



**Universidad Abierta Interamericana**  
**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**  
**Sede Regional Rosario**  
**Carrera de Medicina**

**Título:** “CASOS DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS Y ABORDAJE DE LOS MISMOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE ROSARIO DURANTE EL AÑO 2017.”

**Alumno:** Spagnuolo, María Luz

**Tutor:** Dr. Cámpora, Javier S.

**Co-tutor:** Dr. Laurito, Rene G.

**Email del tutorando:** luzspagnuolo@gmail.com

**Fecha de presentación:** 20 de diciembre de 2018.

## **DEDICATORIA**

*Cuando pienso en todo lo vivido durante estos años, me doy cuenta que esta carrera requirió de dedicación, sacrificio, responsabilidad, humildad, respeto, amor, tolerancia, empatía y muchos otros valores más. Valores que aprendí desde chica por mis padres, pero que también me llevan a pensar en mi abuelo, Julio Spagnuolo, quien vivió honrándolos durante cada día de su vida.*

*Él y mi abuela transitaron a mi lado toda la cursada de esta maravillosa carrera, pero lamentablemente, el tiempo, Dios, o simplemente la vida no permitió que pudieran compartir (físicamente) este momento conmigo.*

*Por eso este trabajo, y lo que él implica como cierre de esta etapa, está dedicado a ellos, Dora y Julio.*

*Con amor y eterna gratitud.*

*Luz*

## **RESUMEN**

**Introducción:** En los últimos años se es testigo de un aumento de las infecciones de transmisión sexual y la sífilis no se considera una excepción.

La sífilis se produce por el *Treponema pallidum*, que se transmite por vía sexual y vertical (materno-fetal). El curso de la enfermedad no se modifica por el embarazo, pero su presencia durante el mismo se constituye en una emergencia médica. Se puede prevenir y tratar eficazmente intraútero, siempre y cuando el diagnóstico se haga en forma oportuna y el tratamiento sea el adecuado. Las complicaciones que se incluyen son: aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal, RCIU, parto pretérmino, muerte perinatal.

**Objetivo:** Se evalúa la prevalencia de mujeres con sífilis gestacional y el manejo de las mismas en una institución pública de la ciudad de Rosario, Santa Fe, en el año 2017.

**Materiales y método:** Se realiza un estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo. Para ello se analizan 4040 historias clínicas de la Maternidad Martín.

**Resultados:** Se encuentra que la prevalencia de sífilis gestacional es de 5.7/1000, mientras que la de sífilis congénita se encuentra en 9/1000. El rango de edad materna donde más casos se confirman es entre los 15 y 19 años abarcando al 50% del total de las gestantes infectadas. El 96% de las gestantes se realiza las dos pruebas de tamizaje y en el 26% el tratamiento es incorrecto.

**Conclusión:** En los resultados se evidencia que aún estamos lejos de alcanzar el objetivo de 0.5/1000 que planteó la OMS para la región. Mejorar la educación sexual y la información brindada en los adolescentes podría ser la clave para obtener mejores resultados; así como el estudio en las parejas sexuales. Si se realiza pruebas de tamizaje en los RN podría reducirse la morbi-mortalidad.

**Palabras claves:** Sífilis congénita, Sífilis gestacional, Prevalencia.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	6
MARCO TEÓRICO.....	8
SÍFILIS .....	8
Estadios de la sífilis .....	8
SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA.....	9
Etapas de la sífilis congénita.....	9
Manifestaciones clínicas .....	10
Diagnóstico .....	11
Tratamiento.....	13
Control y seguimiento.....	15
PROBLEMA.....	17
OBJETIVOS .....	18
Objetivo General .....	18
Objetivo Específicos.....	18
MATERIALES Y MÉTODOS .....	19
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	19
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	19
VARIABLES DE ESTUDIO .....	20
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN .....	30
CONCLUSIÓN.....	33
Bibliografía .....	34
ANEXOS .....	38
Anexo I: Tabla de recolección de datos. ....	38
Anexo II: Carta del tutor. ....	39

Anexo III: Carta del co-tutor. ....	40
Anexo IV: Carta de autorización de la institución para la recolección de datos. ....	41

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, la situación epidemiológica mundial de la sífilis es muy variable y su magnitud se está incrementando aún en lugares donde se le consideraba bajo control, como son algunas regiones de Europa oriental y occidental, en los que se ha producido un incremento de la incidencia en los últimos años. En 2005 la OMS estimó que ocurrían 12 millones de nuevos casos de sífilis cada año en la población adulta y, que 90% de esos nuevos casos se daban en los países en desarrollo (Gomez, Kamb, Newman, Mark, Broutet, & Hawkes, 2013)

El aumento de la sífilis materna y congénita en los países en desarrollo contribuye a incrementar las tasas de mortalidad infantil, a facilitar la transmisión del VIH/SIDA por vía sexual y a impactar negativamente en la salud de la mujer.

La sífilis en América Latina y el Caribe afecta principalmente a personas sexualmente activas y presenta prevalencias elevadas en grupos vulnerables. Esa misma fuente estima que en América Latina 330,000 mujeres embarazadas con prueba serológica positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal; y que de estos embarazos nacen 110,000 niños con sífilis congénita y un número similar termina en aborto espontáneo (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2016).

La mayoría de países latinoamericanos tienen una normativa nacional para el tamizaje de la sífilis en las embarazadas, pero no se aplica sistemáticamente. Esto dificulta la eliminación de la sífilis congénita en la región, a pesar de que se cuenta con servicios de control prenatal, con tecnología adecuada para el diagnóstico, con medicamentos para brindar el tratamiento específico a un precio accesible y, con conocimiento de cómo evitar la infección.

La OPS recomienda la siguiente definición de caso de sífilis materna: “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 gestación” (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2004).

En el presente trabajo no solo se investigará y describirá la prevalencia de esta patología, sino que además se pretenderá conocer el abordaje que se realiza de la misma en cuanto al diagnóstico y el tratamiento, así como cuál es la eficacia de los mismos.

## MARCO TEÓRICO

### SÍFILIS

La sífilis es una enfermedad producida por el *Treponema pallidum* de distribución universal que se transmite por vía sexual y vertical (materno-fetal) y que afecta únicamente al ser humano. Es una infección sistémica que cursa con períodos sintomáticos, generalmente cortos, seguidos de períodos prolongados sin sintomatología aparente.

Por la gran variedad de manifestaciones clínicas que puede presentar se la adjetiva también como la gran simuladora. Se conoce también como lúes, nombre que proviene del latín *lues venereum* (enfermedad o pestilencia) (Farreras & Rozman, 2012).

#### Estadios de la sífilis

a) Sífilis primaria: Se presenta desde los diez a noventa días después de haber tenido relaciones sexuales sin usar protección con una persona infectada, aparece una lesión en el área genital. Usualmente es una lesión no dolorosa. Generalmente empieza con una pequeña llaga o úlcera abierta e indolora en los genitales, la boca, la piel o el recto que debe sanar por sí sola en 3 a 6 semanas, en esta etapa se producen síntomas muy significativos por lo que muchas veces no son tomados en cuenta y la bacteria continúa multiplicándose en el cuerpo.

b) Sífilis secundaria: se desarrolla desde los 17 días a los seis meses esta etapa es la más infecciosa de todas. Debido a la proliferación y diseminación de la espiroqueta *T. pallidum* por todo el organismo. Puede presentarse como un salpullido en las palmas de las manos, en la planta de los pies u otras partes del cuerpo. También puede haber verrugas u otros tipos de lesiones que normalmente aparecen en el ano, el área genital, boca, garganta, y en muchos de los casos las bacterias ya han propagado el torrente sanguíneo (Kivi, 2012). Estos síntomas tienden a desaparecer en 2 a 6 semanas, pero sin tratamiento la enfermedad se volverá latente afectando a otras partes del cuerpo por muchos años.

c) Sífilis latente: Esta etapa se produce tras la involución de las lesiones de la sífilis secundaria, esta puede ser precoz o tardía.



