



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN INFECTOLOGIA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**HALLAZGOS PRENATALES EN PACIENTES CON SIFILIS
GESTACIONAL CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
MAYO 2017- ENERO 2018**

Autor: Miguel Angel Ochoa Abello.

Valencia, Noviembre 2018



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN INFECTOLOGIA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**



**HALLAZGOS PRENATALES EN PACIENTES CON SIFILIS
GESTACIONAL CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”
MAYO 2017- ENERO 2018**

Autor: Miguel Angel Ochoa Abello.

Tutor: Heidi Mago

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO QUE SE PRESENTA COMO
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
INFECTOLOGIA**

Valencia, Noviembre 2018



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

HALLAZGOS PRENATALES EN PACIENTES CON SIFILIS GESTACIONAL CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". MAYO 2017-ENERO 2018

Presentado para optar al grado de **Especialista en Infectología** por el (la) aspirante:

OCHOA A., MIGUEL A.
C.I. V – 18611720

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Heidi Mago C.I. 3589186, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **07/11/2018**

Prof. Heidi Mago (Pdte)

C.I. 3589186

Fecha 07.11.2018

Prof. Isabel Díaz

C.I. 8836805

Fecha 07-11-18

Prof. Robert Silva

C.I. 5.386173

Fecha 07-11-2018

TG:

INDICE GENERAL

	Pág.
Introducción.....	1
Objetivos.....	6
Metodología.....	8
Resultados	10
Discusión	13
Conclusiones y recomendaciones	16
Referencias Bibliográficas.....	17
Anexos.....	18

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla Nro. 1 Distribución de la muestra según variables socio-demográficas	22
Tabla Nro. 2 Distribución de las muestras según antecedentes ginecoobstétricos.....	22
Tabla Nro. 3 Categorización de los estadios de sífilis considerando antecedentes serológicos para sífilis en grupo de estudio.....	23
Tabla Nro. 4 Esquema tratamiento en grupo de estudio.....	24
Tabla Nro. 5 Complicaciones perinatológicas materna y fetales en pacientes con sífilis gestacional.	25
Tabla Nro. 6 Evaluar respuesta al tratamiento.....	26
Tabla Nro. 7 Evaluación de tratamiento.....	27

**HALLAZGOS PRENATALES EN PACIENTES CON SIFILIS
GESTACIONAL CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”
MAYO 2017- ENERO 2018**

Autor: Miguel Angel Ochoa Abello.
Email: miguelaochoaa@ gmail.com
Año 2018

RESUMEN

La sífilis tiene como agente causal el *Treponema pallidum pallidum*; cuyos mecanismos de transmisión más importantes son la vía sexual y vertical, afectando a las mujeres grávidas y al producto de la gestación, generando cambios estructurales importantes sobre éste e inclusive fatalidad del mismo. **Objetivo:** Determinar los hallazgos prenatales de sífilis congénita en pacientes con sífilis gestacional en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo comprendido entre mayo 2017- enero 2018. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, diseño no experimental, de nivel correlacional, prospectivo y corte longitudinal, población conformada por 15 pacientes con diagnóstico de sífilis gestacional, muestra no probabilística e intencional; resultados procesados mediante cálculos estadísticos descriptivo e inferenciales. Los análisis se realizaron con los programas: SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versión 20.0, con cálculo de desviación estándar, e intervalo de confianza 95%, relación entre las variables en estudio con el cálculo de χ^2 y como valor de significación estadística $p < 0,05$. **Resultados:** Demostró como factores de riesgo la baja escolaridad, mal control prenatal, ausencia de V.D.R.L del primer trimestre de gestación, menos de 05 parejas sexuales, el 73,3% fueron primoinfección, y el 53,3% fueron sífilis latente indeterminada; el 80% cumplió tratamiento con penicilina benzatínica por 3 dosis, con descenso entre 1 a 4 veces respecto al valor basal, con hallazgos ultrasonográficos de percentil 50 en el 80% de la muestra. **Conclusiones:** La mayoría de las pacientes con sífilis gestacional no poseían antecedentes de la infección, y no hubo hallazgos prenatales correspondiente a sífilis gestacional

PALABRAS CLAVE: Sífilis, sífilis gestacional, V.D.R.L., hallazgos prenatales

PRENATAL FINDINGS IN PATIENTS WITH GESTATIONAL SIFILIS CITY HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA "MAY 2017- JANUARY 2018

Author: Miguel Angel Ochoa Abello.
Email: miguelaochoaa@ gmail.com
Date 2018

ABSTRACT

Syphilis has *Treponema pallidum pallidum* as a causative agent; whose most important mechanisms of transmission are sexual and vertical, affecting pregnant women and the product of pregnancy, generating important structural changes on this and even fatality of it. **Objective:** To determine the prenatal findings of congenital syphilis in patients with gestational syphilis in the Hospital City "Dr. Enrique Tejera "during the period from May 2017 to January 2018. **Materials and Methods:** Descriptive study, non-experimental design, correlational level, prospective and longitudinal section, population consisting of 15 patients diagnosed with gestational syphilis, non-probabilistic and intentional sample; Results processed by descriptive and inferential statistical calculations. The analyzes were carried out with the following programs: SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows, version 20.0, with calculation of standard deviation, and 95% confidence interval, relationship between the variables under study with the calculation of Chi² and as a value of statistical significance $p < 0.05$. **Results:** Demonstrated as low risk factors schooling, poor prenatal control, absence of V.D.R.L of the first trimester of pregnancy, less than 05 sexual partners, 73.3% were primoinfection, and 53.3% were undetermined latent syphilis; 80% completed treatment with benzathine penicillin for 3 doses, with a decrease between 1 to 4 times compared to baseline, with ultrasonographic findings of 50 percentile in 80% of the sample. **Conclusions:** The majority of patients with gestational syphilis had no history of infection, and there were no prenatal findings corresponding to gestational syphilis

KEY WORDS: Syphilis, gestational syphilis, V.D.R.L., prenatal findin

INTRODUCCIÓN

El control prenatal es la estrategia de salud pública fundamental para identificar pacientes con alto riesgo obstétrico y perinatal, con la finalidad de establecer medidas preventivas y curativas oportunas a las complicaciones gestacionales, que aumentan las tasas de morbilidad materno-fetal, evaluando el estado de salud preexistente en la madre, garantizando detección temprana de complicaciones gestacionales y enfermedades infecciosas que tengan repercusión en la salud fetal¹, entre las cuales destaca la sífilis, con una incidencia anual de 12 millones de personas infectadas. Las mujeres embarazadas con sífilis (sífilis gestacional) pueden transmitir la infección al feto, generando una grave entidad conocida como sífilis congénita (SC) con manifestaciones perinatales y neonatales en un 80% de los casos².

