



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Tratamiento de la sífilis gestacional en el Centro de Salud Tipo
C Martha Roldós desde enero del 2024 hasta diciembre del 2024**

AUTORAS:

Álvarez Paredes, Dayana Pamela

Martínez Romero, Carla Estefany

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
MÉDICO.**

TUTOR:

Dr. Ayón Genkuong, Andrés Mauricio

Guayaquil, Ecuador

11 de septiembre del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por
ALVAREZ PAREDES DAYANA PAMELA y MARTÍNEZ ROMERO CARLA ESTEFANY, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)



Andres Mauricio
Ayon Genkuong



f. _____

Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, MSC.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2025.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LS SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **ALVAREZ PAREDES, DAYANA PAMELA**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Tratamiento de la sífilis gestacional en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós desde enero del 2024 hasta diciembre del 2024**, previo a la obtención del título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2025.

LA AUTORA:



Firmado electrónicamente por:
DAYANA PAMELA
ALVAREZ PAREDES

Validar Únicamente con FirmaEC

f. _____

Alvarez Paredes Dayana Pamela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **MARTÍNEZ ROMERO CARLA ESTEFANY**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Tratamiento de la sífilis gestacional en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós desde enero del 2024 hasta diciembre del 2024**, previo a la obtención del título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2025.

LA AUTORA:



Carla Estefany
Martinez Romero



f. _____

Martínez Romero Carla Estefany



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **ALVAREZ PAREDES, DAYANA PAMELA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Tratamiento de la sífilis gestacional en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós desde enero del 2024 hasta diciembre del 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2025.

LA AUTORA:



f. _____

Alvarez Paredes Dayana Pamela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **MARTÍNEZ ROMERO CARLA ESTEFANY**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Tratamiento de la sífilis gestacional en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós desde enero del 2024 hasta diciembre del 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2025.

LA AUTORA:



Carla Estefany
Martinez Romero



f. _____

Martínez Romero Carla Estefany



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
REPORTE DE COMPILATIO

**INFORME DE ANÁLISIS**
magister

Tratamiento de la sífilis gestacional en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós desde enero del 2024 hasta diciembre del 2024

trabajo de titulación

2% Textos sospechosos

< 1% Similitudes

- 0% similitudes entre comillas
- 0% entre las fuentes mencionadas
- 1%** Idiomas no reconocidos
- < 1%** Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: Tesis Álvarez Martínez, f.pdf
ID del documento: c0699830d8d03890380cf4a810ddfe9b1d0060d1
Tamaño del documento original: 237,61 kB
Autor: tesis ALVAREZ-MARTINEZ correccion

Depositante: tesis ALVAREZ-MARTINEZ correccion
Fecha de depósito: 12/9/2025
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 12/9/2025

Número de palabras: 9911
Número de caracteres: 66.082

Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuentes de similitudes

Fuente principal detectada

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 doi.org The role of telehealth in the fight against COVID-19 and the evolution of ...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (27 palabras)

Fuente con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 TESIS GONZALEZ - VELIZ.docx Estado nutricional materno y su repercusi... Viene de de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)

TUTOR (A)



Andres Mauricio Ayon
Genkuong



f.-

AGRADECIMIENTO

Agradecida totalmente con Dios por su fidelidad en mi vida en todo momento. Definitivamente, su amor y su gracia me han acompañado en este hermoso camino.

A mi mamá, Mariana de Jesús Paredes Lozano, gracias por mostrarme lo fuerte que soy y lo capaz que puedo llegar a ser, aun en aquellos momentos en los que las adversidades parecen más grandes que uno mismo. Gracias por guiar mi vida y recordarme siempre que los valores son lo más valioso que podemos tener y cuidar.

A mi hermana, Andrea Estefany Solis Paredes, por apoyarme siempre y motivarme a dar lo mejor de mí en todo momento, sin duda eres mi ejemplo a seguir: una mujer esforzada y valiente.

A mi Abuelita querida, Gladys Lozano Florencio, gracias por acolitarme, consentirme y brindarme tu amor incondicional.

A mi hermano, Carlos Luis Diaz Paredes, por cuidar siempre de mí y ser esa figura paternal que esta pendiente de cada paso que doy.

A mis tíos queridos, que siempre velaron por mí y me enseñaron a amar la música antigua. Desde el cielo sé que se celebran conmigo este logro. Gracias por sus palabras y motivaciones que aún viven en mi corazón.

La familia es la fuerza que nos sostiene en la tormenta y el amor que nos impulsa a seguir soñando.

Dayana Pamela Álvarez Paredes

DEDICATORIA

Con gratitud infinita, dedico este trabajo a Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y la luz que ha iluminado cada paso de mi camino. Sin Su amor y fidelidad, este logro no sería posible.

A mi mamá, Mariana de Jesús Paredes Lozano, por ser ejemplo de valentía, entrega y amor incondicional. Tus enseñanzas y valores son el pilar que sostiene mi vida.

A mi hermana, Andrea Estefany Solís Paredes, por tu apoyo constante y por inspirarme a ser mejor cada día. Eres mi modelo de esfuerzo y perseverancia.

A mi abuelita querida, Gladys Lozano Florencio, por tus cuidados, tu ternura y por demostrarme que el amor verdadero se expresa en los pequeños detalles.

A mi hermano, Carlos Luis Díaz Paredes, por protegerme, alentarme y ser ese apoyo firme que siempre está presente.

A mis tíos amados, que partieron antes de tiempo, pero que desde el cielo celebran conmigo este logro. Sus palabras y su ejemplo siguen vivos en mi corazón.

Finalmente, dedico esta tesis a mi familia entera, que ha sido mi mayor motivación, mi refugio y mi fuente de amor. Este triunfo no es solo mío, sino de todos nosotros.

Dayana Pamela Álvarez Paredes

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo y sincero agradecimiento a Dios, que me permitió llegar al final de esta bella etapa de mi carrera universitaria, por ser mi compañero, mi roca y mi fortaleza siempre, por iluminar mi camino y darme la sabiduría y paciencia para nunca desistir de mi camino.

A mis amados padres Wilmer y Olguita que pese a la distancia siempre estuvieron conmigo, gracias por su apoyo incondicional y su amor constante a lo largo de mi carrera. Su sacrificio, paciencia y motivación han sido fundamentales y una pieza clave para llegar a cumplir esta meta.

A mis hermanos Jeremy y Emita, la razón de mi vivir y el motor por el cual nunca desistí de mi carrera, con sus ocurrencias siempre me sacaron una sonrisa aun en los momentos donde el estrés se apodero de mí.

A mi Ñaña Pauli, mi incondicional, gracias por tanto amor y cariño, en mis momentos difíciles fuiste esa luz que ilumino mi camino y seguirás siendo esa persona especial que pocos tenemos la dicha tener y sobre todo de llamar hermana.

A mi querida Tía Cecilia, que me abrió las puertas de su hogar y me acompañó durante estos 6 años de mi carrera, a veces los días eran difíciles, pero siempre me enseñó a superar esos obstáculos con humildad y aprendimos a convivir como una familia.

A mi tía Sandrita que, con su amor y paciencia infinita, confeccionó cada uno de mis uniformes, muchas veces ya con el tiempo en contra, pero siempre estuvo ahí para mí.

A mis abuelitos que con sus oraciones me cuidaron y protegieron siempre, sus mensajes, sus llamadas y sobre todo el amor que me daban cada que iba a visitarlos, consintiéndome siempre y demostrándome los orgullosos que están de su nieta.

A mis amigos y compañeros que durante la etapa universitaria me apoyaron y estuvieron siempre a mi lado, gracias por hacer de estos años los mejores, siempre los llevare en mi corazón.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por permitirme formarme como Médico y a cada uno de los Doctores que compartieron sus conocimientos durante estos 6 años.

Gracias infinitas a cada uno de ustedes, hoy puedo decir lo logre y más que nada lo logramos, todo se lo debo a ustedes. Ustedes que siempre creyeron en mí, en mi potencial y aunque muchas veces quise renunciar siempre encontré el camino para seguir adelante gracias a ustedes.

Eternamente agradecida.

Carla Estefany Martínez Romero

DEDICATORIA

Es grato y motivo de mucha satisfacción culminar esta hermosa y sacrificada carrera.

Este logro no es solo mío, está dedicado a las personas que creyeron en mí siempre.

A mi Padre Wilmer Martínez, mi más grande ejemplo de superación, el que me enseñó que ningún sueño es demasiado grande, ni ningún soñador es demasiado pequeño.

A mi Madre Olga Romero, mi compañera y amiga que siempre estuvo pendiente a pesar de la distancia, con sus consejos y oraciones.

A mi hermano Jeremy y Emita que me alegran cada día con sus ocurrencias, así como también me motivan a ser mejor cada día.

A mi Ñaña Pauli que me acompañó en este camino, que siempre estuvo para mí, que fue mi apoyo incondicional y me dio un de los regalos más bonitos mi pequeño Said.