- **Sífilis latente precoz:** se puede extender desde 1 a 2 años después del contacto infectante. Puede ser asintomática durante todo su curso o éste verse interrumpido por síntomas de recurrencia de la sífilis secundaria.

- **Sífilis latente tardía:** Se relaciona con la aparición de resistencia frente a la reinfección y la recaída, esta es asintomática, pero eso no quiere decir que la patología no progrese, además puede prolongarse por décadas y afectar a diversos órganos del cuerpo (Moya, 2016).

d) **Sífilis terciaria:** Por lo general se desarrolla muchos años después de la infección primaria en pacientes no tratados o tratados inadecuadamente. Un tercio de los pacientes sin tratamiento desarrollan estas manifestaciones luego de 20 a 40 años desde la primo infección, esta puede lesionar a órganos internos importantes como al sistema nervioso central, cardiovascular con inflamación de la aorta y lesiones destructivas de la piel y los huesos en muchos de los casos pueden provocar la muerte.

e) **Neurosífilis:** Actualmente no se la considera como parte de la sífilis terciaria, sino como una manifestación presente en cualquier estadio de la enfermedad por lo que se la clasifica en aguda y tardía las cuales afectan al sistema nervioso central como la medula espinal y cerebro (Peyman-Fard & Sánchez Palacín, 2012). Suele ser asintomática, pero puede presentar paresia y tabes. Puede haber atrofia óptica, que a veces lleva a la ceguera u otras alteraciones.

f) **Sífilis gestacional:** Es aquella que se diagnostica durante la gestación, en puérperas o pacientes con aborto reciente que presentan úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y/o prueba treponémica positiva.

Los cambios del cérvix, tales como hiperemia y friabilidad típicas durante el embarazo, pueden facilitar la entrada y multiplicación del *Treponema pallidum*.

## **SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA**

### **Etapas de la sífilis congénita**

La sífilis congénita ocurre cuando la madre con sífilis trasmite la infección al feto ya sea por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con las lesiones en los genitales de la madre (Caserta, 2016). La enfermedad se transmite en

la fase primaria hasta en un 70% de los casos, en la secundaria del 90 al 100%, en la latente temprana un 30% y en la latente tardía alrededor del 20% de los casos.

La presencia de la bacteria en el líquido amniótico no solo puede desempeñar un importante papel en el diagnóstico prenatal de la sífilis congénita, sino que algunos autores lo relacionan con la severidad de la enfermedad en el feto (Rodríguez-Cerdeira & Silami-Lopes VG., 2012). Esta patología es una de las primeras causas de muerte fetal y perinatal.

a) Sífilis congénita temprana: las manifestaciones clínicas se presentan durante los primeros dos años de vida, pudiendo ser detectadas desde el nacimiento. Mientras más temprano se presenta más grave y peligrosa suele ser. El niño puede nacer con serias deformidades, afectando inclusive al sistema nervioso. Las manifestaciones tempranas corresponden a la meningitis e hidrocefalia, que pueden dejar como secuela retardo mental o psicomotriz, ya sea leve o severo (Moraes & Estevan, 2012), otras manifestaciones asociadas son la afección renal, manifestaciones neurológicas, alteraciones en el líquido cefalorraquídeo.

La mayoría de los niños con sífilis congénita aparentemente asintomáticos pueden manifestar alteraciones radiográficas en forma de osteocondritis o pericondritis, periostitis y osteomielitis diafisaria.

b) Sífilis congénita tardía: Se presenta después de los dos años de edad. Se asemeja a la sífilis terciaria y pueden ocurrir defectos en el desarrollo óseo, visión borrosa, fotofobia y exceso de lagrimeo (Forero-Laguado & Peña García, 2011).

### **Manifestaciones clínicas**

Estas son diferentes en cada una de sus etapas

a) Infección sifilítica intrauterina: Esta puede originar óbito o hidropesía fetal. Los neonatos pueden tener hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, lesiones mucocutáneas, osteocondritis, edema, erupciones, anemia hemolítica o trombocitopenia. Es posible que se manifieste sólo después que hayan transcurrido muchos años desde el nacimiento.

b) Sífilis congénita precoz: los síntomas se presentan durante los dos primeros años de vida, manifestándose mayormente durante los primeros 3 meses de vida.

Las manifestaciones consisten en erupciones vesiculoampollosas o exantema en las palmas y plantas, lesiones papulares alrededor de la nariz, boca y en la zona del pañal. Además, se destaca el déficit del crecimiento, el aumento de tamaño del hígado, bazo y ganglios, ictericia, neumonía, anemia y otras alteraciones sanguíneas, compromiso meníngeo, secreción nasal típica mucopurulenta o sanguinolenta. Unos pocos lactantes tienen meningitis, coroiditis, hidrocefalia o convulsiones; otros, discapacidad intelectual.

c) Sífilis congénita tardía: Se manifiesta después de los 2 años de edad y causa úlceras gomosas que tienden a comprometer la nariz, el tabique y el paladar duro, afecta al desarrollo óseo provocando lesiones periósticas que dan origen a las tibias en sable y malformaciones craneofaciales como abombamiento del hueso frontal y parietal (Forero-Laguado & Peña García, 2011). Además, se presentan hallazgos viscerales como hepato-esplenomegalias y manifestaciones neurológicas como: hidrocefalia, retardo mental, paresia juvenil, alteración de pares craneales.

## **Diagnóstico**

### ***Pruebas de laboratorio sífilis materna***

- I. Diagnóstico directo: busca la detección del *Treponema pallidum* en las lesiones que aparecen durante las etapas de esta infección: el chancro en el caso de la sífilis primaria, lesiones cutáneas o en mucosas en la sífilis secundaria y en algunas lesiones de la sífilis congénita.
  - a) Microscopía de campo oscuro: Puede emplearse en las fases iniciales de la sífilis. Se realiza un raspado del chancro colocándose la muestra sobre un portaobjetos para examinarla inmediatamente, con una demora de 20 minutos como máximo.
  - b) PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa): Esta prueba detecta material genético de la bacteria en la muestra obtenida de la úlcera sifilítica, la sangre o el líquido cefalorraquídeo (Peyman-Fard & Sánchez Palacín, 2012).
- II. Pruebas no treponémicas: Las pruebas no treponémicas incluyen el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y el RPR (Reagina Plasmática Rápida), USR (Unheated-serum reagin) y TRUST (Toluidine red unheated-serum test), de estas las más usadas son RPR y VDRL (Colina Morales, 2014). Una prueba no treponémica reactiva puede indicar infección actual, infección reciente tratada o no tratada, o un

resultado falso positivo. Los resultados falsos positivos ocurren en 1 al 3% de la población, como en el caso de pacientes con colagenopatías.

a) VDRL: Identifica los anticuerpos contra la bacteria. Esta prueba se puede realizar en lámina y ser observada al microscopio como un precipitado de partículas finas, o se puede realizar en un tubo de ensayo y ser leída macroscópicamente (Holm, 2012). Se obtiene falsos negativos en ciertas condiciones, tales como fenómeno de prozona, bajo título de anticuerpos, presencia de sustancias inhibitoras en el suero del paciente, VIH, la temperatura ambiental fuera del rango de 23-29° C o error técnico. Los falsos positivos pueden llegar a 10 a 30%.

b) RPR: Busca anticuerpos presentes en la sangre de personas que pueden tener la enfermedad. La prueba también se usa para ver cómo está funcionando el tratamiento para la sífilis y después del tratamiento con antibióticos, los niveles de anticuerpos contra la sífilis deben disminuir. Estos niveles pueden vigilarse con otra prueba de RPR. Los niveles inalterados o crecientes pueden significar que la infección persiste.

c) TRUST (Toulidine red unheated serum test) es una prueba desarrollada para el despistaje de la sífilis, el principio es similar al del VDRL, pero no es necesario inactivar el suero y el rojo de toluidina se encarga de dar color a la reacción. La sensibilidad y especificidad son similares a la prueba de RPR.

d) USR (Unheated serum reagin) tiene la ventaja que es poco costosa, tampoco requiere de inactivación de suero por calor y, tiene buena sensibilidad y especificidad.