En América Latina y el Caribe la mediana de prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas es de 3,9 %, con 460.000 casos de sífilis gestacional (SG) de los cuales se describen entre 164.000 y 344.000 casos de SC³, asociado a embarazo adolescente, baja escolaridad, embarazos no controlados por un inicio tardío del control prenatal y menos de 6 controles, ausencia de pruebas no treponémicas en el primer trimestre con riesgo relativo de 1.44, 1.64, 1.65, 1.68 respectivamente con $p < 0.005$; concluyendo así en el estudio de Belo Horizonte, Brasil que la falla de control prenatal evita identificar paciente con SG aumentando la transmisión vertical⁴. Actualmente en nuestro país no existe reporte de sífilis gestacional.

En un estudio retrospectivo realizado en Uruguay (2008) por Hortal M. et al. documentaron un total de 142 pacientes con SG, de las cuales 111 presentaron óbitos fetales, practicándoseles estudios anatomopatológicos a

90 de ellos y comprobándose etiología luética en el 10%⁵. De igual modo en 2014 fueron publicados los efectos perinatales en SG, Hernández G. et al. en un estudio de corte transversal con una muestra de 292 pacientes con diagnóstico establecido de SG, documentaron 477 eventos perinatales adversos, siendo el más frecuente la prematuridad (48.3%), seguido por bajo peso al nacer (restricción de crecimiento intrauterino) (43.8%), muerte fetal en un 32.2% y muerte neonatal en 31.9%⁶, resaltando una vez más la relevancia del tamizaje materno y las consecuencias fetales y perinatales de ésta infección junto a la ausencia de tratamiento oportuno.

Araujo E. y cols.⁷ (2012) realizaron la presentación de caso de primigesta de 21 años de edad, con VDRL positivo 1:32 diluciones en la séptima semana de gestación, quien recibió tratamiento por razones socioeconómicas a las 25 semanas de embarazo con penicilina benzatínica 2.400.000 UD's semanales por 3 semanas (total 7.200.000 UD's) y VDRL post tratamiento 1:04 diluciones; con hallazgos morfológicos en el segundo trimestre de ascitis fetal; y control ecográfico a las 31 semanas que demostró persistencia de ascitis fetal, esplenomegalia, derrame pericárdico, alteración de extremidades e hiperecogenicidad del parénquima cerebral, por lo que se decidió realizar a las muestras obtenidas por cordocentesis y amniocentesis pruebas confirmatorias de sífilis, determinando diagnóstico de SC; logrando demostrar que una adecuada pesquisa garantiza el diagnóstico y tratamiento de pacientes afectadas.

En un metaanálisis realizado por Arnesen L. y cols.⁸ publicado en 2015, mediante la revisión de 08 estudios que relacionaron sífilis gestacional con muertes fetales, evidenciaron que las mujeres con SG habían aumentado las probabilidades de muerte fetal (OR): 6.87, e intervalo de confianza del 95% . concluyendo que la SG es un importante factor que contribuye a los mortinatos en las Américas.

De igual modo Rac M y cols. En 2014, comprobaron mediante una investigación retrospectiva con una muestra de 235 pacientes que poseían

diagnóstico de SG a quienes practicaron rastreo ecográfico al inicio del diagnóstico y posterior al completo cumplimiento de tratamiento con penicilina G benzatínica a las 18 y 32 semanas de gestación, evidenciaron que el 30% presentaron hallazgos ecográficos de SC, siendo éstas anomalías hepatomegalia (79%), placentomegalia (27%), polihidramnios (12%), ascitis (10%) y anomalías en la medición doppler de la arteria cerebral media (33%), demostrando resolución de éstas posterior al tratamiento treponémico, con un orden de frecuencia: en la medición doppler de la arteria cerebral media, ascitis y polihidramnios; siendo la placentomegalia y finalmente hepatomegalia la última alteración en desaparecer a los controles ecográficos, e incluso persistiendo la hepatomegalia en ciertos recién nacidos⁹.

El agente causal de la sífilis es el *Treponema pallidum pallidum*; el cual tiene múltiples mecanismos de transmisión entre los cuales destacan en orden de frecuencia la vía sexual, vertical, parenteral y trasplante de órganos; una vez establecida la infección dependiendo del tiempo de evolución ésta se clasifica en 3 estadios: sífilis primaria que inicia entre 10 y 90 días posterior a la exposición en la cual la persona infectada desarrolla una úlcera genital indolora durante 2 a 6 semanas; sífilis secundaria caracterizada por erupciones cutáneas generalizadas, frecuentemente con fiebre y mialgias con duración variable de 2 a 6 semanas, seguido de una fase latente (Sífilis latente) entre 1 a 3 años, durante la cual no se observan signos ni síntomas, sin embargo, todos los órganos de la economía pueden resultar infectados; y sífilis terciaria que inicia varios años o decenios después de la exposición, y puede adoptar la forma de afección en sistema nervioso central (neurosífilis), sífilis cardiovascular o sífilis tardía benigna afectando principalmente piel. Estas complicaciones se desarrollan en cerca del 40% de las personas con infección latente y ausencia de tratamiento antibiótico².

En este mismo orden de ideas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la sífilis gestacional como “Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica de la enfermedad (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no-treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la vigésima semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) para sífilis, durante la presente gestación¹⁰.