A mi Tía Cecilia, que con su paciencia y amor me apoyo incondicionalmente.

Les dedicó este logro con mucho cariño y satisfacción a cada uno de ustedes por ser parte fundamental en mi formación como Médico.

Carla Estefany Martínez Romero



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JOSE LUIS JOUVIN

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Dr. OPONENTE

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT	XVIII
INTRODUCCIÓN.....	2
Objetivos	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Hipótesis	5
CAPÍTULO 1.....	6
MARCO TEÓRICO	6
1.1. Definición de sífilis y factores de riesgo.....	6
1.2. Diagnóstico de la sífilis gestacional	7
1.3. Factores de riesgo maternos.....	10
1.4. Tratamiento de la sífilis gestacional.....	13
1.5. Complicaciones fetales y neonatales	17
1.6. Situación de la sífilis en Ecuador y Guayaquil	20
1.7. Centro de Salud Tipo C Martha Roldós	21
CAPITULO 2.....	22
MARCO METODOLÓGICO	22
2.1. Diseño de la Investigación.....	22
2.1.1. Tipo de investigación	22
2.1.2. Lugar de la investigación	23
2.1.3. Población, muestra y muestreo.....	23

2.1.4. Criterios de inclusión y exclusión	23
2.2. Variables	24
2.2.1. Variables independientes.....	24
2.2.2. Variable dependiente	24
2.2.3. Operacionalización de variables	24
2.3. Métodos e instrumentos para obtener la información	25
2.3.1. Métodos de procesamiento de la información	25
2.3.2. Técnica.....	26
2.3.3. Procedimiento para la recolección de la información y descripción de los instrumentos a utilizar	26
2.4. Aspectos Éticos.....	27
CAPITULO 3.....	28
RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	28
3.1. Resultados del objetivo general.....	28
3.2. Resultados de los objetivos específicos	28
3.2.1. Resultados del primer objetivo específico	28
3.2.2. Resultados del segundo objetivo específico	30
3.2.3. Resultados del tercer objetivo específico	31
3.3. Tablas cruzadas	33
CAPITULO 4.....	36
DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIONES	39
REFERENCIAS	40

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Operacionalización de variables</i>	24
Tabla 2 <i>Tratamiento de la sífilis gestacional otorgado a las pacientes atendidas en el centro de salud</i>	28
Tabla 3 <i>Características clínicas y sociodemográficas de las pacientes con sífilis</i>	29
Tabla 4 <i>Esquema terapéutico aplicado al tratamiento de la sífilis según el estadio clínico</i>	30
Tabla 5 <i>Relación entre cumplimiento del tratamiento y complicaciones perinatales</i>	32
Tabla 6 <i>Cruce de variables: Edad y cumplimiento del tratamiento</i>	33
Tabla 7 <i>Cruce de variables: Nivel educativo y cumplimiento del tratamiento</i>	33
Tabla 8 <i>Cruce de variables: Residencia y cumplimiento del tratamiento</i>	34

RESUMEN

Introducción: La sífilis gestacional continúa constituyendo un problema vigente de salud pública en contextos donde la detección y el tratamiento oportuno no siempre se garantizan.

Objetivo: Analizar el tratamiento de la sífilis gestacional en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós en el periodo de enero a diciembre de 2024.

Metodología: Estudio de tipo analítico, observacional, transversal y cuantitativo, con una población de 50 gestantes con sífilis gestacional diagnosticada, cuya información derivó de las historias clínicas.

Resultados: La mayoría de las gestantes tenían entre 33 y 40 años (36%), seguida de 18 a 24 años (34%). El 52% residía en zonas rurales y el 50% tenía nivel secundario. El inicio del tratamiento se registró después de la semana 12 en 60% de las pacientes; con respecto al cumplimiento del tratamiento, 29 gestantes completaron el esquema y 21 mujeres un esquema incompleto. En el análisis terapéutico, 30% recibió una dosis, 28% tres dosis, 30% tratamientos incompletos y 12% no registrados. En relación con complicaciones, el 38% presentó prematuridad, 22% bajo peso fetal y 28% sífilis congénita en recién nacidos.

Conclusión: Los resultados evidencian que la aplicación de esquemas terapéuticos presentó variabilidad según el estadio clínico, con presencia de tratamientos incompletos y registros ausentes.

Palabras clave: Tratamiento, sífilis gestacional, gestantes, complicaciones fetales y complicaciones neonatales.

ABSTRACT

Introduction: Gestational syphilis continues to represent an ongoing public health issue in contexts where timely detection and treatment are not always ensured.

Objective: To analyze the treatment of gestational syphilis provided to patients attended at the Martha Roldós Type C Health Center during the period from January to December 2024.

Methodology: Analytical, observational, cross-sectional, and quantitative study with a population of 50 pregnant women diagnosed with gestational syphilis, whose information was obtained from medical records.

Results: Most of the pregnant women were between 33–40 years old (36%), followed by those aged 18–24 years (34%). A total of 52% resided in rural areas, and 50% had a secondary education level. The initiation of treatment was recorded after the 12th week of gestation in 60% of the patients. Regarding treatment adherence, 29 women completed the regimen and 21 had an incomplete regimen. In the therapeutic analysis, 30% received one dose, 28% three doses, 30% incomplete treatments, and 12% were not recorded. With respect to complications, 38% presented prematurity, 22% low birth weight, and 28% congenital syphilis in newborns.

Conclusion: The results show that the application of therapeutic regimens varied according to the clinical stage, with incomplete treatments and missing records being present.

Keywords: Treatment, gestational syphilis, pregnant women, fetal complications, neonatal complications.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estimó que, entre 1997 y 2003, de los más de 2 millones de diagnósticos anuales de sífilis en el embarazo a nivel global, hasta un 25% se registraron en América Latina y el Caribe, región en la que se proyectaba una tasa de prevalencia del 3.9%, cifra más alta que el promedio internacional de 1.8%. En Ecuador, en el año 2010, al 67.8% de las mujeres embarazadas que asistieron a controles prenatales se les practicó un examen de tamizaje para sífilis, y de estas, el 0.1% resultó positivo para la infección (1–3).

Dada la frecuencia de la sífilis en el embarazo en esta región, en el 2010 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió una estrategia para la erradicación de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita. Entre sus objetivos se encontraba la disminución de sífilis congénita hasta en $\leq 0,5$ casos por cada 1.000 nacimientos para el año 2015 (4–6). En Ecuador, dicha estrategia y su plan de ejecución ya se encontraban implementados.

En Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública (MSP) se ha observado una reducción de la sífilis congénita gracias a las estrategias contra la transmisión perinatal. En 2019, se identificaron 0.7 casos por cada 1 000 nacidos vivos, valor cercano a los ≤ 0.5 casos por cada 1 000 partos que definió la OPS (7,8). Esto se debe a un mayor alcance de exámenes de cribado de sífilis en el control prenatal, beneficiando a un aproximado de 90% de gestantes ecuatorianas. Dentro de las estrategias se contempló la capacitación del personal de salud y la entrega de tratamientos (9).

El diagnóstico de la sífilis en el embarazo en el primer nivel de atención incluye pruebas no treponémicas como la Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) o la Rapid Plasma Reagin (RPR) con ensayos treponémicos confirmatorios tales como Treponema Pallidum Hemagglutination Assay (TPHA)

o Fluorescent Treponemal Antibody Absorption (FTA-ABS). Las no treponémicas se usan como filtro por su alta sensibilidad en las primeras etapas, sin embargo, puede dar falsos positivos con otras infecciones, trastornos autoinmunes o en la gestación. En cambio, las treponémicas tienen alta especificidad permitiendo confirmar el diagnóstico, aunque no distingue la infección actual de la pasada (10). En este escenario, el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós aplica este método de manera secuencial, primero la identificación con VDRL y luego la verificación con TPHA ante un resultado reactivo, siguiendo las directrices del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (11).

La calidad diagnóstica en el consultorio obstétrico ha mejorado con las pruebas rápidas de sífilis en contextos de urgencia o en situaciones donde los resultados de laboratorio convencionales no estaban disponibles de manera inmediata. En esta línea, dichos dispositivos entregan el resultado en menos de veinte minutos y presentan niveles de sensibilidad y especificidad superiores al 85%, lo cual ha sido valorado positivamente por el personal sanitario y las usuarias al permitir acciones terapéuticas en la misma consulta. Este enfoque se ha acompañado de capacitación dirigida al personal sanitario y de procedimientos internos de control de calidad, aunque la adhesión a programas externos de evaluación de desempeño no se garantiza en todos los casos. A este respecto, los tiempos de respuesta de los métodos convencionales oscilan entre 24 y 72 horas, lo cual dificulta el inicio inmediato del tratamiento en los casos positivos (12).