III. Pruebas treponémicas: Son pruebas específicas, e incluyen el FTA ABS (fluorescent treponemal antibody absorption) y el MHA-TP (Micro Hemagglutination Assay for Antibodies to Treponema pallidum). Se utilizan para confirmar un resultado de una prueba no treponémica. En estas pruebas puede observarse falsos positivos en menos del 1%.

a) FTA-ABS (Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes): Método de observación directo, que se utiliza como confirmación cuando una de las pruebas no treponémicas es positiva. A través del análisis de sangre utilizado se detecta anticuerpos contra la bacteria.

b) MHA-TP: Este método utiliza glóbulos rojos de pollo o carnero sensibilizados con Treponema pallidum, que se encuentran adheridos a la membrana del hematíe. Tiene la

ventaja de alta especificidad, da pocas reacciones falsas positivas, es una prueba semicuantitativa al usar diluciones seriadas, se puede utilizar suero y líquido céfalo raquídeo, y además el requerimiento de equipos es mínimo (García et.al., 2011) La desventaja es que tiene menor sensibilidad en sífilis temprana, sífilis latente y sífilis tratada.

c) ELISA IgM: Pueden emplearse en sustitución de las treponémicas TPHA y FTA-ABS. Estas pruebas permiten la automatización de grandes cantidades de muestras y lecturas objetivas.

### ***Pruebas de laboratorio sífilis congénita***

Se prefieren las pruebas no treponémicas en todas las mujeres en el momento del parto.

Cuando la serología es reactiva en la madre o se tiene el antecedente de sífilis, siempre se debe ordenar la prueba no treponémica (VDRL o RPR) al neonato. (Gallego Vélez & Vallejo López, 2010). Sin embargo, en los recién nacidos las pruebas serológicas pueden ser no reactivas, si la madre presenta títulos bajos o si fue infectada al final del embarazo pueden ser positivas pero a expensas de anticuerpos (Ig G) treponémicos y no treponémicos transferidos de la madre a través de la placenta, sin que el recién nacido tenga la enfermedad.

## **Tratamiento**

### ***Tratamiento para la sífilis gestacional***

El tratamiento debe abarcar tanto el tratamiento farmacológico, como la búsqueda de otras enfermedades de transmisión sexual, y la educación.

El mismo depende inicialmente de si la gestación continúa en curso o no, y debe iniciarse inmediatamente después de obtener el resultado de la prueba presuntiva. Si la gestación continúa en curso, debe hacerse siempre con penicilina. El esquema a elegir depende de la edad gestacional.

Sífilis temprana: Penicilina Benzatínica una dosis de 2.4 millones de unidades por vía intramuscular.

Sífilis latente: Si la infección ocurre en el último año es apropiado el tratamiento con dosis única de la penicilina benzatínica. Si no es así, se diagnostica sífilis latente de duración

desconocida o latente tardía, por lo que se trata con las tres dosis de penicilina benzatínica (2,4 millones UI IM semanal).

Neurosífilis: requiere de 14 días de penicilina G intravenosa.

Está demostrado que el tratamiento óptimo para la sífilis es la penicilina, es efectiva para tratar la sífilis en la madre y prevenir la sífilis congénita. Cuando la paciente es alérgica a la penicilina se debe realizar desensibilización por vía oral o por vía intravenosa y aplicar el esquema adecuado según su estadio.

Además, como parte de la atención de un caso de sífilis en una mujer gestante se debe garantizar el tratamiento de todos sus contactos sexuales con el fin de evitar la reinfección de la gestante.

Todas las mujeres gestantes que han sido diagnosticadas con sífilis deben recibir un tratamiento integral y ser evaluadas para otras enfermedades de transmisión sexual incluyendo una prueba de tamizaje para VIH (Samalvides-Cuba & Banda-Flores, 2010).

### ***Tratamiento de la sífilis congénita***

Sífilis congénita temprana: En casos confirmados o extremadamente probables, las pautas de los Centers for Disease Control and Prevention recomiendan penicilina G cristalina acuosa 50.000 unidades/kg IV cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y cada 8 horas de ahí en adelante, durante un total de 10 días, o penicilina G procaína 50.000 unidades/kg IM 1 vez al día, durante 10 días.

Los lactantes con posible sífilis cuyas madres fueron adecuadamente tratadas y presentan un estado clínico es bueno, pueden recibir una dosis única de penicilina benzatínica de 50.000 unidades/kg IM, algunos médicos posponen el tratamiento con penicilina y realizan pruebas serológicas no treponémicas mensuales durante 3 meses y, después, a los 6 meses; se administran antibióticos si los títulos aumentan o son positivos a los 6 meses.

Sífilis congénita tardía: Debe examinarse el líquido céfalo raquídeo antes de iniciar el tratamiento. El Centro Para el Control de Enfermedades recomienda tratar a cualquier niño con sífilis congénita tardía con penicilina G cristalina acuosa 50.000 unidades/kg IV cada 4-6 horas durante 10 días. Una sola dosis de penicilina G benzatínica 50.000 unidades/kg IM también se puede dar en la finalización de la terapia intravenosa.

Alternativamente, si el niño está asintomático, se puede usar penicilina G benzatínica 50.000 unidades/kg IM una vez a la semana durante 3 dosis. Muchos pacientes no se vuelven seronegativos, pero sí muestran un descenso de 4 veces del título de reaginas (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2010). Los pacientes deben ser reevaluados periódicamente para garantizar que ha ocurrido la respuesta serológica adecuada a la terapia y que no hay indicios de recaída.

## **Control y seguimiento**

### ***Mujeres gestantes***

A todas las gestantes que recibieron tratamiento para sífilis se les debe realizar un seguimiento con pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas (RPR o VDRL) a los tres y seis meses, sin embargo toda materna con serología reactiva durante la gestación, sin importar los títulos, debe tener control serológico mensual en el control prenatal para detectar una reinfección o una reactivación de la enfermedad que se evidencian por aumento de los títulos en cuatro veces del título basal o que la prueba se torne no reactiva, o el título de esta disminuya por lo menos en dos diluciones (cuatro veces) a los tres meses, y que sea menor de 1:8 a los seis meses.

### ***Recién nacidos de madres con sífilis***

Todo recién nacido que cumpla los criterios de caso de sífilis congénita se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (prueba no treponémica VDRL, RPR) cada 3 meses hasta el año de edad, para verificar el descenso de los títulos en dos diluciones, hasta la negativización, o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL, RPR).

Si no existe infección, los títulos de anticuerpos que adquiere el recién nacido en forma pasiva a través de la placenta deben haber disminuido a los tres meses de edad y desaparecido a los seis meses sin tratamiento.

Si el recién nacido tuvo compromiso de sistema nervioso central, a los seis meses se le deberá hacer punción lumbar para verificar la normalidad de los parámetros en el líquido céfalo raquídeo de acuerdo con la edad. Si persiste algún parámetro alterado deberá recibir el tratamiento nuevamente ajustando por el peso actual. La permanencia de anticuerpos treponémicos positivos después de un año en el seguimiento de un niño con

sospecha de sífilis congénita confirma, en forma retrospectiva, el diagnóstico de sífilis congénita



## **PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de mujeres con sífilis durante el embarazo y el manejo de las mismas en la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario, Santa Fe, en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la prevalencia de mujeres con sífilis gestacional y el manejo de las mismas en la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario, Santa Fe, en el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2017.

