tres horas semanales

8.3 RECURSOS FINANCIEROS

Los costos del proyecto fueron asumidos por el grupo de investigadores de VII semestre (Anexo No. 3)

9. CUADRO OPERATIVO DE VARIABLES

Macrovariable	Variable	Definición	Tipo de variable	Nivel de medición	Categoría
Factores Socio - Demográficos	Edad de la madre	Tiempo en años que tiene la mujer al momento de parir un niño	Cuantitativa	Razón	14- 20 21-27 28-34 más de 34
	Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Cualitativa	Nominal	Unión libre Soltera Casada
	Nivel educativo	Referida por la madre en términos de grado de escolaridad	Cuantitativa	Ordinal	Primaria incompleta Primaria completa Secund. Incompleta Secund. completa Analfabeta
Factores Sexuales	Información en educación sexual	Grado de conocimiento acerca del tema	Cualitativa	Nominal	Si No
	Inicio de vida sexual de la madre	Edad en que la mujer inició la actividad sexual	Cuantitativa	Razón	9-10 11-12 13-14 15-16 17-18 19-20

Macrovariable	Variable	Definición	Tipo de variable	Nivel de medición	Categoría
	Número de compañeros sexuales	Número de parejas con los cuales ha sostenido relaciones sexuales	Cuantitativa	Intervalo	1-2 3-5 6-8 9-11 mas de 11
Factores del embarazo	Edad gestacional en que se diagnostica la sífilis	Número de semanas del embarazo en las que se detecta la patología	Cuantitativa	Razón	4-12 13-24 25-36 + 36
	Control prenatal	Control periódico del embarazo para asegurar el bienestar materno infantil	Cualitativa	Nominal	Si No
	Número de controles prenatales	Número de consultas programadas o las que asiste durante su periodo de gestación	Cuantitativa	Intervalo	1-3 4-6 7-9 Ninguno
	Tratamiento	Farmacoterapia administrada para disminuir, controlar y evitar cierta enfermedad	Cualitativa	Nominal	Si recibe No recibe
	Edad gestacional de inicio del tratamiento	Tiempo cronológico del embarazo en que recibe farmacoterapia	Cuantitativa	Razón	4-12 13-24 25-36 +36



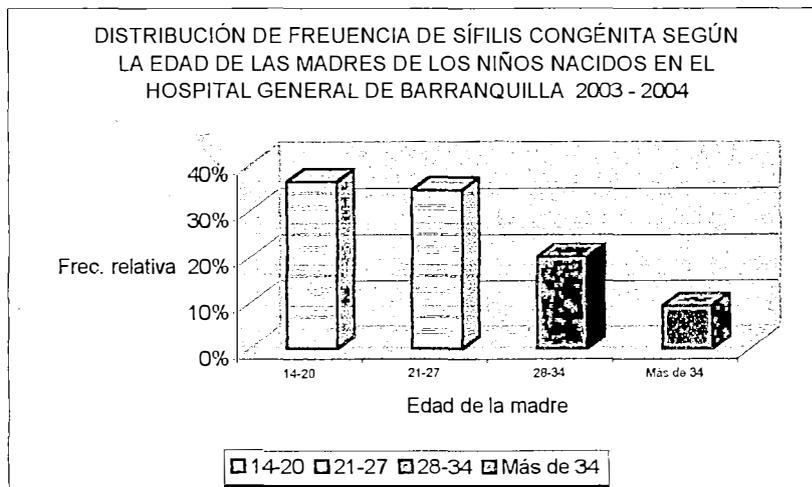
Tabla No. 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN LA EDAD DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS NACIDOS CON SÍFILIS CONGÉNITA EN EL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA 2003-2004.

Edad de la madre	Frecuencia	Porcentaje
14 - 20	20	36.3%
21 - 27	19	34.5%
28- 34	11	20%
Más de 34	5	9.2%
Total	55	100%

Fuente: obtenida de las historias clínicas del Hospital General de Barranquilla y de las encuestas aplicadas a las madres.

Grafico No. 1



Fuente: Tabla No. 1

Análisis.

La moda fue de 15, la desviación estándar 7.1 y la mediana fue de 22. La mayor frecuencia de sífilis congénita se presentó en los niños cuya edad de las madres oscilaba entre 14 - 20 años con un (36.3%) seguido de grupo de madres de 21 - 27 años (34.5%), 28 - 34 años (20%) y en menor proporción en el grupo de madres mayores de 34 años (9.2%).

Al comparar con estudios epidemiológicos realizado en el Hospital Eugenio Espejo de Ecuador (M. Sosa) en el período 1998 -1999 se encontró que de 50 madres embarazadas (muestra de estudio) el 44% tenía 36 años y más (49), el 36% de 31 a 35 años, el 14% de 26 a 30 años y el 6% de 20 - 35 años de los cuales resultaron 36 casos de sífilis congénita.

Estudio sobre la caracterización de casos de sífilis congénita realizado en Colombia por el SIVIGILA 1996 - 2001, revelo que las edad media de las madres fue 24 años (desviación estándar 6.4, mediana 23 y moda 23) el 50% de los valores se encontró entre 19 y 28 años, el 75% ocurrió en mujeres de 28 años y el 25% en madres menores de 18 años.