El protocolo aplicado en el Ecuador se alinea a las guías técnicas nacionales y a las recomendaciones de la OPS (13); sin embargo, permanecen inconvenientes en la provisión de insumos, la capacitación del personal y el cumplimiento del esquema completo de tamizaje por parte de las gestantes. Esta situación agrava la continuidad del diagnóstico y tratamiento, en la medida en que el estigma, el desconocimiento y la escasa implicación de la pareja sexual influyen negativamente. En este escenario, la trazabilidad de casos y el

seguimiento serológico posterior al tratamiento hallan obstáculos, especialmente en gestantes que inician los controles prenatales en etapas avanzadas. Se destaca que, el modelo integral implementado en el centro genera un ahorro de recursos y reduce el riesgo de transmisión vertical de la sífilis congénita, destacando la importancia de robustecer la actuación institucional para cumplir los estándares de eliminación establecidos.

La sífilis gestacional continúa constituyendo un problema vigente de salud pública en contextos donde la identificación y el tratamiento no siempre se garantizan. Un estudio en Baja California, México (14), puso de manifiesto que la edad media de las gestantes con diagnóstico rondó los 25,5 años, y pese a que el 63,2% de los casos se identificaron en el primer trimestre mediante la prueba VDRL, un número relevante recibió regímenes terapéuticos incompletos, lo que incrementa la probabilidad de complicaciones fetales y neonatales como sífilis congénita, parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Otro caso clínico documentado en Europa describió a una gestante de 34 años diagnosticada en la semana 10 de gestación sin acceso a terapias (15). Dicha situación culminó en un alumbramiento prematuro a las 33 semanas y en el arribo de una recién nacida con sífilis congénita confirmada por pruebas serológicas y severas manifestaciones clínicas. La información recopilada indica que la edad materna, el momento del diagnóstico y el cumplimiento de los esquemas terapéuticos determinan el pronóstico neonatal; por consiguiente, es necesario reforzar los procedimientos de seguimiento prenatal con el fin de impedir desenlaces adversos prevenibles.

La escasa atención prenatal o con inicio tardío actúa como uno de los principales condicionantes para la transmisión vertical de la sífilis; de hecho, la demora en la identificación y el abordaje terapéutico de la infección, así como la existencia de títulos elevados en las pruebas no treponémicas, han sido señalados como determinantes. Por otro lado, variables sociodemográficas como la juventud materna, bajos niveles de escolaridad, falta de empleo, ingresos

familiares limitados y ausencia de vivienda estable se relacionan con un aumento del riesgo de sífilis congénita en el recién nacido (16).

En otra investigación, se reflejó que la cantidad de consultas se asoció con la transmisión vertical de la enfermedad, en cambio, cada visita adicional disminuyó en un 13% la posibilidad de que un recién nacido adquiriera sífilis congénita (OR=0,87; IC 95%: 0,79-0,97; p=0,013). El valor $p = 0,013$ refleja que la asociación observada es estadísticamente sólida, es decir, poco probable que se deba al azar según el criterio convencional de $p < 0,05$ (17). En esta línea, la omisión o manejo inadecuado del tratamiento materno y de su pareja figuró como la razón más frecuente para la notificación de casos de sífilis congénita, destacando la relevancia de asegurar tratamientos terapéuticos a tiempo y completas para ambos individuos.

En una revisión integrativa se identificó como resultados fetales más frecuentes el aborto espontáneo y el mortinato (18). El periodo neonatal se asoció con muerte del recién nacido, nacimiento prematuro, peso bajo al nacer y manifestaciones hematológicas como anemia y trombocitopenia. A su vez, las observaciones radiológicas, tales como periostitis y osteocondritis en huesos largos, reflejan la infección temprana tanto en el feto como en el neonato. En otro estudio, se describió que la sífilis gestacional no tratada se transmite al feto en más del 70 % de los casos; por consiguiente, se registró muerte fetal o perinatal en alrededor del 40 % de los embarazos afectados. Las complicaciones en los neonatos sobrevivientes incluyeron ictericia en un 56%, hipoacusia 14%, enfermedad renal 8% y retraso mental 8%. En este escenario, se documentaron 14 casos de neurosífilis en la cohorte, reflejando el elevado riesgo de secuelas neurológicas y sensoriales cuando no existe cribado y tratamiento materno (19).

En términos de justificación, el problema que plantea la sífilis en la gestación radica en su elevada incidencia y los efectos graves que acarrea, pese a contar con métodos diagnósticos de fácil manejo (20). No obstante, el abordaje

terapéutico en el embarazo debe acoplarse al estadio de la infección y a la etapa de gestación materna. Este panorama se refleja en las condiciones socioeconómicas y demográficas que abordan las mujeres gestantes con sífilis en América Latina. En este orden de ideas, la falta de capacitación, la falta de recursos económicos y la inestabilidad en las relaciones afectivas sirven para mantener la circulación de esta infección en la comunidad (21,22).

Objetivos

Objetivo general

Analizar el cumplimiento del tratamiento de la sífilis gestacional en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós en el periodo de enero a diciembre de 2024.

Objetivos específicos

- Determinar las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes con sífilis atendidas en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós.
- Identificar el esquema terapéutico aplicado al tratamiento de la sífilis según el estadio clínico de las pacientes atendidas en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós.
- Determinar la relación entre el cumplimiento del tratamiento y las complicaciones perinatales.

Hipótesis

No aplica.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1. Definición de sífilis y factores de riesgo

La sífilis es una infección sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*. La bacteria ingresa al organismo a través de microabrasiones en las mucosas o la piel en actividades sexuales como sexo vaginal, anal u oral; también puede transmitirse mediante transfusiones de sangre o, con mayor frecuencia, de madre a feto en el transcurso del embarazo (23). La enfermedad se divide en cuatro etapas; la primaria caracterizada por un chancro firme, indoloro y no pruriginoso; la secundaria que implica manifestaciones cutáneas y mucosas, a menudo con rash. La latente es un período sin síntomas; mientras que, la terciaria involucra lesiones destructivas en piel, hueso, sistema cardiovascular o neurológico (24).

La primaria inicia entre dos y seis semanas comúnmente, aunque puede variar de 10 a 90 días luego de la exposición (25). Se destaca que la sífilis congénita se presenta cuando la infección pasa a la placenta pudiendo generar un aborto, muerte neonatal, bajo peso al nacer, entre otros problemas de salud en el recién nacido (26). El diagnóstico de esta enfermedad se realiza por medio de pruebas serológicas como los test no treponémicos VDRL, RPR, así como con treponémicos confirmatorios y la microscopía (27). El tratamiento más común es el uso de antibióticos como la penicilina, con pautas según los resultados clínicos (28).

Se registran varios factores de riesgo asociados a la sífilis; la edad joven o adulta temprana muestra mayor incidencia, aunque estudios indican que la población de 30 a 39 años también presenta una prevalencia elevada (29). Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) aparecen como grupo con tasas elevadas, tanto en infecciones primarias como secundarias (30). La coinfección

con VIH o el historial de sífilis previa se relacionan con riesgo aumentado, en diversos estudios (29).

Los determinantes socioeconómicos, la escasa frecuencia de pruebas de las infecciones de transmisión sexual (ITS), el estigma en entornos sanitarios y el acceso restringido a servicios de salud también se identifican como factores relevantes (31). La transmisión vertical representa un riesgo en el embarazo, especialmente si no se realiza tamizaje en el primer y tercer trimestre (32).

1.2. Diagnóstico de la sífilis gestacional

En cuanto al diagnóstico de la sífilis gestacional, la infección *Treponema pallidum* tiene como manifestación temprana la sífilis primaria, cuyas características incluyen la aparición de un chancro indoloro en la zona de inoculación. Esta lesión tiene bordes sobresalidos y una base limpia, lo cual se acompaña de linfadenopatía regional no dolorosa. Este chancro hace su aparición entre 10 y 90 días tras la exposición pasando inadvertido en la mujer gestante, dada su localización interna (33).

El periodo secundario puede coincidir con la fase primaria o aparecer después de esta, este se caracteriza por un exantema maculopapular sin picor que afecta palmas de las manos y plantas de los pies. En este contexto, pueden presentarse condilomas planos en áreas húmedas del cuerpo; también hacen su aparición síntomas como fiebre, malestar, dolores en los músculos e inflamación de ganglios. Estas manifestaciones clínicas pueden ser leves, complicando su identificación en el embarazo; de hecho, la etapa latente no muestra signos visibles, a pesar de que, sigue siendo infecciosa, determinándose la importancia del tamizaje serológico a tiempo para evitar la transmisión de la infección al feto (34).

Las pruebas serológicas no treponémicas, como VDRL y RPR, constituyen métodos de identificación temprana de la sífilis en la gestación, estas miden

anticuerpos reagínicos producidos en respuesta al daño tisular causado por la espiroqueta, no dirigidos directamente contra *Treponema pallidum* sino contra lípidos celulares liberados. En este punto, el control de la evolución de la infección se da mediante la cuantificación por medio de títulos, ayudando también en la respuesta terapéutica (35).