### **Objetivo Específicos**

- Determinar la prevalencia de casos de embarazadas con sífilis materna.
- Identificar la edad más frecuente al momento del diagnóstico en la población en estudio.
- Conocer incidencia de afectación fetal (de existir).
- Analizar los abordajes en cuanto al tamizaje, diagnóstico y tratamiento.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo. Se relevaron los datos de las Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de sífilis que asistieron a los servicios de Obstetricia de la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario, Santa Fe, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017.

Se trabajó con una población objetivo, que quedó conformada por la totalidad de los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio y que asistieran a la consulta en el rango del periodo a estudiar.

Se obtuvo autorización del Director de la Maternidad para revisar las historias clínicas. El total de la información obtenida fue analizada en forma dissociada de cualquier dato que permitiera la identificación de los individuos incluidos por parte del investigador, conforme a lo contemplado en la Leyes de Protección de Datos Personales (Ley 25326) y de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado (N° 26.529) inciso D.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Mujeres en edad gestacional (12 – 47 años).
- Pacientes con diagnóstico de embarazo confirmado por E.C.O
- Diagnóstico de Sífilis gestacional confirmado por laboratorio (+) en cualquiera de sus estadios.
- Pacientes que concurren al nosocomio establecido y cuyos embarazos hayan finalizado en el periodo de tiempo dado.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Mujeres por fuera del margen etario de inclusión.
- Pacientes que no concurren a las instituciones establecidas.
- Pacientes cuyos embarazos hayan finalizado por fuera de los tiempos establecidos para dicho trabajo.

- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

## **VARIABLES DE ESTUDIO**

- Edad de la paciente (Expresada en años).
- Resultados de pruebas no treponémicas (Positivo – Negativo)
- Resultado de pruebas treponémicas (Positivo - Negativo)
- Semana de gestación al diagnóstico (Antes de las 20 semanas – después de las 20 semanas)
- Tratamiento con Penicilina Benzatínica (Sí – No)
- Afectación fetal ya sea clínica o serológica (Sí – No)
- Método elegido para finalización del embarazo (Parto Natural – Cesárea)

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

La totalidad de los datos evaluados fueron recolectados de las historias clínicas de las pacientes involucradas bajo la supervisión de los Dres. Javier Salvador Cámpora y German R. Laurito. Dichos datos fueron transcritos en una ficha de Microsoft Excel, en el cual cada paciente se representó por un número, de modo que se respetara el derecho a la confidencialidad de los datos de los pacientes, de acuerdo con lo dispuesto en la ley N° 26.529 inciso D.

La información recolectada se ingresó en una base de datos en la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office 2010. Se utilizaron técnicas de estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencia, porcentajes). El análisis se realizó en el paquete estadístico SPSS 24.0.

## RESULTADOS

### Descripción de la población en estudio

La población en estudio está compuesta por mujeres de entre 13 y 47 años de edad, con diagnóstico de embarazo confirmado por ECOGRAFIA, atendidas en el servicio de Obstetricia de la Maternidad Martin de Rosario, Santa Fe, en el año 2017.

En dicho periodo se atendieron 4040 mujeres y nacieron 4084 bebés.

De las madres, 802 eran menores de 20 años, mientras que en el rango de 20 a 34 años hubo 2858, 301 mujeres estaban entre 35 y 39 años de edad y las mujeres de 40 años o más años fueron 79 en total. (Tabla N°1)

Tabla N°1: Edad de pacientes atendidas en la Maternidad Martin en el año 2017.

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Menores de 15</b>	28	0,69%
<b>15 – 19</b>	774	19,16%
<b>20 – 34</b>	2858	70,74%
<b>35 – 39</b>	301	7,45%
<b>Mayores de 39</b>	79	1,96%
<b>Total</b>	<b>4040</b>	<b>100%</b>

En relación al método elegido para llevar a cabo la finalización del embarazo, se puede decir que el 72,5% fue por parto natural, mientras que en el 27,5% se realizó una cesárea. (Tabla N°2)

Tabla N°2: Porcentaje y frecuencia de mujeres embarazadas según la manera en la que se finalizó el embarazo.

	Porcentaje	FRECUENCIA
Parto Natural	72,5 %	2.929
Cesárea	27,5 %	1.111
Total	<b>100 %</b>	<b>4.040</b>

### **Objetivo 1**

Se busca determinar la prevalencia de las embarazadas atendidas en la maternidad que fueron diagnosticadas con sífilis durante el presente embarazo.

Haciendo un análisis descriptivo de las variables se puede observar que la prevalencia total de sífilis materna, diagnosticada tanto por pruebas no treponémicas (VDRL) como por pruebas treponémicas (FTA-abs) es igual a 5,7; es decir que hay 5,7 mujeres con sífilis materna por cada 1000 mujeres.

A su vez se puede observar que la prevalencia antes de las 20 semanas de gestación es de 3,5 por cada 1000 mujeres. Mientras que en el caso de las mujeres en las cuales la sífilis fue detectada luego de las primeras 20 semanas de gestación, la misma es igual a 2,2 mujeres con sífilis gestacional por cada 1000 mujeres embarazadas.

### **Objetivo 2**

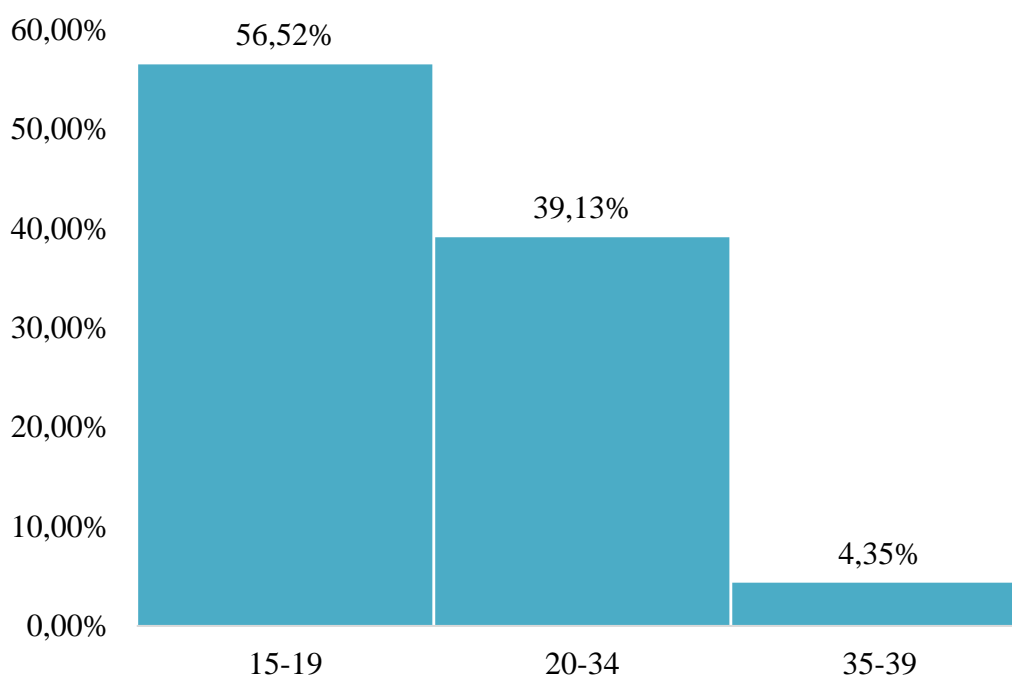
Se desea conocer cuál es la edad más frecuente al momento del diagnóstico por FTA-ABS, en la población en estudio durante el 2017.

Haciendo un análisis descriptivo de la variable edad se puede obtener que de las pacientes que dieron un diagnóstico positivo de la enfermedad (n = 23) el 56,52% (13) tenían entre 15 y 19 años, un 39.13% (9) entre 20 y 34 y el 4.35% (1) entre los 35 y 39 años. (Tabla N° 3 y Gráfico N° 1).