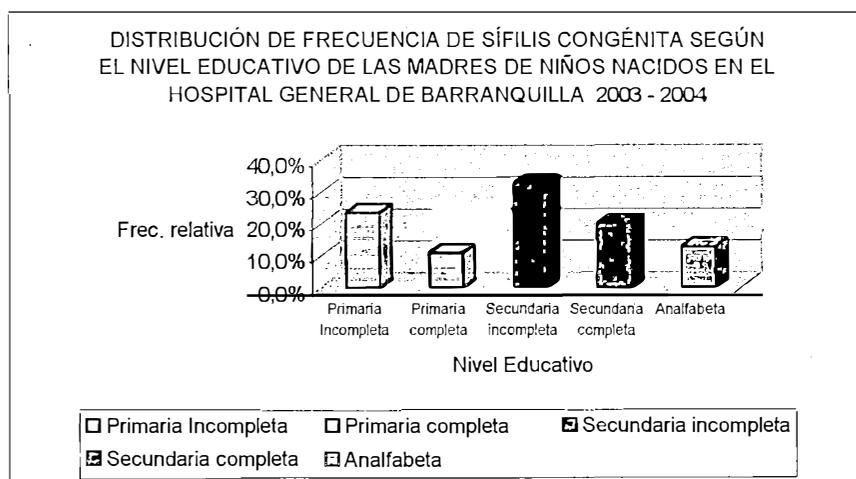
Tabla No. 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA 2003-2004.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Incompleta	13	23.6%
Primaria completa	6	11%
Secundaria incompleta	18	32.7%
Secundaria completa	11	20%
Analfabeta	7	12.7%
Total	55	100%

Fuente: Obtenida de las historias clínicas del Hospital General de Barranquilla y de las encuestas aplicadas a las madres.

Grafico No. 2



Fuente: Tabla No. 2



Análisis.

La mayor frecuencia de sífilis congénita se presentó en los niños cuyas madres tienen secundaria incompleta (32.7%), seguida de primaria incompleta (23.6%), secundaria completa (20%), analfabeta (12.7%) y en menor proporción el grupo de madres con primaria completa (11%).

Comparado con estudio realizado en Bolivia en 7 hospitales de la Paz, el alto y Cochabamba en el período de Junio - Noviembre de 1996 para identificar los factores de riesgo de sífilis materna y sífilis congénita se encontró que un diagnóstico era significativamente más probable si la mujer no había completado enseñanza secundaria o si su pareja permanente no había hecho estos estudios (razón de probabilidad de 3.1%).

En el estudio epidemiológico realizado en el Ecuador para el año 1998 - 1999 (M. Sosa) mostró un nivel de instrucción de primaria completa (46%), secundaria completa (18%) y la educación superior (18%).

Un estudio de casos y controles realizado en el Hospital General de Barranquilla, Hospital Pediátrico y Corporación San Camilo (Edgar Navarro

Lechuga, Graciela Martínez, Laissa) en el período Enero 01/2000 a Diciembre 31 / 2002 se encontró: baja escolaridad (OR 272, IC 95%: 1.34 a 5.5).

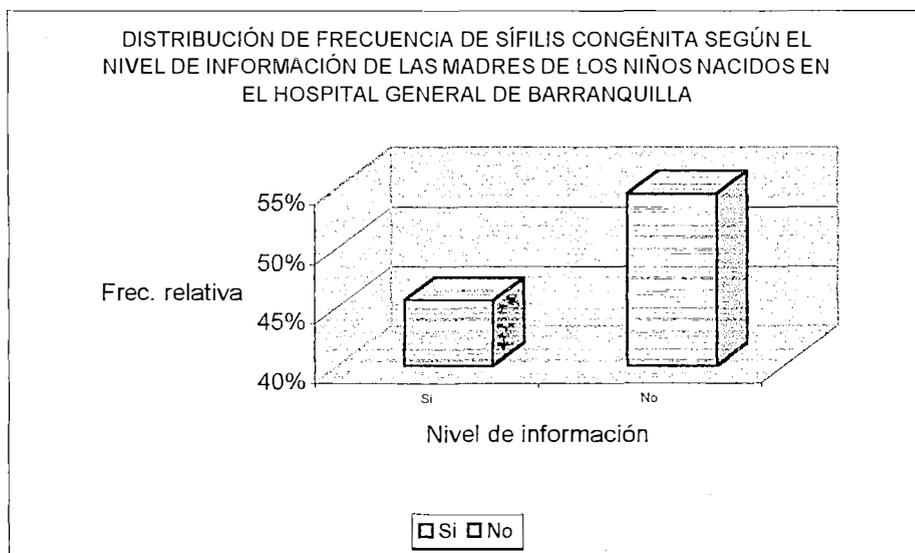
Tabla No. 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN EL NIVEL DE INFORMACIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS NACIDOS CON SÍFILIS CONGÉNITA EN EL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA 2003-2004.