A pesar de ello representa una ardua tarea lograr el diagnóstico clínico de SG. Mayormente el diagnóstico se establece durante el tamizaje practicado en el control prenatal o el parto; en vista de las altas dificultades técnicas para la demostración directa del microorganismo, actualmente una manera rápida y eficaz es el diagnóstico indirecto a través de pruebas no treponémicas como V.D.R.L. (Venereal Disease Research Laboratory)¹¹, ésta es una prueba reagínica, normalizada, de floculación, en la que se efectúan diluciones hasta observar la última muestra de suero previamente inactivado una floculación visible; el suero se enfrenta en un portaobjetos con un antígeno de cardiolipina-colesterol-lecitina para observar su capacidad de floculación, siendo un buen marcador de infección en su fase aguda y útil en el control de la respuesta al tratamiento en el paciente con inmunidad intacta; Entre las pruebas treponémicas se encuentra FTA-ABS (inmunofluorescencia indirecta con absorción del suero) es una prueba más específica, utiliza inmunofluorescencia indirecta para detectar anticuerpos séricos específicos contra la espiroqueta, pudiéndose utilizar en suero y líquido cefalorraquídeo¹², estableciéndose diagnóstico cuando posea al menos una prueba no treponémica (V.D.R.L.) positiva con títulos iguales o mayores a 1:8 diluciones, o en diluciones menores (1:2 ó 1:4) siempre y cuando tenga una prueba treponémica, inmunofluorescencia indirecta con absorción del suero o anticuerpos hemaglutinantes contra *Treponema pallidum* (FTA-ABS o TP-HA) positiva¹¹⁻¹². Cuando el resultado de la prueba treponémica es negativa,

es razonable considerar que la prueba no treponémica fue un falso positivo, descartando el diagnóstico de SG, sin embargo se recomienda un cuidadoso seguimiento clínico y serológico de dicho caso⁶. de igual modo tras la detección precoz de las gestantes infectadas se debe asegurar el correcto cumplimiento del tratamiento para prevenir la transmisión vertical; ya que se recomiendan pruebas confirmatorias de SC en muestras obtenidas por cordocentesis y amniocentesis de paciente con diagnósticos establecido de SG¹³.

En cuanto a la SC la mayor proporción de transmisión vertical del *T. pallidum pallidum* ocurre especialmente en la sífilis primaria (70%) y secundaria (90-100%) (menos de un año de duración) (ver anexo A), mientras que en la sífilis tardía la infectividad se reduce; en vista que la concentración de espiroquetas en sangre es máxima durante los dos primeros años tras la infección, a partir de los cuales va disminuyendo lentamente como resultado de la acción de la inmunidad adquirida; sin embargo, el riesgo de transmisión materno-fetal persiste²⁻⁵⁻⁹, La sífilis congénita se produce por las espiroquetas al cruzar la barrera placentaria desde la octava o novena semana de gestación; y es hasta la semana dieciséis que el feto es capaz de desarrollar inmunogenicidad ante el microorganismo¹⁰.

Es útil revisar las manifestaciones fetales de la infección y observar que la aparición microscópica de las lesiones sifilíticas es similar, ya sea en el feto, infante o adulto, caracterizándose por infiltración perivascular de linfocitos, células plasmáticas e histiocitos, con endoarteritis y fibrosis extensa¹⁴. Generando lesiones a múltiples órganos fetales como placenta, hígado, pulmón y sistema esquelético, entre otros; que desencadenan alteraciones como hepato-esplenomegalia, placentomegalia y restricción de crecimiento fetal intrauterino, mientras que las ocurrencias menos frecuentes incluyen calcificaciones intrahepáticas, ascitis, hidrops no inmune, e inclusive muerte fetal.

Desde el advenimiento de los antibióticos, gracias al descubrimiento de la penicilina se demostró que éste es un tratamiento óptimo para cualquier forma de sífilis, siendo altamente efectiva en el tratamiento de SG, y permitiendo la prevención de SC, en vista que un tratamiento adecuado y oportuno evita la transmisión fetal. La penicilina, adicionalmente, es de bajo costo, presenta mínima toxicidad y no hay evidencia reciente de resistencia por parte del microorganismo a este fármaco. Aunque está claro que la penicilina es el fármaco de elección para el tratamiento de la SG, hay menos acuerdo sobre antibióticos alternativos en casos descritos de hipersensibilidad. La aplicación de las directrices por parte del *Center for Disease Control and prevention* (CDC) no ofrece ninguna alternativa a la penicilina siendo la desensibilización la opción frente a estos casos ¹¹⁻¹⁴.

Es por todo ello que la SG y SC continua siendo un problema de interés de salud pública a nivel mundial y nacional, en la que se encuentran implicados todos y cada uno de los integrantes de los diferentes equipos de salud, ya que su resurgimiento constituye un importante desafío a todas las escalas; en vista de encontrarse íntimamente relacionado con hábitos no solo biológicos, sino también socio-culturales, que permiten su propagación; como es la falta de conciencia de prácticas sexuales sanas y responsables que garantizan un bajo riesgo de transmisión, conductas como el machismo e inclusive el desvalor a la mujer presente en muchas regiones; dificultando la ejecución de técnicas dirigidas a la prevención y erradicación de la SG.

Tomando en cuenta además la trascendencia que tiene la SG no solo en la salud materna, sino en el correcto desarrollo del producto de la fecundación, ya que no solo afecta la estancia intrauterina, sino también durante el periodo neonatal inclusive hasta los 2 años de vida, acarreando graves consecuencias de salud en la población pediátrica infectada; generando deterioro en la calidad de vida de estos individuos, encareciendo costos por hospitalizaciones prolongadas y en muchos caso ofreciendo secuelas en la vida de quienes padecen SC.

Ante la deficiente data disponible respecto a este evento en nuestro país, y el aumento en casos denunciados de SG, sin estadísticas sólidas que lo respalden se plantea como propósito fundamental del presente estudio: Determinar los hallazgos prenatales de sífilis congénita en pacientes con sífilis gestacional en la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo comprendido entre mayo 2017- enero 2018.

Con el fin de alcanzar este propósito se definen como objetivos específicos: Identificar los factores de riesgo para sífilis gestacional en las pacientes objeto del presente estudio, establecer diagnóstico definitivo de sífilis gestacional; categorizar los estadios de sífilis en las pacientes con sífilis gestacional; demostrar el esquema de tratamiento utilizado en las pacientes diagnosticadas; identificar las complicaciones perinatológicas de las pacientes con sífilis gestacional; evaluar respuesta al tratamiento en pacientes con sífilis gestacional y correlacionarla con los hallazgos prenatales en las pacientes estudiadas.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo bajo el diseño no experimental, con un nivel correlacional, prospectivo y de corte longitudinal.