Tabla N°3: Edad de las pacientes atendidas en la Maternidad Martin con diagnostico positivo de sífilis.

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Menores de 15</b>	0	0,00%
<b>15-19</b>	13	56,52%
<b>20-34</b>	9	39,13%
<b>35-39</b>	1	4,35%
<b>Mayores de 39</b>	0	0,00%
<b>Total</b>	23	100,00%

Gráfico N°1: Porcentaje de edad de las pacientes atendidas en la Maternidad Martin según diagnóstico positivo de la enfermedad.



### Objetivo 3

Se desea conocer la incidencia de afectación fetal por lo que se realiza la tabla N° 4; en la cual se registró que, en 37 de los 4084 bebés nacidos en la maternidad hubo afección, mientras que en los 4047 restantes no lo hubo.

Tabla N° 4: Frecuencia de afectación fetal en los nacidos en la Maternidad Martin durante el año 2017.

	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sí</b>	37	0,9%
<b>No</b>	4047	99,1%
<b>Total</b>	4084	100%

La incidencia total de afectación fetal, es igual, a 9 por cada 1000 neonatos, en la institución.

Cuando se analizaron los 37 casos de sífilis gestacional, se pudo observar que en 3 (8.1%) de ellos no hay registro de PNT realizadas en las madres antes de las primeras 20 semanas de gestación y en 2 de esas 3 se diagnosticó mediante el binario VDRL/FTA-ABS en la segunda mitad de embarazo mientras que en la restante la VDRL fue negativa. Y en 10 (27%) de esos niños en las madres se detectó VDRL negativa antes de las 20 semanas de gestación, pero no hay registros de haberse repetido la prueba antes de finalización de la misma.

### Objetivo 4

Por otro lado, se busca analizar los abordajes de la Maternidad Martin en cuanto a la detección, diagnóstico y tratamiento.



Respondiendo a este objetivo, como primera instancia podemos decir que el screening con pruebas no treponémicas en las primeras 20 semanas de gestación se realizó en un 96.2% mientras que los realizados en las siguientes 20 semanas fueron del 96.7%. (Gráficos N°2 y N°3)

Gráfico N°2: Porcentaje de pacientes a las que se le realizó pruebas no treponémicas antes de las primeras 20 semanas de gestación.

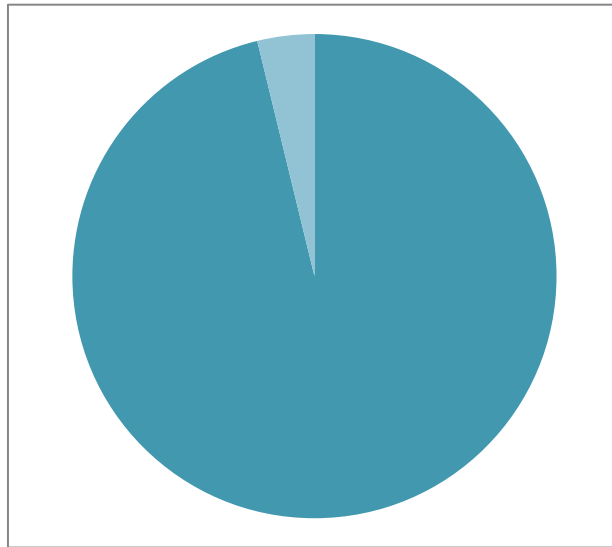
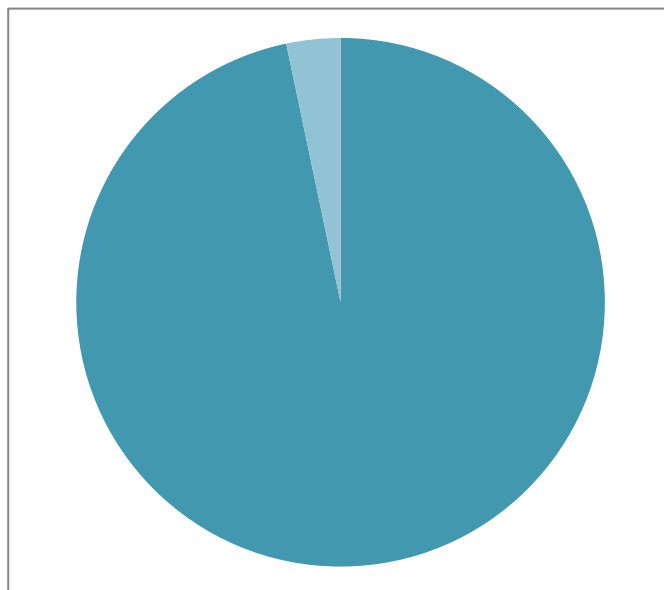


Gráfico N°3: Porcentaje de pacientes a las que se le realizó pruebas no treponémicas luego de las primeras 20 semanas de gestación.



Se realiza la Tabla N°5, en la cual se observa el porcentaje de mujeres en ambas situaciones según la realización o no de los exámenes y los resultados obtenidos. Se encontró que un 3,8% de las madres no presentaba registro con respecto del primer testeo, mientras que un 3,3% diferente no aporta registro del segundo.

En las pruebas de tamizaje realizadas en la primera mitad del embarazo, el 0,6% (24) arrojó resultados positivos, mientras que el mayor porcentaje (95,6%) pertenece a los resultados negativos. Para la segunda mitad de gestación, se obtuvieron 0,5% (20) resultados positivos y un 96,2% de resultados negativos.

Tabla N°5: Pacientes atendidas en la Maternidad Martín a las que se le hizo tamizaje estando antes o después de las 20 semanas de gestación.

	<b>Frecuencia</b>		<b>Frecuencia</b>	
	<b>Antes 20 semanas</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>después 20 semanas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Positivo</b>	24	0,6	20	0,5
<b>Negativo</b>	3861	95,6	3886	96,2
<b>Se desconoce</b>	155	3,8	134	3,3
<b>Total</b>	<b>4040</b>	<b>100</b>	<b>4040</b>	<b>100</b>

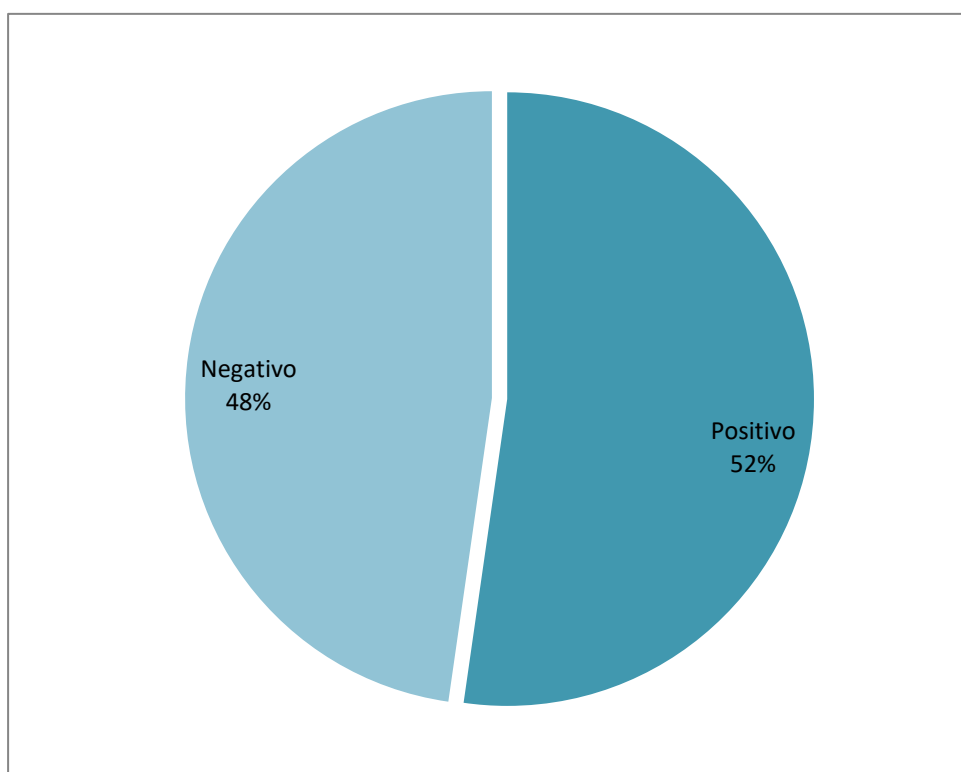
Es importante aclarar que en el 100% de los casos, se realizó al menos un estudio de screening.