No obstante, las pruebas no treponémicas presentan ciertas restricciones que deben tomarse en cuenta; de hecho, se han descrito resultados falsos positivos en casos de gestación, desórdenes autoinmunitarios, infecciones virales o consumo de sustancias psicoactivas. La sensibilidad de estas pruebas varía según la fase de la infección, alcanzando mejores resultados en la sífilis secundaria, pero mostrando valores más bajos en la etapa primaria inicial o en etapas tardías. Esta situación demanda que cualquier resultado reactivo sea comprobado mediante pruebas treponémicas específicas y que un resultado negativo no descarte sífilis cuando exista fuerte sospecha clínica. Por tanto, en el seguimiento prenatal la valoración de los títulos y su evolución posibilita distinguir entre una infección reciente, un tratamiento eficaz o una reinfección potencial, sin entrar en el abordaje terapéutico correspondiente (36).

Un grupo de análisis serológicos treponémicos, como FTA-ABS y TPHA, identifica anticuerpos selectivos dirigidos contra *Treponema pallidum* y resulta imprescindible para confirmar la presencia de sífilis en gestantes que obtienen un resultado reactivo en pruebas no treponémicas. En este sentido, estos métodos muestran elevada especificidad y sensibilidad, especialmente en las fases secundarias y latentes de la infección. Estos ensayos suelen permanecer reactivos de manera permanente, incluso tras un tratamiento eficaz, lo que impide que sirvan para valorar la eficacia terapéutica o diferenciar entre infección reciente y antigua. No obstante, su función determinante radica en establecer un diagnóstico concluyente de sífilis (37).

En cambio, el FTA-ABS se fundamenta en la identificación de anticuerpos fluorescentes tras eliminar los anticuerpos inespecíficos, lo que eleva su capacidad de distinguir infecciones previas frente a ensayos anteriores. El TPHA recurre a partículas sensibilizadas con antígenos treponémicos para evidenciar la aglutinación en presencia de anticuerpos determinados. En este contexto, estas pruebas se incluyen al algoritmo de diagnóstico obstétrico con la finalidad de ratificar la infección y minimizar resultados falsos procedentes de ensayos no treponémicos. Este enfoque recomienda valorar la persistencia de la reactividad de forma indefinida según los antecedentes clínicos, resultados físicos y otros marcadores serológicos (38).

A su vez, se destacan ciertos pasos reconocidos para el tamizaje y confirmación de la sífilis gestacional. Se distinguen dos esquemas principales, el algoritmo tradicional y el inverso. Este método arranca con una prueba no treponémica, como VDRL o RPR, utilizada en el tamizaje inicial; si el resultado sale reactivo, se confirma la presencia de la infección mediante un ensayo treponémico, por ejemplo, FTA-ABS, TPHA o Enzyme Immunoassay (EIA). El procedimiento encuentra amplia aplicación en sistemas de salud con escasos recursos, gracias a su bajo coste y sencilla puesta en marcha; no obstante, su eficacia diagnóstica disminuye en etapas muy tempranas de la enfermedad o en periodos de latencia tardía (39).

En cambio, el algoritmo inverso consiste en una prueba treponémica, tales como la EIA o Chemiluminescent Immunoassay (CLIA) que son automatizadas, esto dada su alta sensibilidad, la cual es relevante en cribados masivos en el embarazo. Bajo este contexto, cuando el resultado es positivo, se aplica una prueba no treponémica cuantitativa con el fin de determinar el nivel de actividad de la infección. Si esta se muestra negativa, se procede a realizar un segundo examen treponémico distinto con el fin de distinguir entre una infección pasada tratada o una infección en curso con falso negativo en la prueba no treponémica. En este marco, la selección del procedimiento varía según la disponibilidad de

insumos, la incidencia local y las directrices sanitarias, aunque siempre se recomienda iniciar el cribado de forma precoz en el primer trimestre de gestación, repitiéndolo en el segundo y tercer trimestre en embarazadas con factores de riesgo elevados (40).

Dentro del diagnóstico diferencial en manifestaciones cutáneas y ulcerativas de sífilis gestacional es necesaria la evaluación de causas infecciosas y no infecciosas que imiten resultados clínicos. A este respecto, deben considerarse el herpes genital, que presenta múltiples úlceras dolorosas con base eritematosa, y el chancroide causado por *Haemophilus ducreyi*, que manifiesta úlceras purulentas con bordes irregulares. Asimismo, es importante el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal; del mismo modo, trastornos no infecciosos como aftas bucales, traumatismos y afecciones dermatológicas tipo psoriasis genital o liquen escleroso forman parte de este listado. El periodo secundario de la sífilis gestacional se manifiesta con exantema palmo-plantar y lesiones mucocutáneas que pueden confundirse con reacciones farmacológicas, pitiriasis rosada o erupciones virales (41).

1.3. Factores de riesgo maternos

El análisis de la sífilis gestacional requiere la identificación de factores maternos de riesgo que orienten acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento. Asimismo, tales determinantes permiten reconocer a las gestantes con mayor probabilidad de adquirir o transmitir la infección. Esta categoría resalta especialmente la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), dado que modifica el curso clínico e inmunológico de la sífilis. En este sentido, la inmunosupresión asociada al VIH puede alterar la respuesta serológica frente a *Treponema pallidum*, generando resultados falsamente negativos o títulos persistentemente bajos y complicando tanto el diagnóstico como el seguimiento serológico. El riesgo de avance hacia fases avanzadas de la infección se

incrementa en estas pacientes coinfectadas, lo que eleva la probabilidad de complicaciones fetales (16).

La presencia de infecciones de transmisión sexual adicionales, como gonorrea, tricomoniasis, herpes genital o clamidia, puede coexistir con la sífilis en mujeres gestantes y aumentar el peligro de transmisión vertical. De igual forma, estas coinfecciones desencadenan una respuesta inflamatoria en el tracto genital que propicia la multiplicación del VIH y la transmisión de *T. pallidum* al feto. Desde esta perspectiva, el protocolo de atención debe contemplar un tamizaje de ITS en gestantes con sífilis (42).

El elevado número de parejas sexuales y las prácticas de riesgo intensifican la posibilidad de contraer sífilis en el embarazo. Por otra parte, el contacto sin preservativo con parejas ocasionales o de estado serológico desconocido multiplica la exposición a *Treponema pallidum*. Este contexto epidemiológico revela que la escasa educación sexual, la percepción reducida de riesgo y la carencia de medidas preventivas agravan la exposición. En este sentido, se ha observado que las gestantes con múltiples parejas en los meses previos al embarazo presentan una mayor prevalencia de sífilis activa en el tamizaje prenatal (43).

El reconocimiento de estas conductas en la anamnesis clínica posibilita al personal sanitario intensificar la vigilancia y reforzar las acciones educativas; de este modo, la consejería focalizada debe abarcar instrucciones sobre el uso correcto y constante del preservativo, así como pautas para mantener relaciones sexuales seguras. Esta medida complementa la realización de tamizajes periódicos en embarazadas con antecedentes de prácticas sexuales de riesgo, especialmente en el tercer trimestre. Con esto, es posible identificar a tiempo nuevas infecciones contraídas en la gestación y prevenir la sífilis congénita (44).

La precariedad socioeconómica en la que se encuentran muchas gestantes restringe el acceso a servicios de salud y dificulta la continuidad del control prenatal. Por ende, quienes viven en condiciones de pobreza, marginación o con bajo nivel educativo encaran dificultades para asistir a consultas regulares, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento de la infección. Esta problemática se agrava cuando la falta de alcance sanitario o la residencia en zonas rurales con infraestructura médica insuficiente restringen la disponibilidad de pruebas diagnósticas, medicamentos como penicilina G benzatina y seguimiento serológico adecuado. Bajo esta óptica, el sistema de salud debe contemplar estrategias de tamizaje completo, atención diferenciada y tratamiento gratuito para poblaciones vulnerables (45).

El seguimiento adecuado del control prenatal juega una función relevante en el reconocimiento y el tratamiento de la sífilis en la gestación. Por otro lado, las gestantes que inician tardíamente su seguimiento obstétrico o acuden con poca regularidad a las citas programadas presentan un riesgo elevado de portar sífilis no identificada o sin tratamiento en el embarazo. En este sentido, esta irregularidad en el seguimiento suele asociarse con condicionantes individuales, tales como desconocer la importancia del control prenatal o el miedo al estigma y la discriminación, así como con dificultades de diverso tipo, por ejemplo, la distancia a los centros de salud, los problemas económicos o la incompatibilidad con los horarios laborales (46).

El enfoque clínico del seguimiento prenatal requiere únicamente garantizar el acceso a los servicios de salud, reforzar la capacitación sanitaria y elevar el nivel de atención. Asimismo, las gestantes con un seguimiento adecuado del control prenatal presentan mayores posibilidades de someterse al tamizaje serológico en los plazos establecidos, comenzar tratamiento con penicilina rápidamente tras la identificación de la infección y completar las pruebas de seguimiento correspondientes. En esta línea, se aconseja establecer medidas concretas que logren retener a las gestantes en el sistema sanitario, tales como

recordatorios personalizados, seguimiento telefónico y visitas domiciliarias para casos de alto riesgo social, con el propósito de mejorar el acceso diagnóstico y terapéutico de la sífilis en la gestación (47).