La población está conformada por toda paciente embarazada con diagnóstico de sífilis gestacional, referida al servicio de Infectología o que acudan a los servicios de hospitalización de Ginecobstetricia en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, en el periodo comprendido entre mayo 2017 y enero 2018. La muestra será de tipo no probabilística e intencional, conformada por las pacientes con diagnóstico confirmado de sífilis gestacional, que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: mayores de 15 años de edad, embarazo de 09 semanas o más, con al menos 01 ecosonograma obstétrico y/o perinatal; como criterios de exclusión se tomaron: embarazadas menores de 15 años, pacientes con títulos de VDRL menores a 1:8 dils, y pacientes con infección aguda por *Toxoplasma gondii*.

En lo que respecta al diseño de la investigación; se consideraron diagnósticos confirmatorio de sífilis gestacional a toda paciente embarazada con antecedente o no de infección por sífilis y V.D.R.L. reactivo mayor o igual a 1:8 dils; o embarazadas sin antecedentes de infección por sífilis pero con V.D.R.L. reactivo (menor a 1:8 dils) que posea FTA-ABS reactivo; las cuales fueron sometidas a entrevista y revisión de historia clínica de hospitalización actual, donde se recogieron los datos de la ficha de recolección en la que destacan 5 renglones (ver anexo C):

- I. Factores de riesgo
- II. Diagnóstico de SG.

- III. Estadificación de SG.
- IV. Tratamiento actual.
- V. Patologías asociadas.
- VI. Hallazgos perinatólogicos
- VII. Respuesta al tratamiento según control de V.D.R.L.

Los pacientes que aceptaron participar y serán objeto de estudio, lo afirmaron con la firma de consentimiento informado (ver anexo "B"), en cumplimiento con las reglas de la declaración de los derechos humanos de Helsinki 1994; y aprobación del comité de bioética de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"; tomando en consideración las siguientes implicaciones éticas: que toda paciente en consulta de seguimiento sin V.D.R.L. disponible, se le garantizará la realización del mismo, se excluirán paciente con patología medica como hipertensión arterial inducida por el embarazo/ preclampsia, diabetes gestacional, debido a que no se les garantiza la realización de amniocentesis y cordocentesis para la toma de muestras y confirmación del diagnóstico in útero de SC.

Para el procesamiento de la información y análisis de resultados, se realizaron cálculos estadísticos desde el punto de vista descriptivo respecto a todas las variables. Para conocer la distribución de las variables, se utilizó estadísticos inferenciales. Los análisis estadísticos se realizaron con los programas: SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versión 2.0, para el cálculo de la frecuencia absoluta y relativa tanto para las variables cualitativas y cuantitativa, y aparte para estas últimas el cálculo del promedio y desviación estándar, así mismo a esta frecuencias relativas el intervalo de confianza IC 95%, y con este nivel de confianza se hizo relación entre las variables en estudio con el cálculo de χ^2 y se consideró como valor de significación estadística $p < 0,05$. Los resultados se presentaron en tablas respectivamente.

RESULTADOS

Se evaluaron 15 pacientes del género femenino, con diagnóstico de sífilis gestacional, en edades comprendidas entre 15 y 28 años; al iniciar el análisis de las variables en cuanto a descripción de la población en estudio se encuentra que dentro de las características socio-demográficas el grupo etario comprende edades entre 15 a 28 años, con un promedio de $21,93 \pm 4,66$ años siendo el grupo de 15 a 18 y de 23 a 26 años lo más frecuente con el 33,33 % respectivamente, y dentro de ellos el 20 % correspondió a menores de edad; predominando en cuanto al nivel educativo el bachillerato incompleto con el 46,67 %, seguido de bachillerato completo con un 40% de la muestra en general, Ver tabla Nro. 1

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, en la población estudiada se evidenció que el inicio del control prenatal se ubicó entre 6 a 26 semanas, siendo el grupo de 6 a 9 semanas y de 14 a 17 semanas los más frecuentes, cada uno representando el 33,33 % de la muestra, en relación a los controles prenatales estos se ubicaron entre 1 a 7 siendo el grupo de 1 a 3 controles el más frecuente con el 66,67%, ahora bien la edad gestacional en que se captaron para el estudio se ubicó entre 8 a las 39 semanas siendo más frecuente los grupos de 20 a 25 semanas y 32 a 37 semanas con el 26,67% respectivamente (Tabla No. 2)

En las pacientes con SG, en primer lugar se evidencia en relación a número de parejas sexuales ésta varía desde 1 a 300 parejas; éste último límite se debe a una paciente dedicada a trabajo sexual; sacando éste caso extremo se promedia la variable en 1 a 10 parejas sexuales, con un promedio entre $3,13 \pm 2,16$ parejas sexuales; ahora bien en relación a la realización del V.D.R.L. correspondiente al primer trimestre del embarazo, se cumplió solo en el 33,33% (n:5) de la muestra, y de ellas una reporta no

reactivo, por el contrario las restantes (n:4) oscilaron con prueba reactiva entre 04 a 64 dils

Para establecer el diagnostico actual de SG, se determinó que el 26,67% de las pacientes poseían antecedente de haber padecido sífilis, de las cuales recibieron tratamiento previo igual proporción (26,67%), pero al realizar el VDRL en la fase actual del trabajo de investigación sus V.D.R.L. se ubicaron entre 2 a 64 dils con un promedio de 16 dils, siendo el grupo más frecuente el de 8 a 16 dils con el 46,67%, no obstante en relación a el resultado del FTA ABS, éste no pudo ser practicado en el 46,67%; el restante 53,33% resultaron reactivo; finalmente una vez obtenidos y analizados tanto resultados como antecedentes se categorizan las pacientes en 53,33% de ellas como sífilis latente indeterminadas, les sigue sífilis latente temprana con el 33,33% y el restante 13,33% sífilis latente tardía. (Tabla No. 3)