En segunda instancia, del total de las 44 pruebas positivas por VDRL, el 52.3% también dio positiva cuando se realizó la prueba treponémica (FTABS), mientras el 47.7% restaron negativos. Estos últimos corresponderían a falsos positivos de la PNT. (Tablas N°6 y N°7)

Tabla N°6: Resultados de la FTA-abs en pacientes con VDRL positiva.

PT		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Positivo</b>	23	52.27%
<b>Negativo</b>	21	47.73%
<b>Total</b>	44	100%

Grafica 4: Resultado de pruebas treponémicas realizadas sobre las pacientes con VDRL positiva.



De los 23 de casos confirmados por el binomio VDRL/FTA-ABS, hubieron 14 casos diagnosticados en la primera mitad del embarazo y los 9 restantes estaban cursando una gestación más avanzada. (Tabla N°8)

Tabla N°8: Frecuencia de embarazadas atendidas en la Maternidad Martin diagnosticadas con sífilis.

<b>PT</b>	<b>Frecuencia antes</b>	<b>Frecuencia después</b>
<b>Positivo</b>	14	9
<b>Negativo</b>	10	11
<b>No corresponde</b>	4016	4020
<b>Total</b>	<b>4040</b>	<b>4040</b>

Cuando se siguió analizando esta variable se pudo comprobar que de las 9 mujeres que obtuvieron el diagnóstico en la segunda mitad del embarazo, 5 no tenían registro de haberse realizado el testeo al inicio del embarazo.

De las 23 pacientes embarazadas con diagnóstico positivo para sífilis gestacional, se realizó el tratamiento con penicilina benzatínica en el 100% de los casos.

A pesar de esto, de las 23 mujeres diagnosticadas y tratadas pudimos encontrar que en 6 (26%) hubo afección fetal ya sea por serología positiva o manifestaciones clínicas. (Tabla N°9)

Tabla N°9: Frecuencia de afectación fetal en madres que realizaron el tratamiento con penicilina benzatínica.

<b>Tratamiento</b>	<b>Afección fetal</b>		<b>Total</b>
	Sí	No	
<b>Tratamiento</b>	6	17	23
<b>No corresponde</b>	31	3986	4017
<b>Total</b>	37	4003	4040

No hubo ninguna defunción registrada entre los neonatos.

## DISCUSIÓN

En el presente trabajo se analizaron 4040 historias clínicas de pacientes atendidas por el servicio de obstetricia de la Maternidad Martín durante el año 2017.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue considerando la sífilis congénita (SC) como un problema de salud pública. En 2005, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propusieron como meta una incidencia de SC en América de 0.5 casos/1000 nacidos vivos. Argentina adhirió a ésta última iniciativa y, por ello, ha desarrollado programas de alcance nacional para controlar la transmisión vertical de sífilis y VIH. (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Un análisis realizado en 2015 por la OMS/OPS y UNICEF (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección Provincial de Programas Sanitarios, Dirección VIH-sida/ITS, 2017) evidenció que en el año 2014 Argentina tenía una tasa de SC de 1,32 casos cada 1000 nacidos vivos. Y analizando la base de datos de la provincia de Buenos Aires, se mostró que en esa provincia la prevalencia fue de 2,2%.

En un estudio realizado posteriormente en el Hospital Materno Infantil “M. Eva Duarte de Perón” de Islas Malvinas (Silva, Bois, & Duro, 2016) la incidencia de sífilis congénita fue de 15 casos por cada 1000 nacidos vivos durante el año 2015. Durante ese mismo año en un estudio realizado en La Plata (Bolomo et al., 2016) mostró una incidencia de 1.74%. En nuestro trabajo nos encontramos con unos números menores, ya que la tasa es de 9 casos por cada 1000 nacidos vivos. Por último, otro trabajo realizado en Perú (Berrocal, Benito, & Barrios Cárdenas, 2017) simultáneamente al nuestro, arrojó una incidencia del 5.2%.

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación (2016) a través del SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD la tendencia de la notificación ha sido ascendente desde el comienzo de la implementación en 2007. La proporción de embarazadas con sífilis confirmada en Argentina pasó del 1% en 2011 a rondar el 1,5% en 2014 y 2015 marcando una tendencia ascendente de Sífilis en Embarazadas.

Los resultados de este trabajo mostraron que la tasa de prevalencia de sífilis gestacional (SG) fue de 5.7 casos por cada 1000 embarazadas. Mientras que un estudio

realizado en Córdoba, Colombia (Hanna, Amador, & Villadiego, 2017) mostró una prevalencia de 0.87 casos por cada 1000 en el 2015.

Con respecto a la variable de la edad materna, un trabajo brasileño (TEIXEIRA ALCÂNTARA & VIANA GUERREIRO, 2017) indicó que el 61% de las gestantes se encontraba entre los 20 y 34 años. Mientras que en el trabajo realizado en el Hospital materno-infantil de Islas Malvinas (Silva, et al., 2016) se estableció que la edad materna donde se hallaron más embarazadas infectada fue a los 22 años. Estas edades son levemente mayores a los resultados obtenidos en este trabajo donde el grupo etario comprendido entre los 15 y 19 años fue el que más pruebas positivas obtuvo.

Por lo anterior, parece pertinente focalizar de forma estratégica las campañas de educación sobre autocuidado a mujeres preadolescentes, adolescentes y adultos jóvenes proporcionándole información de utilidad para evitar y ejercer un mayor control sobre infecciones de transmisión sexual, disminuyendo los factores de riesgo de contagio en el periodo pre gestacional.

El tamizaje de SG oportuno provoca una reducción significativa de la infección vertical. Según nuestro trabajo la totalidad de las gestantes tuvo al menos una prueba de tamizaje, pero cuando analizamos cuantas de ellas realizaron las dos recomendadas el porcentaje se redujo al 96%.

Del total de las 44 pruebas positivas por VDRL, el 52.3% también dio positiva cuando se realizó la prueba treponémica (FTA-abs). Un porcentaje mayor que el obtenido en el Hospital Raúl Maldonado Mejía, de Ecuador (Maldonado Quinatoa, 2017), donde solo el 30,3% de las pruebas de VDRL positivas pudieron confirmarse por la FTA-abs.

En ese mismo estudio se estableció que el 90% de los diagnósticos se hicieron antes de las 21 semanas de gestación mientras que en este solo el 60.9% logró hacerlo en esa instancia. Aunque resulta relevante indicar también que del 39,1%, restante, en más de la mitad (55.5%) de los diagnósticos realizados en la segunda mitad del embarazo, no se encontraron registros de que el estudio se les haya realizado con anterioridad.

A partir de los hallazgos encontrados en nuestro trabajo se pudo demostrar que la totalidad de las gestantes diagnosticadas iniciaron el tratamiento con penicilina benzatínica, pero en un cuarto de los casos, el mismo fue insatisfactorio generando afección fetal. Esta falla en el tratamiento fue levemente menor que al arrojado el Hospital

de Islas Malvinas (Silva, et al., 2016) donde el porcentaje de tratamiento inadecuado llego al 37,7% de los casos estudiados.