Información en educación sexual	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	45.5%
No	30	54.5%
Total	55	100%

Fuente: obtenida de las historias clínicas del Hospital General de Barranquilla y de las encuestas aplicadas a las madres.

Grafico No. 3



Fuente: Tabla No. 3



Análisis.

La mayor frecuencia de sífilis congénita se presenta en los niños cuyas madres no tienen ninguna información sobre educación sexual con un 54.5% seguida de las que si tienen información con 45.5% respectivamente.

El estudio comparativo de infecciones de transmisión sexual realizado por la Organización Panamericana de la Salud en Perú, en estudiantes de enseñanza media (169 mujeres) mostró que el 90% dice conocer al menos una, el 80% SIDA, 20% gonorrea, 13% sífilis, 8% phitiriasis púbica.

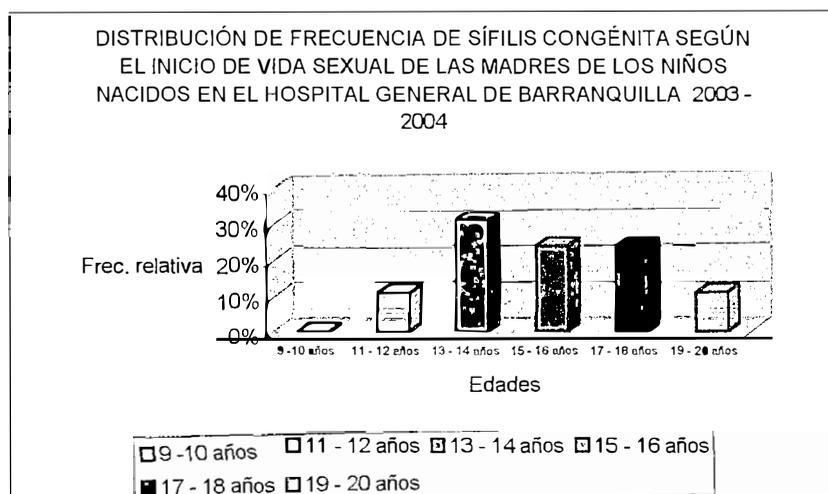
Tabla No. 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA 2003-2004.

Edad de inicio de la vida sexual	Frecuencia	Porcentaje
9-10	0	-
11-12	6	11%
13-14	17	30.9%
15-16	13	23.6%
17-18	13	23.6%
19-20	6	10.9%
Total	55	100%

Fuente: obtenida de las historias clínicas del Hospital General de Barranquilla y de las encuestas aplicadas a las madres.

Grafico No. 4



Fuente: Tabla No. 4

Análisis.

La moda fue de 13, la desviación estándar 2.4 y la mediana fue de 15.

El grafico muestra que la frecuencia de sífilis congénita según el inicio de la vida sexual es mayor en las madres de 13 a 14 años (30.9%) en segundo lugar las madres de 15 - 18 (23%) y en últimos lugares 11 - 12 años (11%) y de 19 - 20 años (10.9%).

Según el estudio realizado por la OPS en Perú en estudiantes de enseñanza media mostró que el inicio de la vida sexual en las jóvenes oscila en un promedio de 15 años de edad, un 46% declara iniciar relaciones sexuales (71 mujeres), a la edad promedio de 14 años con un rango entre 8 y 18 años.

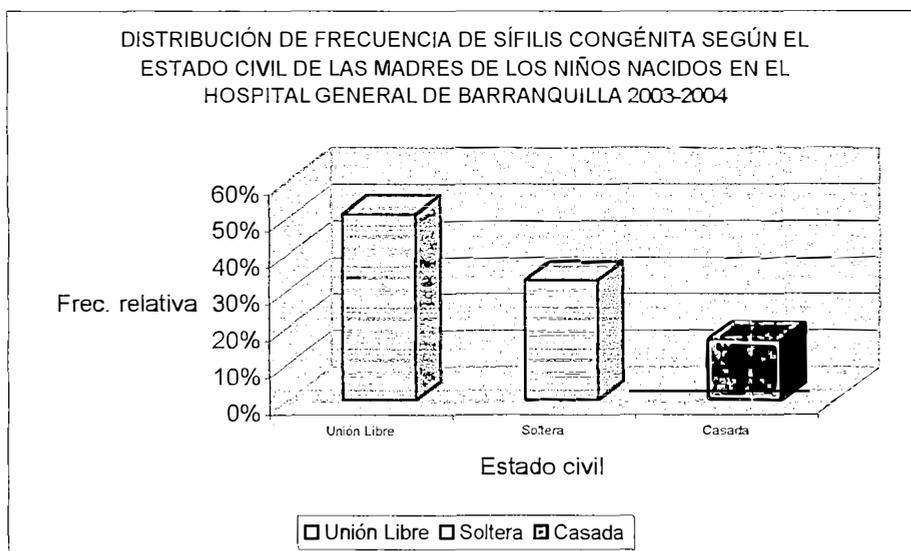
Tabla No. 5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA 2003-2004.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Unión libre	28	50.9%
Soltera	18	32.7%
Casada	9	16.4%
Total	55	100%

Fuente: obtenida de las historias clínicas del Hospital General de Barranquilla y de las encuestas aplicadas a las madres.