Al evaluar la variable del esquema terapéutico se evidencia que el mismo fue instaurado en el 100% de la muestra, pero el cumplimiento de la totalidad de las dosis (adherencia) de éste, se ubicó en el 80% (n: 12), demostrando como primera opción terapéutica la Penicilina Benzatínica 2.400.000 Uds/dosis en el 93,33% de las pacientes, solo un caso recibió combinación con Ceftriaxone 1gr por no estar disponible el tratamiento con penicilina benzatínica, en este mismo orden de ideas en relación al cumplimiento terapéutico de la pareja; en el 93,33% no recibieron tratamiento; mientras que el restante 6,67% (n: 1) cumplió tratamiento completo con 3 dosis de penicilina Benzatínica. (Tabla No. 4)

Al identificar las complicaciones perinatológicas materna y fetal en pacientes con sífilis gestacional, se determinó que la única patología materna fue la hipertensión arterial en el 6,67% (n: 1), y como coinfección fue el V.I.H. en igual proporción, ahora bien en la evaluación perinatológica, a la ecografía obstétrica inicial ésta se practicó en el 93,33% (n: 14), entre las 8 a 33 semanas con un promedio de $17,57 \pm 8,28$ semanas, la mayoría de las pacientes al momento de la realización de este estudio se encontraban en el

2do trimestre del embarazo correspondiente al 60% de la población estudiada, con un percentil fetal entre 10 a 90, siendo el grupo de percentil 50 el más frecuente representando el 80%. Por otra parte en la ecografía perinatal ésta se realizó solo en el 46,67% de la muestra durante las semanas 11 a 35 de gestación con un promedio de $29,42 \pm 8,58$ semanas, en ellos el percentil fetal se encontró entre 10 y 50 siendo éste último el más frecuente en un 40% de los casos, y éste fue practicado mayormente en el 3er trimestre de gestación (40%). Ver tabla Nro. 5.

En relación a abortos u óbitos previos solo se presentó en el 33,33% de los casos y la frecuencia fue entre 1 a 2 abortos, siendo la causa más frecuente el aborto espontáneo/ traumático con el 40%, sin embargo, el 20% de ellos se debió a SG, en el análisis actual el aborto se presentó solo en el 6,67% de la muestra estudiada (n. 1), pero cuya causa fue placenta previa. (Tabla No. 6)

Al evaluar respuesta al tratamiento en pacientes con SG y correlacionarla con los hallazgos perinatales, en relación a el V.D.R.L. al 3er mes posterior al tratamiento se evidencia que éste se practicó en el 93,33% de los casos y se obtuvo disminución de los títulos en el 93,33% de los casos, abarcando entre reactivo débil y 16 dils, siendo en ésta oportunidad el resultado de la prueba más frecuente 2 dils con el 46,67% de los casos, y al evaluar este descenso se obtuvo que este fue entre 1 a 4 veces su valor previo. En la evaluación ecográfica post-tratamiento, se practicó en el 46,67% de los casos (n: 7) y en esta proporción el resultado fue normal, con hallazgo de percentil 50. Ver tabla Nro. 7

Al evaluar el tratamiento con el descenso de las diluciones del VDRL se evidencia que estos descendieron entre 1 a 4 diluciones con un promedio de 1,93 dils, y este fue más frecuentes en aquellas pacientes que inicialmente tenían entre 32 a 16 dils descendiendo hasta 4 ó 2 dils un promedio de descenso entre 3 a 4 diluciones que es significativo, aunque

estadísticamente el valor de p es $>0,05$ (N: 15 IC95%, gl 25, Chi^2 : 32,61; p: 0,141).

DISCUSIÓN

En la investigación se evidenció que la mayoría de las embarazadas eran mayores de edad, y con educación secundaria incompleta, lo que al compararse con el estudio de Nonato y cols. quienes obtuvieron una edad promedio de 25 años con grupo etario predominante, entre 20 a 29 años representando el 51,6% y con menos de 08 años de escolaridad en el 74,1% de su población. Hallazgos similares a las investigaciones de Rac y cols. que demostraron una edad promedio de 23,6 años, y De la Calle y cols. cuya edad promedio fue de 29 años abarcando grupos etarios entre 15 a 45 años respectivamente ⁴⁻⁹⁻¹³.

Por otro lado se obtuvo que hubo igual proporción en inicio de control prenatal temprano y tardío; con mal control prenatal oscilando 1 a 3 controles y fueron diagnosticadas con SG y tratadas tardíamente, luego del segundo trimestre del embarazo; lo que puede contrastar con el estudio de Nonato y cols. donde más del 50% inició control prenatal luego del primer trimestre, 65,2% tuvieron más de 06 controles y de ellas el 48,6% iniciaron control prenatal luego del segundo trimestre, acumulando menos de 06 visitas médicas, equivalentemente el estudio de Álvarez y cols. que demostró mal control prenatal, lo que condujo a un incremento 3,7 veces más riesgo de sífilis congénita ⁴⁻⁶.

En cuanto al número de parejas sexuales, la presente investigación reportó que la mayoría de las pacientes con SG tuvieron menos de 05 parejas sexuales, a su vez la mayor proporción de éstas no se practicó V.D.R.L durante el primer trimestre del embarazo; concordantemente Álvarez G. y cols. mencionó en su publicación que las pacientes con SG y transmisión de SC tuvieron menos de 3 parejas sexuales con una media de 1.7 parejas; en contraparte, De la Calle en 2013 publicó que el 56% de las pacientes habían tenido más de 05 parejas sexuales distintas⁶⁻¹³.

Por otra parte, Nonato y cols. en 2015 demostró que solo el 43.4% se practicó prueba de V.D.R.L. durante el primer trimestre del embarazo, en contraste con lo publicado por Araujo y cols. quienes diagnosticaron SG mediante la práctica de V.D.R.L. en el primer trimestre del embarazo en su publicación⁷.

Respecto al diagnóstico definitivo de SG se demostró durante la investigación que un bajo porcentaje de la población poseían antecedente diagnóstico de sífilis y de éstos en su totalidad obtuvieron tratamiento curativo; sin embargo, al momento de la realización de V.D.R.L actual se evidenció mayor proporción de primoinfección por sífilis, confirmada mediante prueba treponémica; similarmente Nonato y cols. en su trabajo de investigación documentó un 92% de la población estudiada con V.D.R.L. reactivo, al igual que De la Calle y cols. evidenció en su estudio ausencia de diagnóstico previo de sífilis en el 100% de la población estudiada⁴⁻¹³. Contrario a esto Hortal y cols. demostraron que el 92% de las pacientes fueron reinfección por sífilis a pesar del tratamiento previo⁵.