Si volvemos a los datos obtenidos en este trabajo sobre la prevalencia de sífilis gestacional (5,7/1000) y sífilis congénita (9/1000) los resultados parecen incongruentes. La discordancia se puede deber a diferentes factores: como primera medida al tiempo en que se realizaron los testeos, las madres pudieron encontrarse dentro del periodo de ventana al momento de realizarse el último análisis, también se puede haber producido el contagiado luego de la realización de dicho el análisis y además se plantea la posibilidad de que la falla en el diagnostico se produzca por el método elegido para el tamizaje. Como la VDRL requiere de la presencia de anticuerpos detectables para su positivización, el resultado negativo puede significar ausencia de infección o realización de la prueba antes de la respuesta inmunológica (los anticuerpos aparecen entre las 2 y 6 semanas después de la inoculación, y en la etapa primaria se calcula q solo el 90% de los casos serán positivos). Además, la sensibilidad de la VDRL se ve disminuida por el fenómeno de prozona que interfiere con el resultado de la prueba pudiendo ser responsable de los falsos negativos.

Todos estos factores pueden llevarnos a una detección tardía de la infección y por ende a que se produzca la afectación fetal aun cuando las madres se realizaron algún testeo. Esto también se vio reflejado en el estudio de Silva (2016) ya que ellos encontraron que el 33% de las puérperas infectadas habían tenido resultados negativos durante sus controles prenatales. Lo destaca la importancia de realizar un screening en el recién nacido aún en aquellos en que la madre haya sido negativa en los análisis, así como también a las madres en la etapa puerperal.

Dentro de las falencias encontradas aparece la dificultad de encontrar registros sobre las parejas sexuales, la realización de testeo con el fin de poder brindar diagnóstico y tratamiento en instancias iniciales del embarazo pudiendo evitar la infección o en algunos casos la reinfección en la mujer. Así como también la falta de información sobre los niños que nos permita tener un mayor grado de conocimiento sobre el tipo de afección fetal sufrida. Esto puede deberse a que estas madres en su mayoría vuelven a atenderse a los centros de salud imposibilitando el seguimiento desde la Maternidad.



## CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio evidencian que aún estamos lejos de alcanzar el objetivo que planteó la OMS para nuestra región.

El dato más preocupante se encuentra en la edad de las gestantes infectadas ya que las adolescentes (menores de 20 años) corresponden a más de la mitad de los casos con diagnóstico de sífilis. Debido a esto, sería de suma importancia enfocar campañas y talleres de promoción de la salud sobre este grupo etario con el fin de mejorar la educación sexual y la información brindada sobre los jóvenes; esto podría ser la clave para mejorar los resultados.

La discrepancia ente los casos de sífilis gestacional y sífilis congénita lleva a pensar en que se deben aumentar los cuidados durante el periodo gestacional. Para esto es imprescindible el trabajo conjunto entre el equipo de salud y los progenitores, de manera que ellos comprendan la importancia, no solo de la realización de los estudios correspondientes, sino también de disminuir los riesgos de contagio. Una medida muy útil para este último punto podría ser la realización de las pruebas de tamizaje no solo en las gestantes sino también en sus parejas sexuales.

Otra medida efectiva que no reduciría el número de sífilis gestacional pero sí podría evitar consecuencias mayores en los neonatos ya infectados, sería realizar pruebas de screening en todos los recién nacidos, aun con madres con serología negativa durante todo el embarazo.

## Bibliografía

- Berrocal , A., Benito, H., & Barrios Cárdenas, Y. (2017). *Casos de sífilis congénita en muestras recepcionadas en el instituto nacional de salud-Perú, 2017*. Obtenido de <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/viewFile/3494/2934>
- Bolomi G, Campoy M, Garritano, M, Miraglia E, Gómez Sierra M, Ibañez M, Alves E, Chiavassa A. (2016) Sífilis adquirida y congénita: nuestra experiencia en el Consultorio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del HIGA, San Martín de La Plata (2011-2015). *Med Cutan Iber Lat Am* 2016; 44 (3): 198-205 Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163g.pdf>
- Caserta, M. T. (2016). *Sífilis congénita. MANUAL MSD*. Recuperado el 16 de Octubre de 2017, de <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADfilis-cong%C3%A9nita>
- Colina Morales, R. (Mayo de 2014). *Diagnóstico serológico de Sífilis. Técnica no treponémica*. Recuperado el 19 de Octubre de 2017 <http://www.ispch.cl/sites/default/files/Sifilis%20Tecnicas%20No%20Treponemicas.pdf>
- Farreras, P., & Rozman, C. (2012). *Medicina Interna*. En P. Farreras, & C. Rozman. Barcelona, España: Elsevier, 2088-2091.
- García P, Grassi B, Fich F, Salvo A, Araya L, Abarzúa F, Soto J, Poggi H, Lagos M, Vásues P, León EP, Pérez C, Wozniak A. (2011) *Laboratory diagnosis of Treponema pallidum infection in patients with early syphilis and neurosyphilis through a PCR-based test*. *Aug;28(4):310-5* DOI: /S0716-10182011000500002
- Forero-Laguado, N., & Peña García, M. J. (2011). *Enfoque global de la Sífilis congénita*. Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander. Recuperado el 16 de Septiembre de 2017, de [https://www.medicasuis.org/antiores/volumen24.2-2/Sífilis congénita.pdf](https://www.medicasuis.org/antiores/volumen24.2-2/Sífilis%20cong%C3%A9nita.pdf)
- Gallego Vélez, L. I., & Vallejo López, W. E. (2010). *Diagnóstico y manejo de la Sífilis gestacional y congénita*. Recuperado el 21 de Octubre de 2017, de

<http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/572df1ef-4ca2-4b20-b062-b0a948a935f2/multiguia02.pdf?MOD=AJPERES>

Gomez, G. B., Kamb, M. L., Newman, L. M., Mark, j., Broutet, N., & Hawkes, S. J. (Marzo de 2013). *Organizacion Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-107623-ab/es/>

Hanna, M., Amador , C., & Villadiego, M. (s.f.). *Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba-Colombia, 2015*. Obtenido de Revista Cuidarte: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.350>

Holm. (2012). *Analisis VDRL*. Recuperado el 20 de Octubre de 2017, de <http://es.healthline.com/health/analisis-vdr#Overview1>

Kivi. (2012). *Sífilis secundaria*. Recuperado el 16 de septiembre de 2017, de <http://es.healthline.com/health/sifilis-secundaria#Overview1>

Maldonado Quinatoa , E. (Noviembre de 2017). *Incidencia de sífilis confirmada con la prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS) en mujeres embarazadas de 15 a 40 años que acudieron al Hospital Raúl Maldonado Mejía periodo junio-diciembre 2016*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13569/1/T-UCE-0006-026-2017.pdf>

Ministerio de Salud . (2013). *Prevención de la transmisión vertical de: Sífilis, Hepatitis B y HIV*. Obtenido de [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000113cnt-2013-05\\_guia-prevencion-transmision-vertical-2013.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000113cnt-2013-05_guia-prevencion-transmision-vertical-2013.pdf):

Ministerio de Salud de la Nación . (2014). *Hacia la meta de la eliminación de la transmisión vertical de HIV y Sífilis congénita y diagnostico oportuno de Chagas congénito en Argentina*. Obtenido de [http://www.msal.gob.ar/sida/images/stories/4-publicaciones/pdf/2014-05\\_meta-transmision-vertical.pdf](http://www.msal.gob.ar/sida/images/stories/4-publicaciones/pdf/2014-05_meta-transmision-vertical.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE SÍFILIS*. Obtenido de <http://www.pediatrariosario.org.ar/wp->

content/uploads/2016/12/vigilancia-de-s%C3%ADflis-congenita-para-videoconferencia-AVS.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección Provincial de Programas Sanitarios, Dirección VIH-sida/ITS. (5 de Mayo de 2017). *Utilización de penicilina benzatínica como tratamiento para la prevención de sífilis congénita en el primer nivel de atención de la salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/arg/images/gallery/PenicilinaFinal.pdf?ua=1>