Grafico No. 5



Fuente: Tabla No. 5

Análisis.

La mayor proporción de sífilis congénita se presenta en los niños cuyas madres viven en unión libre (50.9%) seguida del grupo de madres solteras (32.7%) y en menor proporción las madres casadas (16.4%).

En el estudio epidemiológico realizado en el Hospital Eugenio Espejo en Ecuador 1988 - 1999 (M. Sosa) mostró que el 36% de las madres vivían en unión libre, el 30% casada, el 24% solteras.



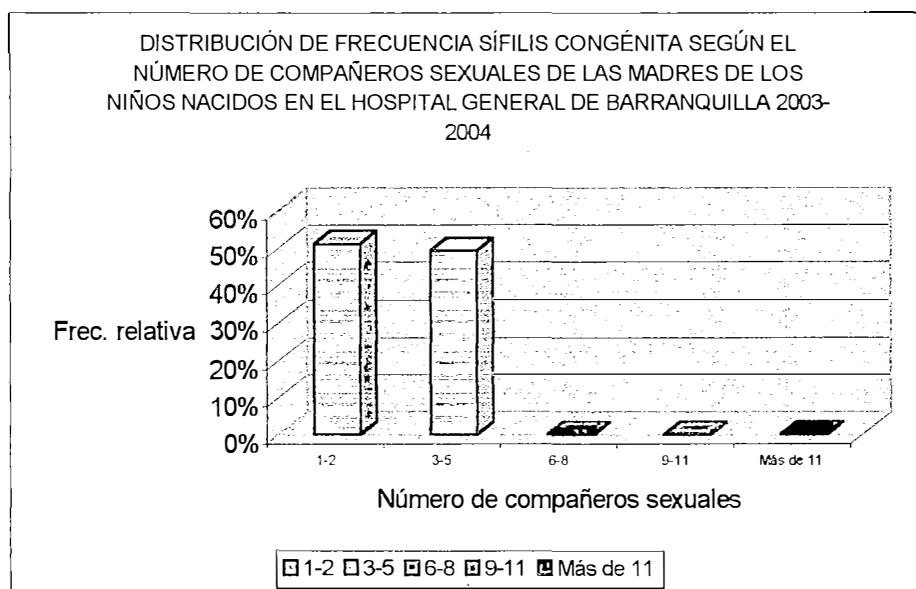
Tabla No. 6

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN EL NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA 2003-2004.

No. Compañeros sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1 - 2	28	50.9%
3 - 5	27	49.1%
6 - 8	0	0%
9 - 11	0	0%
Más de 11	0	0%
Total	55	100%

Fuente: obtenida de las historias clínicas del Hospital General de Barranquilla y de las encuestas aplicadas a las madres.

Grafico No. 6



Fuente: Tabla No. 6



Análisis.

La moda fue de 2, la desviación estándar 1.22 y la mediana fue de 2.

La mayor frecuencia de sífilis congénita se presenta en los niños cuyas madres tuvieron 1 - 2 compañeros sexuales (50.9%) y la menor frecuencia se presenta en los niños cuyas madres tuvieron de 3 - 5 compañeros (49.1%).

El estudio realizado en Bolivia en 7 hospitales de la Paz, el alto y Cochabamba en el período de Junio - Noviembre de 1996 para identificar los factores de riesgo de sífilis materna y sífilis congénita, se encontró que un diagnóstico era significativamente más probable si la mujer que había tenido más de una pareja (28.5).

En el estudio epidemiológico realizado en el Hospital Eugenio Espejo en el Ecuador y en el estudio de casos y controles realizado en el Hospital de Barranquilla, Hospital Pediátrico y Corporación San Camilo (Edgar Navarro Lechuga, Graciela Martínez, Laissa) mostraron que la principal causa de sífilis congénita fue la promiscuidad con un porcentaje de 44% para el primero y OR 3.85, IC 95%: 1.77 a 3.87 para el segundo.