Al momento de categorizar los estadios de sífilis en la población sometida a estudio se evidenció que la mayoría de éstas fueron sífilis latente indeterminada; contrariamente a lo demostrado por Rac y cols. en su investigación, donde el 32% de pacientes con SG presentaban sífilis latente tardía, similarmente a lo publicado por De la Calle y cols. donde el 85,5% de su población presentó sífilis latente tardía⁹⁻¹³.

El presente estudio reveló cumplimiento del tratamiento en la totalidad de la población con alto porcentaje de adherencia al mismo; siendo la primera opción terapéutica la penicilina benzatínica, similar a lo publicado por Araujo y cols. quienes utilizaron 7.200.000 Uds (2.400.000 Uds semanas por 3 semanas) de penicilina benzatínica en la paciente con SG y también al estudio De la calle y cols. que utilizaron como terapéutica de primera línea penicilina benzatínica en una dosis semanal de 2.400.000 Uds por tres semanas inclusive en paciente con hipersensibilidad a penicilinas, previa desensibilización⁷⁻¹³.

Identificando las complicaciones perinatológicas de las pacientes estudiadas se demostró que la mayor proporción de éstas, no presentó alteraciones ultrasonográficas de formación fetal, pudiéndose comparar con el trabajo De la calle y cols. quienes demostraron que el 74% de las pacientes obtuvieron parto a término, y solo una minoría (13,3%) presentó bajo peso al nacer (menor a 2,500 kg)¹³; diferente a lo demostrado por Álvarez y cols. quienes publicaron que el 48% presentó prematuridad; seguido de un 43,8% en el que evidenció bajo peso al nacer (menor a 2,500 kg); y un 32% sufrió muerte fetal, equitativamente, Araujo y cols. quienes documentaron hallazgos ultrasonográficos sugestivos de ascitis fetal, esplenomegalia, y efusión pericárdica; igualmente con los hallazgos demostrados por Rac. y cols. donde evidenciaron un 65% de la población con hepatomegalia fetal, 29% con placentomegalia; y 18% con ascitis⁶⁻⁷⁻⁹.

Finalmente, al evaluar la respuesta al tratamiento se demostró en el presente estudio que en la mayoría de las pacientes hubo buena respuesta al evidenciarse descenso de dos a tres veces en el valor de diluciones del control de V.D.R.L., sin correlación con hallazgos perinatales (por no practicarse ultrasonografía perinatal post-terapéutica.); en contraparte Rac. y cols demostraron que a pesar del tratamiento adecuado en pacientes con SG persiste por mayor tiempo la hepatomegalia como hallazgo perinatal. Igualmente, De la Calle y cols. demuestra que a pesar de la terapéutica

idónea un paciente presentó meningitis sifilítica; a pesar de ser hallazgo postnatal se infiere infección intrauterina, por lo que se considera como hallazgo perinatal, de igual modo Álvarez y cols. evidenciaron que en el 32,2% de los hijos de madres con SG presentaron muerte fetal y el 31.9% presentaron muerte neonatal⁶⁻⁹⁻¹³.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente estudio se demostraron como hallazgos en los factores de riesgo para el desarrollo de SG baja escolaridad y el haber tenido más de una pareja sexual, de acuerdo a los antecedentes gineco-obstétricos inicio tardío del control prenatal, mal control del embarazo y ausencia de realización de V.D.R.L. en el primer trimestre.

Por otra parte, se demostró que la mayoría de las pacientes con SG no poseían antecedentes de infección previa por sífilis, y de igual modo se confirmó diagnóstico mediante pruebas treponémicas, siendo estadificada con mayor proporción sífilis latente indeterminada, en vista de intervalo de no realización de despistaje y ausencia de síntomas iniciales. Debido al riesgo de SC, la totalidad de la población con SG recibió esquema terapéutico de elección con penicilina benzatínica y la mayoría de la muestra mantuvo adherencia al mismo, no siendo así para las parejas sexuales de las pacientes.

En este trabajo no hubo hallazgos prenatales correspondiente a sífilis gestacional, por lo que se recomienda intensificar y optimizar las medidas de control prenatal para mujeres grávidas, realización previa al embarazo de V.D.R.L. y a su pareja, junto a la práctica obligatoria de pruebas no treponémicas en el primer trimestre del embarazo, realización y canalización

oportuna por el servicio de perinatología para control cercano del desarrollo del producto de la gestación, y finalmente practicar en toda paciente con sospecha diagnóstica pruebas treponémicas, y ante duda diagnóstica cordocentesis y estudios fetales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilera S, Soothill P. Control prenatal. Rev. Med. Clin. Condes. 2014; 25(6):880-886.
2. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategias para la acción. OMS. 2008.
3. López A, Benia W, Alemán A, Vázquez J. Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay 2000-2009. OMS. 2011.
4. Nonato S, Souto A, Crosland M. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015; 24(4).
5. Hortal M, Iraola I, Agorio C, Mucio B, Fescina R. Sífilis congénita: Un problema tan antiguo como actual. Programa Nacional de Salud de la Niñez. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2008
6. Hernández G, Martínez I. Efectos perinatales adversos y su relación con sífilis materna en un hospital pediátrico de sonora, México. Bol ClinHospInfant Edo Son. 2014; 31(1): 3-8
7. Araujo E, Martins E, Cristine L, Machado L, Fernandes A. Prenatal Diagnosis of Congenital Syphilis Using Two- and Three-Dimensional Ultrasonography: Case Report. Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Infectious Diseases. 2012.
8. Arnesen L, Serruya S, Durán P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. Rev Panam Salud Publica. 2015; 37(6).
9. Rac M, Bryant S, McIntire D, Cantey J, Twickler D, Wendel G, et al. Progression of ultrasound findings of fetal syphilis after maternal treatment. Am J Obstet Gynecol. 2014; 211 (426):1-6.
10. Diagnóstico situacional de sífilis materna y sífilis congénita. OPS/OMS. Sep 2010.
11. Álvarez G, Salazar S, Bocanegra C. Guía diagnóstico y manejo de la sífilis en el embarazo y prevención de la sífilis congénita. Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. 2012;1(1).
12. López J, Frasquet J. Sífilis: una revisión actual. Control calidad SEIMC.
13. De la Calle M, Cruceyra M, Haro M, Magdaleno F, Montero M, Aracil J, et al. Sífilis y embarazo: estudio de 94 casos. Med Clin (Barc). 2013;141(4):141-144
14. Berman S. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. Bulletin of the World Health Organization. 2004; 82(6):433-435.