La historia obstétrica de sífilis previa representa un antecedente clínico de gran importancia que eleva el riesgo de recaída de la infección en embarazos posteriores, bien sea por reinfección o por tratamientos anteriores poco adecuados. Sin embargo, las mujeres con este antecedente deberían ser consideradas población de alto riesgo, puesto que pueden haber mantenido prácticas sexuales sin protección o estar expuestas a parejas infectadas. Este grupo puede haber experimentado una eliminación incompleta de la carga bacteriana cuando el tratamiento no se administró conforme a la fase clínica de la infección o cuando no se garantizó la atención al compañero sexual. En este contexto, esa situación propicia la persistencia del agente etiológico y aumenta la probabilidad de nuevos episodios en futuras gestaciones (15).

Desde el campo clínico, el seguimiento prenatal demanda de tamizajes serológicos desde la primera consulta, así como un control constante en el embarazo. Se destacan como campos de investigación la adherencia terapéutica, tratamientos realizados y el tiempo desde el último diagnóstico confirmado, con esto se pueden diferenciar las cicatrices serológicas persistentes y las reinfecciones activas (48).

1.4. Tratamiento de la sífilis gestacional

La sífilis en el embarazo es una situación prioritaria en el campo de la salud pública, principalmente por la tasa de transmisión vertical y la gravedad de sus consecuencias fetales por el tratamiento realizado o ausencia de este. El mecanismo terapéutico consiste en erradicar el *Treponema pallidum* en la madre y prevenir la sífilis congénita. Bajo este escenario, se utiliza la penicilina G benzatina por su amplia eficacia y evidencia científica, trabajando directamente

en el útero. Cabe destacar que, no existen otras alternativas con la misma eficacia que este fármaco (49).

Los esquemas que se basan en penicilina G benzatina cambian según el estadio clínico de la sífilis. Dentro de la sífilis primaria, secundaria o latente temprana, misma que es menor a un año de evolución, se administra una sola dosis de manera intramuscular de 2,4 millones de unidades (MU). En la sífilis latente tardía o de duración desconocida, el tratamiento adecuado es de tres dosis de 2,4 MU, colocándose una vez a la semana a lo largo de tres semanas consecutivas, usando 7,2 MU. En este punto, se debe garantizar la adherencia al esquema completo sin interrupciones (50).

En gestantes con diagnóstico de sífilis y antecedente de alergia a la penicilina, la dificultad se presenta al no existir alternativas antimicrobianas con eficacia comprobada para prevenir la transmisión vertical. A diferencia de la población no gestante, en la que pueden considerarse otros antibióticos como la doxiciclina o la ceftriaxona, en el embarazo estas opciones no están validadas para garantizar protección fetal. Por tanto, al existir alergia con confirmación de penicilina se debe aplicar una desensibilización, lo cual debe ser acompañado del tratamiento con penicilina G benzatina. Este procedimiento debe realizarse en un entorno hospitalario con disponibilidad de soporte avanzado en caso de anafilaxia u otras reacciones adversas graves (51).

La desensibilización consiste en administrar dosis crecientes de penicilina con control de los intervalos, su objetivo es inducir una tolerancia temporal al medicamento, de hecho, esta técnica permite completar el tratamiento sin generar reacciones adversas graves en la paciente. Esta técnica puede aplicarse por vía oral o intravenosa, siendo la vía oral la más comúnmente empleada en el contexto obstétrico, debido a su seguridad y simplicidad relativa. Una vez alcanzada la tolerancia, debe administrarse la dosis completa del antibiótico sin interrupciones del esquema, ya que cualquier suspensión prolongada puede

revertir el estado de desensibilización. La acción médica debe ser cuidadosamente coordinada entre infectología, alergología y obstetricia, garantizando así la erradicación del patógeno en la madre y la protección del feto frente a la sífilis congénita (52).

El seguimiento serológico en gestantes con sífilis reviste gran importancia para valorar la respuesta al tratamiento y distinguir recaídas o infecciones secundarias. Por ende, esa vigilancia ayuda a reducir riesgos perinatales asociados a la falta de monitoreo. La valoración se efectúa mediante análisis no treponémicos cuantitativos, usando VDRL o RPR en un mismo laboratorio. Desde esta perspectiva, mantener la misma técnica y la misma fuente de análisis garantiza la comparabilidad de los títulos. Una respuesta adecuada se refleja en una caída de los títulos de al menos cuatro veces, equivalente a un descenso de dos diluciones, por ejemplo, de 1:32 a 1:8. Así pues, este cambio deberá observarse entre los seis y doce meses posteriores al régimen, variando según la fase de la infección. En este contexto, la frecuencia del seguimiento aumenta en la gestante, realizándose típicamente cada trimestre y en el momento del parto. Esta pauta se justifica por el riesgo elevado de complicaciones fetales en caso de un control inadecuado (53).

El monitoreo serológico posibilita distinguir entre respuesta parcial, carencia de cambio o elevación de los títulos, siendo este último signo orientador de reinfección o de un posible fallo terapéutico. Bajo esta óptica, la persistencia de niveles elevados sin descenso notable, en especial en la sífilis latente tardía, puede reflejar una reactividad persistente sin significado clínico, conocida como serofast. En este escenario, dicha condición exige una valoración pormenorizada en gestantes y, ante cualquier duda diagnóstica, conviene llevar a cabo una reevaluación clínica y serológica exhaustiva. El registro meticuloso de las fechas de tratamiento y de la evolución de los títulos asegura la culminación del régimen indicado y mejora la coordinación de la atención neonatal (54).

El control de recaídas y reinfecciones en la sífilis gestacional demanda un seguimiento clínico y serológico estricto con el fin de distinguir entre fallo terapéutico, nueva infección o persistencia de respuestas serológicas sin manifestaciones clínicas. Por otra parte, la sospecha de recaída surge cuando reaparecen manifestaciones compatibles con sífilis o cuando se observa un cuadruplicamiento en los títulos de pruebas no treponémicas como VDRL o RPR después de una respuesta serológica inicial adecuada. En esta línea, resulta imprescindible reevaluar la adherencia al esquema terapéutico, la dosificación administrada y los intervalos entre dosis, dando prioridad a regímenes con penicilina G benzatina acoplados a la fase clínica en la cual se confirma la recaída (48).

Por otro lado, la reinfección en el embarazo suele relacionarse a prácticas sexuales de riesgo o al contacto con parejas sin tratamiento. En este sentido, resulta prioritario llevar a cabo una anamnesis detallada y evaluar a la gestante y a sus parejas para asegurar un enfoque terapéutico. El seguimiento se realiza con pruebas no treponémicas cada mes hasta el parto o según criterio clínico para reconocer tempranas variaciones serológicas. A este respecto, si se confirma reinfección, se reinicia el esquema terapéutico acorde al estadio de la enfermedad y se intensifica el consejo preventivo. Sin embargo, la omisión de este protocolo puede acarrear desenlaces fetales adversos, incluso cuando la madre haya completado el tratamiento inicial, lo que evidencia la importancia de prolongar el monitoreo hasta la culminación de la gestación (55).

La atención prenatal en las gestantes con sífilis se enfoca en el diagnóstico de las primeras etapas, con el fin de tratarlo de manera adecuada y darle seguimiento hasta el parto. En este sentido, se recomienda que al confirmar el diagnóstico se le aplique penicilina G benzatina, para poder reducir el riesgo de transmisión vertical. La vigilancia en estos casos requiere la repetición de pruebas serológicas no treponémicas cada tres meses y cuando se desarrolla el parto para ver los cambios en los títulos de anticuerpos (56).

La planificación de la atención al neonato debe iniciarse en las consultas prenatales en colaboración con el equipo de neonatología. En este marco, al momento del alumbramiento se requiere contar con los datos del tratamiento recibido por la madre, los títulos serológicos y la evolución clínica, pues estos insumos son importantes para definir las acciones con el recién nacido. Esta situación obliga a realizar una valoración del neonato cuando existan registros parciales, tratamientos desalineados o respuestas serológicas por debajo de lo esperado en la madre. Por tanto, el seguimiento posnatal con consultas periódicas debe propiciar la observación de indicadores clínicos que señalen la presencia de infección congénita, incluso si el régimen terapéutico materno anterior resultó adecuado (57).

1.5. Complicaciones fetales y neonatales

Las complicaciones fetales y neonatales derivadas de la infección materna representan un problema prevenible de alta carga clínica y epidemiológica. No obstante, la falta de un tratamiento adecuado o su ausencia puede provocar alteraciones en el desarrollo intrauterino, repercusiones multisistémicas al nacer y riesgo de secuelas permanentes. Esta situación depende principalmente de la fase de la infección en la madre, la carga treponémica y el momento de acción en la gestación (58).