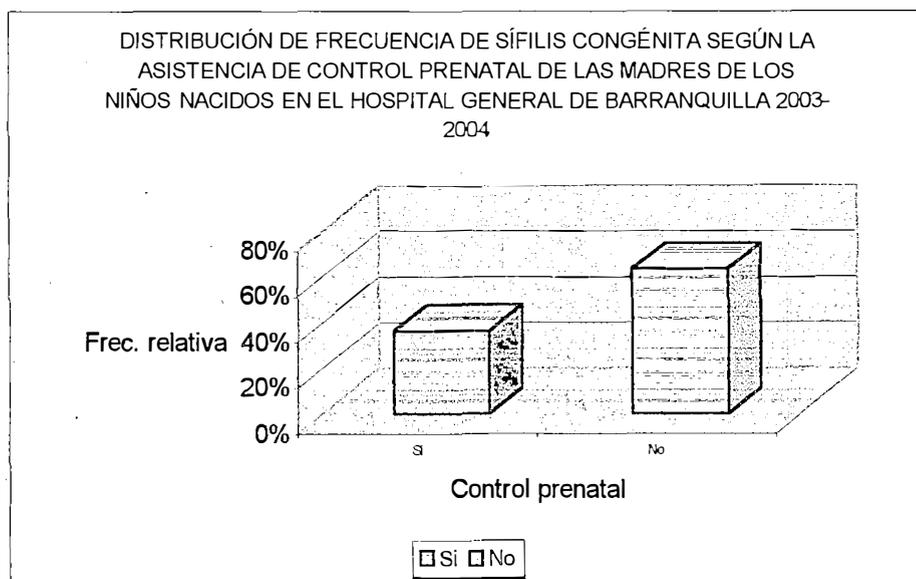
Tabla No. 7

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA 2003-2004.

Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	36.4%
No	35	63.6%
Total	55	100%

Fuente: obtenida de las historias clínicas del Hospital General de Barranquilla y de las encuestas aplicadas a las madres.

Grafico No. 7



Fuente: Tabla No. 7

Análisis.

La frecuencia de sífilis congénita, es mayor en los niños cuyas madres no asistieron a control prenatal (63.6%) y menor proporción en los niños cuyas madres si asistieron al control prenatal (36.4%).

Archivos de investigación pediátrica de México sobre el análisis de 10 casos de sífilis congénita de Abril - Junio de 1999 mostró que 7 multigestas no tuvieron control prenatal.

El estudio: optimizando el diagnóstico en 181 neonatos realizado en el Hospital Felix Bulnes Cerda en Santiago de Chile (Alejandra Reyes J. , Gonzalo Chorbadjian A, Angelica Parada C, Jenny Turris C, Nieves Bravo C y Carmen G Anaya) en Julio 2004, en el análisis de los antecedentes maternos mostró 4 (13.4%) correspondieron a embarazos no controlados.

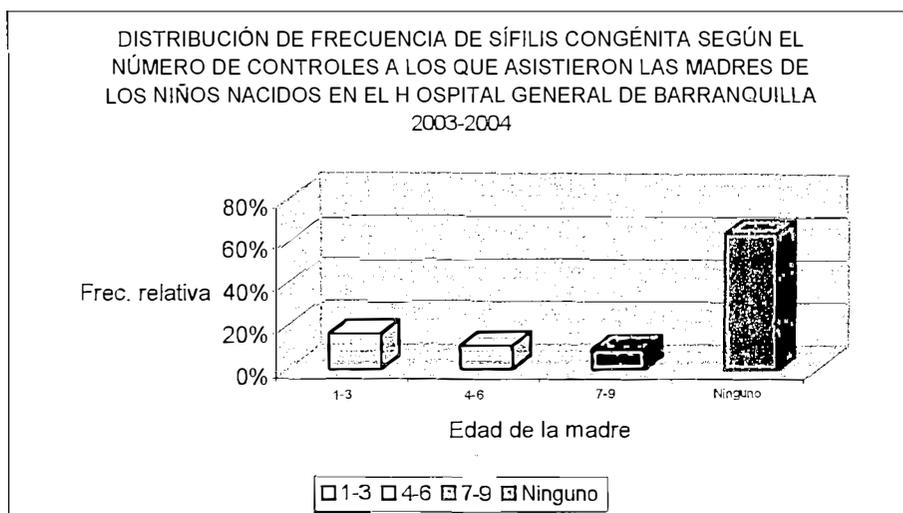
Tabla No. 8

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN EL NÚMERO DE CONTROLES A LOS QUE ASISTIERON LAS MADRES DE LOS NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA 2003-2004.

No. De controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje
1 -3	9	16.3%
4 - 6	6	10.9%
7 - 9	5	9.1%
Ninguno	35	63.6%
Total	55	100

Fuente: obtenida de las historias clínicas del Hospital General de Barranquilla y de las encuestas aplicadas a las madres.

Grafico No. 8



Fuente: Tabla No. 8



Análisis.

La frecuencia de sífilis congénita según el número de controles prenatales es mayor en los niños cuyas madres no asistieron a ningún prenatal (63.6%) seguido de las que asistieron de 1 - 3 controles (16.3%), 4 - 6 controles (10.9%) y en menor proporción las que asistieron de 7 - 9 (9.1%) controles prenatales.