ANEXO "A"

Estadio sífilis materna	Transmisión materno-infantil (%)
Primaria	70
Secundaria	90-100
Latente temprana	30
Latente tardía	20

Transmisión materno-infantil de la sífilis según el estadio de la Sífilis Gestacional¹⁰.



ANEXO "B"

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN INFECTOLOGIA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION MÉDICA

Venezuela; Valencia Fecha:_____.

Por medio del presente acepto participar en el Trabajo especial de grado titulado:

"HALLAZGOS PRENATALES EN PACIENTES CON SIFILIS GESTACIONAL CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" MAYO 2017- ENERO 2018"

- **Investigador principal:** Med. Miguel Angel Ochoa
- **Sede donde se realizará el estudio:** Ciudad hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"
- **Nombre del paciente:**_____ **C.I.:**_____

- **El objetivo del estudio es:** Determinar los hallazgos prenatales de sífilis congénita en pacientes con sífilis gestacional.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder preguntas de índole médico respecto a mi gestación actual y previa (si las poseo).

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se me plantee, acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, sobre los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

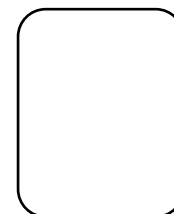
Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará, en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

- Datos de la participante, padre o tutor.

Nombre : _____ C.I: _____

Firma _____ Teléfono participante: _____



Huella dactilar participante (Pulgar Derecho)

He explicado a la Sra _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

- Nombre, CI y firma del investigador principal _____ Miguel Angel Ochoa 18.611.720

- Número telefónico al que puede comunicarse en caso de emergencia dudas o preguntas relacionadas con el estudio **telf. 0414 947 31 98.**

ANEXO "C"



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN INFECTOLOGIA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



Instrumento de Recolección de Datos

"HALLAZGOS PRENATALES EN PACIENTES CON SIFILIS GESTACIONAL CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" MAYO 2017- ENERO 2018"

Venezuela; Valencia, Fecha: _____.

- **Nombre del paciente:** _____ **C.I.:** _____
- **Dirección:** _____ **Nº Historia** _____
- **Teléfonos:** _____ **Edad:** _____ años **Género:** Femenino **Servicio** _____
- **Edad Gestacional** _____ **FUR:** _____ / Desconoce

I. Factores de riesgo

Menor de edad _____ Escolaridad: Completa _____ Incompleta _____ Nivel: _____

Nº de parejas sexuales _____ Semana Gestacional de inicio de control prenatal _____

Nº de controles prenatales actuales _____

Posee V.D.R.L. primer trimestre: SI _____ NO _____ Fecha _____ Resultado _____ dils

II. Diagnóstico de SG.

Antecedente de Sífilis: Fecha de diagnóstico _____ Cumplió tratamiento Si ___ No ___ Cual y dosis _____

V.D.R.L. Actual fecha _____ Resultado _____ dils. FTA-Abs Fecha _____ Resultado _____ dils

III. Estadificación de SG.

Sífilis primaria _____ Sífilis latente temprana _____ Sífilis latente tardía _____ Sífilis latente indeterminada _____

Sífilis secundaria _____ Sífilis terciaria _____

IV. Tratamiento Actual.

Recibió: Si ___ No ___ Completo _____ incompleto _____ Cual: _____ Dosis _____

Fecha de inicio _____

V. Patología

Patología medica del embarazo Si ___ NO ___ Cual _____

Co- Infeccion HIV _____ VHB _____ VHC _____ TARGA _____ Fecha diagnóstico _____

ANEXO "C"

VI. Hallazgos perinatológicas

Ecografía Obstétrica: fecha _____ Hallazgos _____

Percentil _____

Ecografía Perinatal Fecha _____ Hallazgos _____

Percentil _____

Abortos u óbitos previos: Si _____ No _____ Fecha _____ EG _____ Causa _____

Aborto u óbito actual: Si _____ No _____ Fecha _____ EG _____ Causa _____

VII. Respuesta al Tratamiento

V.D.R.L. 03 meses post tratamiento _____ días

Control Ecográfico obstétrico post-tratamiento: Hallazgos _____

Percentil _____

Tabla Nro. 1 Distribución de la muestra según variables socio-demográficas

Variables		f	%	IC 95% Limites	
				Inf.	Sup.
Edad (años)	15 a 18	5	33,33	9,48	57,19
	19 a 22	2	13,33	0	30,54
	23 a 26	5	33,33	9,48	57,19
	> 26	3	20,00	0	40,24
Menor de edad	No	12	80,00	59,76	100,0
	Si	3	20,00	0	40,24
Nivel educativo	Primaria Completa	2	13,33	0	30,54
	Bachiller Incompleto	7	46,67	21,42	71,91
	Bachiller Completo	6	40,00	15,21	64,79

f: frecuencia. %: porcentaje. **Fuente:** Datos de la Investigación. **Autor:** Ochoa M. 2018.

Tabla Nro. 2 Distribución de las muestras según antecedentes ginecoobstétricos

Variables		f	%	IC 95% Limites	
				Inf	Sup
Semanas de Gestación 1er control prenatal	6 a 9	5	33,33	9,48	57,19
	10 a 13	3	20,00	0	40,24
	14 a 17	5	33,33	9,48	57,19
	18 a 21	1	6,67	0	19,29
	22 y mas	1	6,67	0	19,29
N° controles prenatales	1 a 3	10	66,67	42,81	90,52
	4 a 6	4	26,67	4,29	49,05
	7	1	6,67	0	19,29
Edad Gestacional al ser captada	8 a 13	1	6,67	0	19,29
	14 a 19	2	13,33	0	30,54
	20 a 25	4	26,67	4,29	49,05
	26 a 31	2	13,33	0	30,54
	32 a 37	4	26,67	4,29	49,05
	38 o mas	2	13,33	0	30,54

f: frecuencia. %: porcentaje. **Fuente:** Datos de la Investigación. **Autor:** Ochoa M. 2018.