En este sentido, la transmisión vertical constituye la vía principal por la cual *Treponema pallidum* compromete al feto, desencadenando el cuadro clínico de sífilis congénita. Este contagio puede producirse en cualquier trimestre del embarazo y se intensifica cuando la madre presenta una infección reciente o activa. Por consiguiente, la forma temprana de sífilis congénita se manifiesta clínicamente en los primeros dos años de vida, y con frecuencia los síntomas aparecen en el período neonatal. El diagnóstico en recién nacidos suele encontrar hepatoesplenomegalia, lesiones cutáneas descamativas, rinitis

sifilítica, ictericia colestásica y alteraciones hematológicas como anemia y trombocitopenia. A este respecto, hasta un 60% de los neonatos infectados pueden no presentar signos iniciales, lo que destaca la importancia del tamizaje materno y la evaluación neonatal (59).

A su vez, la diseminación hematógica de *Treponema pallidum* en el desarrollo fetal provoca malformaciones óseas y cutáneas en neonatos con sífilis congénita temprana. Esas alteraciones reflejan el tropismo del patógeno hacia tejidos mesenquimatosos en formación y trastornan el mecanismo de osificación endocondral. Esto genera inflamación crónica en partes osteoarticulares, originando osteocondritis metafisaria y periostitis simétrica. De hecho, las osteocondritis metafisaria y periostitis simétrica se reflejan en radiografías de huesos largos, especialmente tibias, fémures e húmeros, y suelen ocasionar dolor al movimiento, pseudoparálisis y deformidades que avanzan sin atención médica (60).

En esta línea, las manifestaciones cutáneas en neonatos incluyen exantema maculopapular generalizado, lesiones vesiculobulosas y pústulas palmoplantares. Ese tipo de lesiones, al alojar espiroquetas viables, exige el aislamiento del neonato hasta constatar la respuesta al tratamiento antibiótico. Esta diversidad de signos impone la realización de estudios radiológicos y serológicos completos para definir el estado clínico (61).

Se ha evidenciado que la transmisión materna de *Treponema pallidum* en el embarazo degenera en más riesgos perinatales. Entre estos riesgos se encuentran bajo peso al nacer, parto prematuro y muerte fetal intrauterina. La placentitis sifilítica es un proceso inflamatorio que deriva en hipoperfusión crónica y problemas con el crecimiento dentro del útero, lo que conlleva a un parto prematuro. De hecho, eso aumenta en gestantes con sífilis sin tratar o con tratamiento tardío, especialmente en el tercer trimestre (62).

El bajo peso al nacer y la prematuridad se registran con frecuencia en neonatos infectados, incluso sin manifestaciones clínicas evidentes. Por otra parte, se considera que la muerte fetal intrauterina puede derivar del deterioro de la placenta o de la invasión del feto por el patógeno. Ese panorama se refleja en la literatura, donde hasta el 40% de los embarazos con sífilis no tratada culminan en pérdida fetal (63).

La posibilidad de *Treponema pallidum* para cruzar la pared hematoencefálica origina neurosífilis congénita; no obstante, sus expresiones suelen aparecer meses o incluso años tras el nacimiento. Esta se refleja en retraso del desarrollo psicomotor, convulsiones y alteraciones cognitivas. En este contexto, la hidrocefalia comunicante y el daño al parénquima cerebral se evidencian en neuroimagen mediante atrofia o calcificaciones (63).

En el campo de la audición, la hipoacusia neurosensorial bilateral se presenta con frecuencia en sobrevivientes de sífilis congénita tardíamente tratada; por ende, se atribuye al deterioro del nervio coclear o de la cóclea por la inflamación crónica. Este trastorno auditivo puede exponerse de manera insidiosa o súbita y, de no abordarse con rapidez, suele ser irreversible. Por tanto, el reconocimiento temprano mediante tamizaje auditivo neonatal y la vigilancia neurológica permiten aplicar acciones dirigidas a atenuar los efectos funcionales y sociales (64).

La atención temprana en el recién nacido con sífilis congénita se orienta a la administración de penicilina G; no obstante, el tratamiento prenatal en madres diagnosticadas reduce de manera notable la transmisión vertical. La valoración inmediata de neonatos procedentes de gestantes sin tratamiento o con pauta insuficiente incluye exámenes clínicos y pruebas serológicas al nacer. En relación con ello, la penicilina G, administrada por vía intravenosa o intramuscular en dosis adaptadas al peso y la edad gestacional, constituye la práctica terapéutica

independientemente de la presencia de síntomas (33).

Los controles posteriores comprenden estudios radiológicos, oftalmológicos, auditivos y neurológicos para descartar secuelas. Por otra parte, las pruebas serológicas, como el VDRL, deben repetirse en los primeros seis meses de vida. En este sentido, la disminución de los títulos tras la terapia confirma la erradicación del patógeno; de hecho, con estas acciones se ayuda a identificar expresiones residuales e impulsa la recuperación a largo plazo (65).

1.6. Situación de la sífilis en Ecuador y Guayaquil

En Ecuador se implementaron pruebas rápidas de sífilis en mujeres embarazadas desde abril de 2017, con alcance en la atención prenatal (66). Según la OPS la tasa de sífilis congénita a nivel nacional fue de 0,7 casos por 1000 nacidos vivos en 2021 (67). A su vez, este organismo determinó un incremento del 28% en dos años hasta 2024, en la región con respecto al número de embarazadas (68).

Un estudio latinoamericano ubicó a Ecuador como el país con mayor prevalencia de sífilis congénita en un caso puntual: 69,23 % de una muestra de 13 personas en 2019 (69). Ese mismo trabajo relacionó la falta de control prenatal como factor recurrente. Por otro lado, un estudio sobre la prevalencia de la sífilis congénita en Ecuador del 2000 al 2016 reveló un promedio anual de 124 casos, con un pico de 193 casos en 2013, lo que equivale a una tasa de 59,45 por cada 100 000 nacidos vivos. En 2019 se notificaron 320 casos, y la provincia de Guayas aparece como la más afectada. Pese a ligeras disminuciones, la prevalencia se mantiene estable, sin alcanzar una reducción sostenida en los últimos años (70).

El Protocolo Nacional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil establece tamizaje y tratamiento integral, con tamizaje dual donde se examina VIH y sífilis simultáneamente. El tratamiento oficial es penicilina benzatínica como

única terapia recomendada en embarazadas (66). En Guayaquil, entidad sanitaria regional, se localiza el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical (INHMT), receptor de muestras confirmatorias de sífilis congénita (71).

1.7. Centro de Salud Tipo C Martha Roldós

El Centro de Salud Tipo C Martha de Roldós se ubica en la cooperativa Martha de Roldós, en la parroquia Tarqui (distrito 09D06) de Guayaquil, Provincia del Guayas, cuyo acceso está habilitado para personas en silla de ruedas. Esta unidad sanitaria atiende desde las 8:30 a 4:30, ofreciendo servicios ambulatorios de medicina general, pediatría, ginecología y obstetricia; también cuenta con las consultas de planificación familiar y control prenatal. En el área de medicina preventiva se realizan esquemas completos de vacunación, vigilancia nutricional y control del crecimiento infantil (72).

CAPITULO 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Diseño de la Investigación

2.1.1. Tipo de investigación

Según el nivel investigativo:

- **Analítico:** El objetivo de la presente investigación se centró en analizar la eficacia del tratamiento de la sífilis gestacional, por lo cual se espera relacionar el cumplimiento de este con las complicaciones perinatales, tales como la sífilis congénita o problemas con el recién nacido.

Según la acción del investigador:

- **Observacional:** Las investigadoras no realizaron ninguna acción en el campo clínico o en el tratamiento, por lo que el estudio se basará netamente en la recopilación de datos presentes en las historias clínicas.

Según la planificación de la toma de datos:

- **Transversal:** Los datos analizados partieron de las historias clínicas que constaban en el sistema de la institución objeto de estudio. De hecho, esta investigación es transversal al realizarse el análisis en un solo marco temporal de tiempo, tomando como participantes a las mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós en el 2024.

Según la medición de las variables de estudio:

- **Cuantitativa:** Se llevó cabo una investigación cuantitativa basada en la estadística descriptiva e inferencial, con lo cual se pudo revisar las implicaciones que tiene el cumplimiento del tratamiento y a la vez determinar su eficacia.

2.1.2. Lugar de la investigación

Este estudio se realizó en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós desde enero del 2024 hasta diciembre del 2024.

2.1.3. Población, muestra y muestreo

La población de este trabajo corresponde a las mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós entre enero y diciembre del 2024. En el período de estudio hubo 50 gestantes con sífilis gestacional diagnosticada, por lo cual este valor corresponde a la población. Dado el acceso total a la información, se descartó el cálculo de la muestra, por lo que se tomó al total de gestantes que cumplen los criterios de inclusión.

2.1.4. Criterios de inclusión y exclusión

2.1.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós entre enero y diciembre de 2024.
- Pacientes con diagnóstico confirmado de sífilis mediante prueba VDRL positiva dentro del período de estudio.