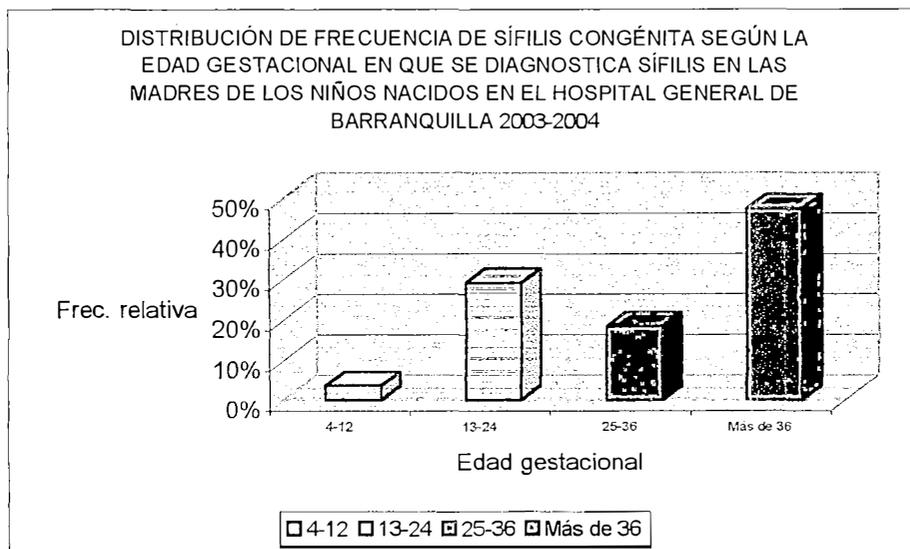
Tabla No. 9

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL EN QUE SE DIAGNOSTICA SÍFILIS EN LA MADRES DE LOS NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA 2003-2004.

Edad gestacional en que se Dx sífilis	Frecuencia	Porcentaje
4-12	2	3.6%
13-24	16	29%
25-36	10	18.2%
Mas de 36	26	47.2%
Total	55	100%

Fuente: obtenida de las historias clínicas del Hospital General de Barranquilla y de las encuestas aplicadas a las madres.

Grafico No. 9



Fuente: Tabla No. 9

Análisis.

La moda fue de 37, la desviación estándar 10 y la mediana fue de 36.

La frecuencia de sífilis congénita es mayor en los niños cuyas madres se le diagnóstico sífilis después de la 36 semanas de gestación (47.2%), seguido del grupo de 13 - 24 semanas (29%), 25 - 36 semanas (18.2%) y en menor proporción durante 4 - 12 semanas (3.6%) de gestación.

Comparado con estudio realizado en Bolivia en 7 hospitales de la Paz, el alto y Cochabamba en el período de Junio - Noviembre de 1996 para identificar los factores de riesgo de sífilis materna y sífilis congénita se encontró que la mayoría de las mujeres 76% habían recibido cierta atención prenatal pero solamente el 17% tenían documentación sobre una prueba de sífilis realizada. Un total de 61 mujeres (4%) tuvieron una serología positiva de sífilis en el momento del parto.

En el estudio de caracterización de los casos de sífilis congénita en Colombia 1996 - 2001 la edad gestacional promedio fue de 38 semanas (desviación estándar 3.1 semanas, con una mediana de 39 y una moda de 40 semanas).

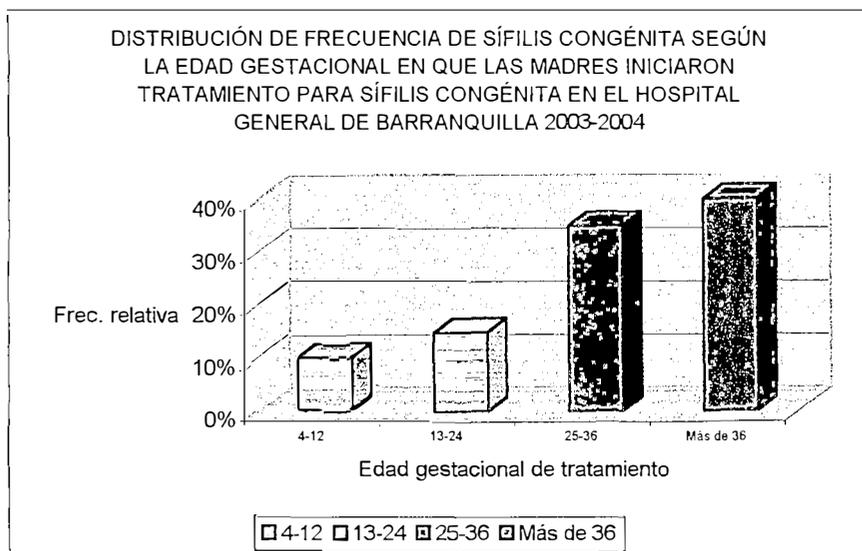
Tabla No. 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL EN QUE LAS MADRES INICIARON TRATAMIENTO PARA SÍFILIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA 2003-2004.

Edad gestacional en que inicia Tto	Frecuencia	Porcentaje
4-12	2	10%
13-24	3	15%
25-36	7	35%
+ 36	8	40%
Total	20	100

Fuente: obtenida de las historias clínicas del Hospital General de Barranquilla y de las encuestas aplicadas a las madres.

Grafico No. 10



Fuente: Tabla No. 10

Análisis.

La moda fue de 28, la desviación estándar 10.2 y la mediana fue de 34.

La frecuencia de sífilis congénita es mayor en los niños cuyas madres iniciaron tratamiento después de las 36 semanas (40%), seguido de las 25 - 36 (35%), y en menor proporción las que iniciaron tratamiento de 4- 12(10%) semanas de gestación.