Moraes, M., & Estevan, M. (Marzo de 2012). *Actualización en Sífilis congénita temprana*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2017 de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492012000100008](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492012000100008)

Moya, N. (10 de Junio de 2016). *Sífilis latente y terciaria*. Recuperado el 5 de Noviembre de 2017, de <https://prezi.com/51czkmt2ph1r/sifilis-latente-y-terciaria/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004). *Unidad de VIH/sida. Eliminación de Sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación*. Washington D.C. Recuperado el 21 de Octubre de 2017, de [www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSífilisLAC.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSífilisLAC.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). *Diagnóstico situacional*. Recuperado el 21 de Octubre de 2017, de [http://www.paho.org/els/index.php?opti3n=com\\_docman&view=download&alias=885-diagnostico-sifilis&category\\_slug=documentacion-tecnica1&Itemid=364](http://www.paho.org/els/index.php?opti3n=com_docman&view=download&alias=885-diagnostico-sifilis&category_slug=documentacion-tecnica1&Itemid=364)

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2015). *WHO Validates Elimination of Mother-To-Child Transmission of HIV and Syphilis in Cuba*. Obtenido el 17 de junio de 2018 de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/en/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). *Eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y la Sífilis en las Américas. Actualización 2016*. Recuperado el 20 de Octubre de 2017, de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34074/9789275319550-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

- Peyman-Fard, N., & Sánchez Palacín, A. (2012). *Síntomas de la Sífilis: Sífilis latente, terciaria y congénita*. Recuperado el 16 de Octubre de 2017, de <http://etsonline.info/sintomas-de-la-sifilis-2-sifilis-latente-congenita-y-terciaria/>
- Rodríguez-Cerdeira, & Silami-Lopes VG. (28 de Febrero de 2012). *ACTAS Dermo-Sifilográficas*. Recuperado el 19 de Septiembre de 2017, de <http://www.actasdermo.org/es/sifilis-congénita-el-sigloxxi/articulo/S0001731011005278/#bib0165>
- Samalvides-Cuba, F., & Banda-Flores, C. L. (2010). *Sífilis en la gestación*. Recuperado el 21 de Junio de 2017, de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n3/pdf/a06v56n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n3/pdf/a06v56n3.pdf)
- Silva, A. M., Bois, F., & Duro, E. (2016). *Sífilis congénita: Seguimiento de casos. Diagnóstico de Situación en un hospital de la provincia de Buenos Aires*. Obtenido de <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2016/09/262-Articulo-Si%CC%81filis-conge%CC%81nita..pdf>
- TEIXEIRA ALCÂNTARA, T., & VIANA GUERREIRO, J. (2017). *PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DA PARAÍBA, 2007 a 2016*. Obtenido de <http://www.ccm.ufpb.br/ccm/contents/documentos/biblioteca-1/tccs/tccs-2016/tcc-thais-teixeira-alcantara.pdf>

## ANEXOS

Anexo I: Tabla de recolección de datos.

N° DE PACIENTE	EDAD	PNT ANTES DE LAS 20 SEM.	PNT DESP. DE LAS 20 SEM.	PT ANTES DE LAS 20 SEM	PT DESP. DE LAS 20 SEM	TTO SI/NO FARMACO	METODO FINALIZACION	AFECTACION FETAL. SI/NO

## Anexo II: Carta del tutor.

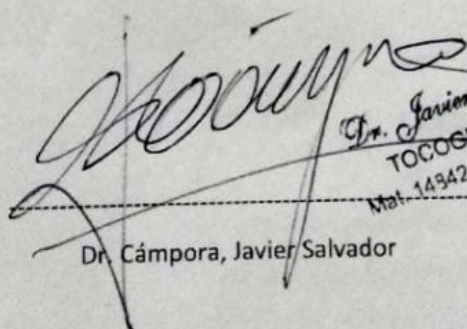
Rosario, 22 de octubre de 2018

Dr. Guillermo Wuisburd  
Director de la carrera de medicina  
Facultad de Medicina y Ciencias de las Salud  
Universidad Abierta Interamericana

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, Dr. Javier Salvador Cámpora, expreso por medio de la presente que siendo tutor del trabajo final de carrera titulado "CASOS DE SIFILIS EN EMBARAZADAS Y ABORDAJE DE LOS MISMOS EN UNA INSTITUCION DE SALUD PUBLICA DE LA CIUDAD DE ROSARIO DURANTE EL AÑO 2017", cuya autora es María Luz Spagnuolo, alumna de la carrera de medicina de la UAI. Autorizo su presentación para la evaluación correspondiente y me comprometo a acompañarla en el acto de defensa del mismo ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la facultad.

Sin otro particular, saluda atentamente.

  
Dr. Javier S. Cámpora  
TOCOCINECÓLOGO  
Mat. 14942 - Reg. Esp. 50/206

Dr. Cámpora, Javier Salvador

### Anexo III: Carta del co-tutor.

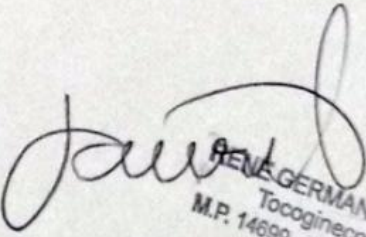
Rosario, 22 de octubre de 2018

Dr. Guillermo Wuisburd  
Director de la carrera de medicina  
Facultad de Medicina y Ciencias de las Salud  
Universidad Abierta Interamericana

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, Dr. German R. Laurito, expreso por medio de la presente que siendo co-tutor del trabajo final de carrera titulado "CASOS DE SIFILIS EN EMBARAZADAS Y ABORDAJE DE LOS MISMOS EN UNA INSTITUCION DE SALUD PUBLICA DE LA CIUDAD DE ROSARIO DURANTE EL AÑO 2017", cuya autora es María Luz Spagnuolo, alumna de la carrera de medicina de la UAI. Autorizo su presentación para la evaluación correspondiente y me comprometo a acompañarla en el acto de defensa del mismo ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la facultad.

Sin otro particular, saluda atentamente.

  
DR. GERMAN LAURITO  
Tocoginecólogo  
M.P. 14699 - Reg. Esp. 50/230

Dr. Laurito, German R.



## Anexo IV: Carta de autorización de la institución para la recolección de datos.

Rosario, noviembre 2017

Maternidad Martin

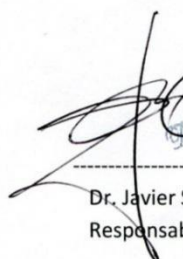
Sr. Director

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente, me dirijo a Ud. a fin de solicitar su autorización para recabar datos contenidos en las historias clínicas de pacientes asistidos por el servicio de obstetricia de la institución que Ud. dirige, a fin de poder realizar mi trabajo final de investigación para obtener el título de Médico.


Dicho trabajo tendrá como objetivo estudiar los casos de sífilis gestacional en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017 y el abordaje de dichos casos. La obtención de datos estará supervisada por el Dr. Javier S. Campora que está a cargo de la Tutoría. El mismo es requisito de la Universidad Abierta Interamericana para culminar mis estudios.

En espera de una respuesta favorable a mi pedido aprovecho la oportunidad para saludarlo con mi consideración más distinguida.

  
Dr. Javier S. Campora  
Responsable docente

*Dr. Javier S. Campora*  
TOCOGINECÓLOGO  
Mat. 14842 - Reg. Esp. 50/206

  
María Luz Spagnuolo

  
Dr. LEONARDO ALBERTO AUGUSTO  
SUBDIRECTOR  
MATERNIDAD MARTIN