2.1.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades preexistentes como VIH, hepatitis (todas A, B, C, D, E), chagas, debido a que son condiciones que alteran la evolución del embarazo, coadyuvan a la manifestación de complicaciones y cambian la respuesta inmunológica de la madre.
- Expedientes clínicos incompletos o falta de datos para el análisis.

2.2. Variables

2.2.1. Variables independientes

Complicaciones perinatales

Complicaciones neonatales.

2.2.2. Variable dependiente

Tratamiento para la sífilis gestacional

2.2.3. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Nombre Variables	Indicador	Tipo	Resultado final
Edad	Años	Numérica discreta	Años
Edad gestacional	Semanas	Cuantitativa discreta	Semanas
Nivel educativo	Nivel de instrucción registrado	Categórica ordinal	• Primaria • Secundaria • Superior
Residencia	Lugar de domicilio registrado	Categórica nominal	• Urbano • Rural
Historia previa de	Antecedente en	Categórica	• Sí
ITS antes del período de análisis	historia clínica de cualquier ITS antes del período de análisis	nominal dicotómica	• No
	Total de consultas prenatales registradas	Cuantitativa discreta	• 1 – 2
Número de controles prenatales	Prueba serológica, resultado reactivo de VDRL con antigüedad ≤ 90 días respecto al control prenatal o inicio de tratamiento	Categórica nominal dicotómica	• 3 – 4 • Más de 5 controles • Sí • No
VDRL vigente en el embarazo			

Estadio clínico de la sífilis	Fase evolutiva de la enfermedad	Categórica nominal	• Primaria • Secundaria • Latente temprana • Latente tardía
		Categórica nominal	• Latente indeterminada
Esquema terapéutico aplicado	Número de dosis según estadio clínico	Categórica nominal dicotómica	• Terciaria • 1 dosis • 3 dosis
	Anamnesis de cumplimiento según estadio clínico	Categórica dicotómica	• Incompleto
Cumplimiento del tratamiento	Tiempo entre diagnóstico y primera dosis		• No registrado
Inicio del tratamiento			• Completo • Incompleto
			• ≤12 semanas • >12 semanas
Complicaciones fetales	Anamnesis	Categórica nominal politómica	• Bajo peso • Prematuridad • Malformaciones • Sin complicaciones fetales
Complicaciones neonatales	Anamnesis	Categórica nominal politómica	• Sífilis congénita • Ictericia • Infecciones • Bajo peso al nacer • Sin complicaciones

Nota: Elaborado por: Dayana Pamela Álvarez Paredes y Carla Estefany Martínez Romero.

2.3. Métodos e instrumentos para obtener la información

2.3.1. Métodos de procesamiento de la información

La información recopilada de las pacientes con sífilis en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós en el período de enero a diciembre de 2024 se procesaron mediante estadística descriptiva e inferencial. El análisis estadístico se realizó utilizando un enfoque descriptivo y analítico. Para las variables cuantitativas (edad materna y gestacional), se calculó el promedio, mientras que para las variables cualitativas (nivel educativo, residencia, resultados de la prueba VDRL,

estadio clínico, esquema terapéutico, cumplimiento del tratamiento y complicaciones) se presentaron frecuencias y porcentajes.

La relación entre el cumplimiento del tratamiento y la frecuencia de complicaciones perinatales se verificó por medio de tablas cruzadas aplicando la prueba chi cuadrado o la prueba de Fisher según corresponda. El nivel de confianza utilizado fue del 95% con $p < 0.05$, el software que se usó fue el IBM SPSS 25.

2.3.2. Técnica

Esta investigación utilizó la revisión documental de historias clínicas como técnica. Se recopilaron datos sociodemográficos, antecedentes maternos, resultados de la prueba serológica VDRL, tratamiento y complicaciones perinatales y neonatales. Se escogió esta técnica por el acceso que se tuvo a los registros médicos y por la factibilidad de responder a los objetivos planteados.

2.3.3. Procedimiento para la recolección de la información y descripción de los instrumentos a utilizar

Los datos fueron recopilados por medio de una ficha donde se registró la información sobre las variables de estudio descritas en la operacionalización. En esta ficha se incluyeron campos para edad, edad gestacional, resultados del VDRL, estadio clínico de la sífilis, esquema terapéutico, cumplimiento del tratamiento, y presencia de complicaciones perinatales y neonatales. La información se obtuvo de las historias clínicas alojadas en el sistema informático del Centro de Salud Tipo C Martha Roldós, conforme a los criterios de inclusión y exclusión definidos previamente. Cabe destacar que, los investigadores tuvieron la autorización de la institución para recolectar y procesar los datos, bajo la confidencialidad, respetando el anonimato de las pacientes.

2.4. Aspectos Éticos

Este estudio se rigió conforme los principios éticos de confidencialidad, integridad y respeto hacia la privacidad de las gestantes con el diagnóstico de sífilis. Los datos recopilados se utilizaron netamente con un fin investigativo; por otro lado, se contó con el permiso institucional para el desarrollo del estudio, cuyo perfil de investigación fue aprobado por la Comisión de Investigación Científica.

Las investigadoras fueron las únicas personas que tuvieron el acceso a los datos, donde se asumió un compromiso de confidencialidad, asumiendo la responsabilidad de proteger la información según las leyes vigentes y directrices institucionales. En todos los registros médicos se omitió información sensible como los nombres de las participantes, números de cédula, contacto o afines, con esto se aseguró el anonimato de estas.

CAPITULO 3

RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

3.1. Resultados del objetivo general

Analizar el cumplimiento del tratamiento de la sífilis gestacional en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós en el periodo de enero a diciembre de 2024.

Tabla 2

Tratamiento de la sífilis gestacional otorgado a las pacientes atendidas en el centro de salud

Cumplimiento del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Completo	29	58,0%
Incompleto	21	42,0%
Total	50	100,0%

En la tabla 2 se observa que el 58% de las pacientes completó el tratamiento de sífilis gestacional, mientras que el 42% quedó registrado con cumplimiento incompleto. Esta diferencia debe entenderse considerando que la cantidad de dosis necesarias varía según el estadio clínico de la paciente; en fases primarias, secundaria y latente temprana, una sola dosis es suficiente para alcanzar el cumplimiento, mientras que en fases latente tardía, indeterminada y terciaria, se requieren tres dosis.

3.2. Resultados de los objetivos específicos

3.2.1. Resultados del primer objetivo específico

Determinar las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes con sífilis atendidas en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós.

Tabla 3
Características clínicas y sociodemográficas de las pacientes con sífilis

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 – 24 años	17	34,0%
25 – 32 años	15	30,0%
33 – 40 años	18	36,0%
Total	50	100,0%
Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 20 semanas	20	40,0%
20 – 27 semanas	12	24,0%
28 – 34 semanas	9	18,0%
35 semanas o más	9	18,0%
Total	50	100,0%
Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	10	20,0%
Secundaria	25	50,0%
Superior	15	30,0%
Total	50	100,0%
Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	26	52,0%
Urbano	24	48,0%
Total	50	100,0%
Historia previa de ITS antes del período de análisis	Frecuencia	Porcentaje
No	29	58,0%
Sí	21	42,0%
Total	50	100,0%
Número de controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje
1 – 2	18	36,0%
3 – 4	14	28,0%
Más de 5 controles	18	36,0%
Total	50	100,0%
VDRL vigente en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
No	26	52,0%
Sí	24	48,0%
Total	50	100,0%
Inicio del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
>12 semanas	30	60,0%
≤12 semanas	20	40,0%
Total	50	100,0%

En la tabla 3 se aprecia que el grupo de mujeres de 33 a 40 años concentra el 36%, seguido por 18 a 24 años con 34% y 25 a 32 años con 30%. En cuanto a edad gestacional, el 40% corresponde a menos de 20 semanas, 24% a 20-27 semanas y el 18% a 28-34 semanas. El nivel educativo predomina en secundaria con 50%, seguido por superior con 30% y primaria con 20%. La residencia rural representa 52%, mientras que la urbana alcanza 48%; la historia previa de ITS estuvo presente en el 42% de las pacientes. En controles prenatales, 36% registra 1-2 visitas, 28% entre 3-4 y 36% más de 5.

Por otro lado, el 48% de las mujeres tuvieron un resultado de VDRL positivo realizado en los últimos tres meses del embarazo, mientras que el 52% presentaron un resultado positivo con mayor antigüedad. Aunque todas las gestantes incluidas contaban con diagnóstico confirmado de sífilis en el período de estudio, este indicador diferencia la vigencia del examen serológico, señalando si el resultado correspondía al trimestre más cercano al control o a un momento anterior. De esta forma, no se evalúa la presencia de la infección, ya definida en los criterios de inclusión, sino la actualización del control serológico conforme a la periodicidad establecida en la atención prenatal. En tanto que, el inicio del tratamiento después de 12 semanas asciende a 60%, mientras que 40% lo hace en un periodo menor, resaltando una proporción elevada de inicio tardío y la presencia sostenida de diagnóstico reciente.