El estudio: optimizando el diagnóstico en 191 neonato realizado en el Hospital Felix Bulnes de Santiago de Chile, Julio 2004 mostró que 7 gestantes, (16.6%) recibieron tratamiento menos de un mes antes del parto.

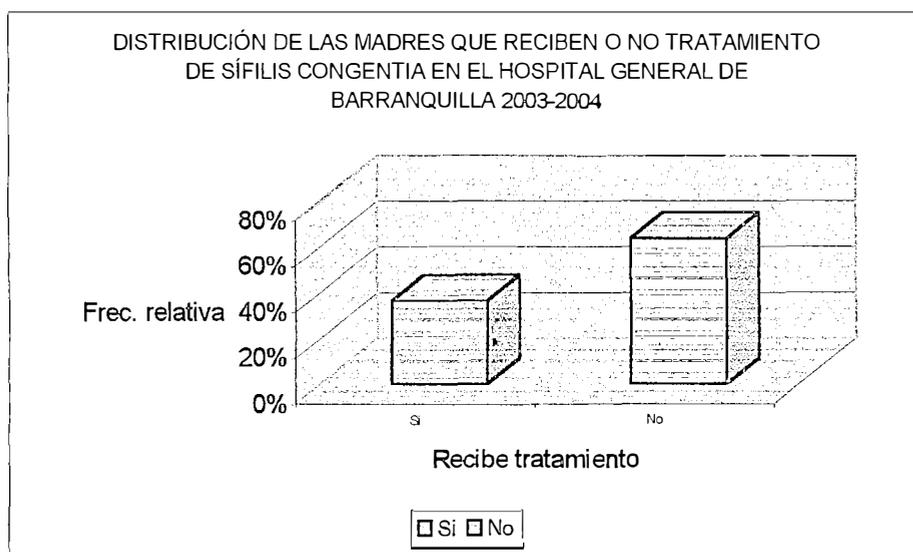
Tabla No. 11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN LA PROPORCIÓN DE MADRES QUE RECIBEN O NO TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA 2003 - 2004.

Recibe tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	36.4%
No	35	63.6%
Total	55	100%

Fuente: obtenida de las historias clínicas del Hospital General de Barranquilla y de las encuestas aplicadas a las madres.

Grafico No. 11



Fuente: Tabla No. 11



Análisis.

La frecuencia de sífilis congénita es mayor en los niños cuyas madres no recibieron tratamiento (63.36%) y menor en las que recibieron tratamiento (36.4%).

El estudio: optimizando el diagnóstico en 191 neonatos en Santiago de Chile, en el Hospital Felix Bulner, Julio 2004 mostró que 2 (6.6%) de los casos las madres no fueron tratadas.

CONCLUSIÓN

Se realizó un estudio descriptivo - ambiespectivo para analizar los factores maternos que influyeron en la frecuencia de sífilis congénita. Teniendo en cuenta variables de tipo demográficos, sexual y del embarazo, dando como resultado una mayor frecuencia de sífilis congénita en hijos de madres que oscilan entre 14 - 20 años de edad, con secundaria incompleta; madre que iniciaron su vida sexual a temprana edad, que sostuvieron relación sexual con más de una pareja, viven en unión libre. Durante su embarazo no asistieron a los controles prenatales, diagnosticándose e iniciando tratamiento después de las 36 semanas o que nunca recibieron tratamiento durante su gestación.

Todos estos factores conllevan al aumento de casos de sífilis, convirtiéndose en un importante problema de salud pública, razón por la cual se realizó este trabajo de investigación con el propósito de promover la asistencia del control prenatal, educando sobre las conductas sexuales de riesgos y sobre los beneficios que provee la detección precoz de infecciones de transmisión sexual en la madre e hijo.

RECOMENDACIONES

Para la institución.

Fomentar la asistencia al control prenatal con el fin de hacer detección temprana de la enfermedad para disminuir los riesgos de infección transplacentaria.

Fomentar programas de educación sexual en las comunidades, especialmente en adolescentes.

Realizar talleres sobre sexualidad a los jóvenes para que conozcan los riesgos a los que están expuestos.

Involucrar a los compañeros de las gestantes a la asistencia al control prenatal y a los programas de educación sexual ya que este tipo de enfermedades requiere tratamiento de pareja.

Para los futuros investigadores:

Diseñar estudios investigativos donde la población de estudio siga siendo niños con diagnóstico de sífilis utilizando otras estrategias epistemológicas y metodológicas.

Diseñar investigaciones donde no solo se estudie a la madre sino también el comportamiento sexual de su compañero.

Realizar estudios donde no solo se evalúe pacientes con diagnóstico de sífilis sino comparándolas con la posibilidad de tener diagnósticos paralelos a este como por ejemplo: El VIH - SIDA.

Diseñar estudios en donde se tenga en cuenta evolución del embarazo (aborto, parto pretérmino, mortinato) y la sintomatología del recién nacido con sífilis.