Tabla Nro. 3 Factores de Riesgo Ginecobstetricos y Categorización de los estadios de sífilis considerando antecedentes serológicos para sífilis en grupo de estudio.

Variables		f	%	IC 95% Limites	
				Inf	Sup
Numero parejas sexuales	1 a 2	6	40,00	15,21	64,79
	3 a 4	6	40,00	15,21	64,79
	> 5	3	20,00	0	40,24
Diagnóstico previo de Sífilis	NO	11	73,33	50,95	95,71
	SI	4	26,67	4,29	49,05
Tratamiento anterior	No	11	73,33	50,95	95,71
	Si	4	26,67	4,29	49,05
V.D.R.L. del primer trimestre	Si	5	33,33	9,48	57,19
	No	10	66,67	42,81	90,52
Resultado VDRL primer trimestre	NR	1	6,67	0	19,29
	4 dils	1	6,67	0	19,29
	8 dils	1	6,67	0	19,29
	32 dils	1	6,67	0	19,29
	64 dils	1	6,67	0	19,29
	No practicado	10	66,67	42,81	90,52
Títulos de V.D.R.L. actual	2 a 4	4	26,67	4,29	49,05
	8 a 16	7	46,67	21,42	71,91
	32 a 64	4	26,67	4,29	49,05
Resultados FTA ABS	No practicado	7	46,67	21,42	71,91
	Reactivo	8	53,33	28,09	78,58
Estadificación de Sífilis	Latente temprana	5	33,33	9,48	57,19
	Latente tardía	2	13,33	0	30,54
	Latente indeterminada	8	53,33	28,09	78,58

f: frecuencia. %: porcentaje. **Fuente:** Datos de la Investigación. **Autor:** Ochoa M. 2018

Tabla Nro. 4 Esquema tratamiento en grupo de estudio.

Variables		F	%	IC 95% Limites Inf	Sup
Tratamiento paciente actual	Si	15	100,00	100,00	100,00
Esquema	Completo	12	80,00	59,76	100
	Incompleto	3	20,00	0	40,24
Tratamiento	Penicilina Benzatínica 2.400.000 Uds.	14	93,33	80,71	100
	Penicilina Benzatínica 2.400.000 Uds. / Ceftriaxone 1gr	1	6,67	0	19,29
Dosis	Penicilina Benzatínica 2 / Ceftriaxone 01	1	6,67	0	19,29
	2 dosis P. Benz	2	13,33	0	30,54
	3 dosis P. Benz	12	80,00	59,76	100
Tratamiento de la pareja	No	14	93,33	80,71	105,96
	Si	1	6,67	0	19,29
Tratamiento de pareja	P. Benzatínica 2.400.000 Uds. 3 dosis	1	6,67	0	19,29
	Ninguno	14	93,33	80,71	100

f: frecuencia. %: porcentaje. **Fuente:** Datos de la Investigación. **Autor:** Ochoa M. 2018.

Tabla Nro. 5 Complicaciones perinatológicas materna y fetales en pacientes con sífilis gestacional.

Patologías Maternas		f	%	IC 95%	
				Inf	Sup
Patología	HTA	1	6,67	0	19,29
Coinfección	HIV kalettra – combivir	1	6,67	0	19,29
Evaluación Prenatal					
Ultrasonografía Obstétrica Inicial semanas	8 a 14	6	40,00	15,21	64,79
	15 a 21	4	26,67	4,29	49,05
	22 a 28	1	6,67	0	19,29
	29 a 35	3	20,00	0	40,24
	No posee	1	6,67	0	19,29
Percentil	10	1	6,67	0	19,29
	50	12	80,00	59,76	100
	90	1	6,67	0	19,29
	No posee	1	6,67	0	19,29
Ultrasonografía obstétrica Trimestre	1 er	3	20,00	0	40,24
	2 do	9	60,00	35,21	84,79
	3 er	3	20,00	0	40,24
Ultrasonografía perinatal semanas	11	1	6,67	0	19,29
	27	1	6,67	0	19,29
	32	2	13,33	0	30,54
	34	1	6,67	0	19,29
	35	2	13,33	0	30,54
	No aplica	8	53,33	28,09	78,58
Percentil	10	1	6,67	0	19,29
	50	6	40,00	15,21	64,79
	No aplica	8	53,33	28,09	78,58
Ultrasonografía perinatal Trimestre	1er	1	6,67	0	19,29
	3er	6	40,00	15,21	64,79
	No aplica	8	53,33	28,09	78,58

f: frecuencia. %: porcentaje. **Fuente:** Datos de la Investigación. **Autor:** Ochoa M. 2018.

Tabla Nro. 6 Evaluar respuesta al tratamiento

Variables		f	%	IC 95% Limites	
				Inf	Sup
VDRL 3 mes post tratamiento	No posee	1	6,67	0	19,29
	Si	14	93,33	80,71	105,96
VDRL dils	Reactivo débil	1	6,67	0	19,29
	2	7	46,67	21,42	71,91
	4	3	20,00	0	40,24
	8	1	6,67	0	19,29
	16	2	13,33	0	30,54
	No posee	1	6,67	0	19,29
Descenso (veces)	1	6	40,00	15,21	64,79
	2	4	26,67	4,29	49,05
	3	3	20,00	0	40,24
	4	1	6,67	0	19,29
ECO Post Hallazgos	No practicado	8	53,33	28,09	78,58
	normal p50	7	46,67	21,42	71,91

f: frecuencia. %: porcentaje. **Fuente:** Datos de la Investigación. **Autor:** Ochoa M. 2018.

Tabla Nro. 7 Evaluación de tratamiento

VDRL			dils						
dils Inicial	dils Final Tratamiento	Diluciones de Descenso	64	32	16	8	4	2	0
64	16	2	X		0				
32	16	1		x	0				
32	4	3		x			0		
32	2	4		x				0	
16	8	3			x			0	
16	4	2			x		0		
16	2	3			x			0	
16									
8	4	1				x	0		
8	2	2				x		0	
8	2	2				x		0	
4	2	1					x	0	
4	2	1					x	0	
4	2	1					x	0	
2	0	1						x	0
Promedios	16,00	4,00							
									1,93

Fuente: Datos de la Investigación. **Autor:** Ochoa M. 2018.