BIBLIOGRAFÍA

Alarmas por infecciones sexuales en Antioquia,

www.wlcolombiano.com/historicad/200210/20021023/non038.htm

BOTERO Jaime, JUBIZ Alfonso, HENAO Guillermo, Obstetricia y Ginecología VI Edición 2000.

Datos estadísticos del Hospital General de Barranquilla

Efectos de la sífilis en el embarazo,

[http://www.encolombia.com/medicina/ginecologia/obstetricia5230/rewi-
vera.htm](http://www.encolombia.com/medicina/ginecologia/obstetricia5230/rewi-
vera.htm)

Guía de atención de sífilis congénita, médicos colombianos

Investigación científica en la práctica clínica, mundo médico, Vol 12 Nov.

1996, TSSN 0122 - 13 -29 Colombia



LOURDER Mick, PERRY Boba Enfermería materno infantil Editorial
Marcout/océano

Minsalud, sistema Nal de vigilancia y salud, Boletín Julio – Agosto 2001

REDDER, Coniac. Enfermería materno infantil. 17ª edición 1995 Mc Graw
Hill

REYES J, Alejandra. Chorbadjean A. Gonzalo. PARADA C, Angelica. Sífilis
congénita: Optimizando el diagnóstico 191 neonatos.

www.suelo.cl/pdf/rci/v21n4/art04.pdf.

[\[oms.org/sivigila/2003/bole09_03pdf,caracterizaci3nedejoscasosdesifiliscong
enitaencolombia1996 – 2001\]\(http://oms.org/sivigila/2003/bole09_03pdf,caracterizaci3nedejoscasosdesifiliscong
enitaencolombia1996-2001\).](http://www.col.ops-</u></p></div><div data-bbox=)

[www.guttmacher.org/pulos/journals/2703401sp.htm/transmisionmaternof
etaldesifilisesmasprobablessilamdretienesintomas](http://www.guttmacher.org/pulos/journals/2703401sp.htm/transmisionmaternof
etaldesifilisesmasprobablessilamdretienesintomas).

www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/proyecto_uni/investigaciones/epidemiologia/sifilis.html-24k,proyectounibarranquilla.

http://www.medinet.net.my/conapeme/revistas/revistass/conapeme_s/ifi
[lis.htm](http://www.medinet.net.my/conapeme/revistas/revistass/conapeme_s/ifi), archivo de la investigación pediátrica de México, volumen No. 2
números abril - Junio 1998.

SOSA, Maria Beatriz. Proyección de la Innovación de enfermería en la
práctica avanzada y el rol de la enfermería a nivel nacional e internacional.

[www.icn.ch/congress2005/cdrom_incsearch/data/c_0720_b.htm_ak-](http://www.icn.ch/congress2005/cdrom_incsearch/data/c_0720_b.htm_ak-18may2005)
[18may2005](http://www.icn.ch/congress2005/cdrom_incsearch/data/c_0720_b.htm_ak-18may2005).

ANEXOS



ANEXO No. 1

Encuesta aplicada a las madres y a las historias clínicas.

Frecuencia de sífilis congénita y antecedentes maternos en niños nacidos en el Hospital General de Barranquilla en el periodo comprendido 2003 - 2004.

1. DATOS PERSONALES:

Nombre completo _____

Edad: _____

Estado civil: Soltera _____

Casada _____

Unión Libre _____

2. NIVEL EDUCATIVO

Primaria incompleta _____

Secundaria incompleta _____

Primaria completa _____

secundaria completa _____

Analfabeta _____

3. TIENE USTED INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL?

Si _____ No _____

4. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Alto _____ Bajo _____ Medio _____

5. SEXUALIDAD

A que edad inició su vida sexual?

9-10 _____ 15-16 _____

11-12 _____ 17-18 _____

13-14 _____ 19-20 _____

otros, cual: _____

Cuantos compañeros sexuales ha tenido?

1-2 _____ 3-5 _____ 6-8 _____ 9-11 _____ + 11 _____

6. ANTECEDENTES MATERNOS

a. A cuantos controles prenatales asistió

1-3 _____ 4-6 _____ 7-9 _____ Ninguno _____

b. A que edad gestacional inició su control prenatal?

4-16 sem _____ 24-32 _____

16-24 sem _____ 32-39 _____

c. A que edad gestacional se realizó el VDRL?

4-12 sem _____ 25-36 _____

13-24 sem _____ + 36 _____

d. A que edad gestacional inició tratamiento para sífilis?

4-12 _____ 25-36 _____

13-24 _____ + 36 _____

no recibió _____

ANEXO No. 3

PRESUPUESTO

Gastos generales	
Transporte	100.000
Fotocopias	30.000
Elementos de oficina	31.000
Trascripción de documento	65.000
Almuerzo	50.000
Evidencia (Internet)	120.000
Otros	10.000
Replanteamiento de la investigación total	135.000
	\$ 541.000



- 3 - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
- 4 - ENFERMEDADES VENEREAS
- 5 - SIFILIS - DIAGNOSTICO
- 6 - INFECCIONES
- 7 - INFANCIA - TESIS y DISERTACIONES ACADEMICAS