3.2.2. Resultados del segundo objetivo específico

Identificar el esquema terapéutico aplicado al tratamiento de la sífilis según el estadio clínico de las pacientes atendidas en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós.

Tabla 4

Esquema terapéutico aplicado al tratamiento de la sífilis según el estadio clínico

[illegible]

En la tabla 4 se observa que en el estadio latente indeterminada el 10% recibió 3 dosis, el 8% tuvo tratamiento incompleto y el 2% no registró el esquema aplicado. En la latente tardía, el 8% recibió 3 dosis, el 2% tuvo tratamiento

incompleto y el 4% no registró datos. La latente temprana presentó 16% con 1 dosis y 4% incompleto. El estadio primario tuvo 8% con 1 dosis, 8% incompleto y 2% sin registro. En secundaria, 6% recibió 1 dosis y 4% no registró datos. El estadio terciario mostró 10% con 3 dosis y 8% incompleto, evidenciando porcentajes elevados de tratamientos incompletos o ausentes.

Resultados del tercer objetivo específico

Determinar la relación entre el cumplimiento del tratamiento y la manifestación de complicaciones perinatales.

Tabla 5*Relación entre cumplimiento del tratamiento y complicaciones perinatales*

Complicaciones fetales		Cumplimiento del tratamiento		Total	Valor p
		Completo	Incompleto		
Bajo peso	Recuento	3	8	11	0,043
	% del total	6,0%	16,0%	22,0%	
Malformaciones	Recuento	1	2	3	
	% del total	2,0%	4,0%	6,0%	
Prematuridad	Recuento	12	7	19	
	% del total	24,0%	14,0%	38,0%	
Sin complicaciones fetales	Recuento	13	4	17	
	% del total	26,0%	8,0%	34,0%	
Total	Recuento	29	21	50	
	% del total	58,0%	42,0%	100,0%	
Complicaciones neonatales		Cumplimiento del tratamiento		Total	Valor p
		Completo	Incompleto		
Bajo peso al nacer	Recuento	2	1	3	0,169
	% del total	4,0%	2,0%	6,0%	
Ictericia	Recuento	4	4	8	
	% del total	8,0%	8,0%	16,0%	
Infecciones	Recuento	4	3	7	
	% del total	8,0%	6,0%	14,0%	
Sífilis congénita	Recuento	5	9	14	
	% del total	10,0%	18,0%	28,0%	
Sin complicaciones	Recuento	14	4	18	
	% del total	28,0%	8,0%	36,0%	
Total	Recuento	29	21	50	
	% del total	58,0%	42,0%	100,0%	

La tabla 5 muestra que, entre las pacientes con tratamiento completo, el 6% presentó bajo peso fetal, el 2% malformaciones y el 24% prematuridad, mientras que un 26% no registró complicaciones fetales. En las pacientes con tratamiento incompleto, el 16% tuvo bajo peso fetal, el 4% malformaciones y el 14% prematuridad, con un 8% sin complicaciones. En el análisis neonatal, el 10% de las pacientes con tratamiento completo y el 18% con tratamiento incompleto registraron sífilis congénita, cifra que resalta como un indicador relevante de riesgo para el estado de salud del recién nacido.

el primer caso se identificó una relación entre las complicaciones fetales y el cumplimiento del tratamiento; por el contrario, no se observó relación con las complicaciones neonatales, dado que el valor superó el umbral de significancia estadística habitual de 0,05.

3.3. Tablas cruzadas

Tabla 6

Cruce de variables: Edad y cumplimiento del tratamiento

Edad		Cumplimiento del tratamiento		Total	Valor p
		Completo	Incompleto		
18 – 24 años	Recuento	10	7	17	0,633
	% del total	20,0%	14,0%	34,0%	
25 – 32 años	Recuento	10	5	15	
	% del total	20,0%	10,0%	30,0%	
33 – 40 años	Recuento	9	9	18	
	% del total	18,0%	18,0%	36,0%	
Total	Recuento	29	21	50	
	% del total	58,0%	42,0%	100,0%	

La tabla 6 evidencia que en el grupo de 18 a 24 años el cumplimiento completo alcanzó 20% y el incompleto 14%. En el rango de 25 a 32 años, el cumplimiento completo fue de 20% y el incompleto de 10%. En el grupo de 33 a 40 años se presentó 18% con cumplimiento completo y 18% con incompleto. Este último grupo concentra el mayor porcentaje de incumplimiento, lo que señala una dificultad relevante en la adherencia al tratamiento dentro de este segmento. Por otro lado, se aplicó la prueba chi cuadrado para contrastar la relación entre edad y cumplimiento del tratamiento, cuyo valor fue 0,633 indicando la ausencia de correlación entre ambas variables.

Tabla 7

Cruce de variables: Nivel educativo y cumplimiento del tratamiento

Nivel educativo		Cumplimiento del tratamiento		Total	Valor p
En la tabla 7 se evidencia que para los que estudiaron solo la primaria, el					
		Completo	Incompleto		
Primaria	Recuento	8	2	10	
	% del total	16,0%	4,0%	20,0%	
	Secundaria Recuent	13	12	25	
	o				
	% del total	26,0%	24,0%	50,0%	0,337
Superior	Recuento	8	7	15	
	% del total	16,0%	14,0%	30,0%	
Total	Recuento	29	21	50	
	% del total	58,0%	42,0%	100,0%	

16% completó el tratamiento, mientras que el 4% lo tuvo incompleto. Para los que estudiaron la secundaria, el 26% lo hizo completo, en tanto que, el 14% de forma incompleta. Por tanto, se refleja que el mayor incumplimiento se realizó en los que tenía como nivel educativo la secundaria. La prueba chi cuadrado expresó un valor p de 0,337, demostrando que no existe relación estadística entre el nivel educativo y el cumplimiento del tratamiento en la población analizada.

Tabla 8*Cruce de variables: Residencia y cumplimiento del tratamiento*

Residencia		Cumplimiento del tratamiento		Total	Valor p
		Completo completo	In completo		
Rural	Recuento	16	10	26	0,405
	% del total	32,0%	20,0%	52,0%	
Urbano	Recuento	13	11	24	
	% del total	26,0%	22,0%	48,0%	
Total	Recuento	29	21	50	
	% del total	58,0%	42,0%	100,0%	

En la tabla 8 se observa que en la zona rural el 32% de las pacientes completó el tratamiento, mientras que el 20% lo dejó incompleto. En la zona urbana, el 26% presentó cumplimiento completo y el 22% incompleto. El total general muestra un 58% de tratamientos completos y un 42% incompletos. La proporción de tratamientos incompletos en zonas urbanas y rurales, cercana en por otra parte, los valores p obtenidos mediante la prueba de Fisher son 0,043 para complicaciones fetales y 0,169 para complicaciones neonatales. En magnitud, refleja una presencia de casos que no alcanzaron la finalización del esquema terapéutico. El valor p de la prueba chi cuadrado fue de 0,405, exponiendo la ausencia de relación entre residencia y el cumplimiento del tratamiento

CAPITULO 4

DISCUSIÓN

Los resultados demostraron que en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós, solo el 58% de las gestantes completó el esquema de tratamiento, mientras que el 42% lo interrumpió. La pauta de referencia basada en penicilina G benzatina establece una dosis única de 2,4 millones de unidades para sífilis primaria, secundaria o latente temprana, y tres dosis semanales para las formas latentes tardías o indeterminadas (49, 50). El incumplimiento registrado en casos latentes coincide con lo señalado en la teoría, donde se enfatiza el garantizar las tres dosis para evitar transmisión vertical (56).

En Brasil, se documentó que mujeres con títulos elevados de VDRL y con menos de seis controles prenatales tuvieron mayor probabilidad de que el bebé tuviera bajo peso al nacer y parto pretérmino, en particular cuando no recibieron tratamiento completo (73). En Estados Unidos, el 57,6% recibió tratamiento adecuado, el 18,4% inadecuado y el 24% no fue tratado, y se observaron mayores riesgos de mortinato, bajo peso y admisión a UCI neonatal en las mujeres sin tratamiento (74)

Los datos de China también revelaron que ninguna mujer tratada en el primer trimestre transmitió la infección al neonato, mientras que el tratamiento tardío incrementó los desenlaces adversos (75). El contraste evidencia que los porcentajes locales de tratamiento incompleto se relacionan con la persistencia de complicaciones, en concordancia con lo que señala la OMS sobre la eficacia de la penicilina para reducir mortinatos, prematuridad y sífilis congénita (76).

En cuanto a las características sociodemográficas, se observó que el nivel educativo secundario fue el más frecuente, con una proporción elevada de incumplimiento terapéutico. La teoría plantea que el bajo nivel educativo condiciona la asistencia irregular al control prenatal y retrasa el inicio del

tratamiento (45). El estudio estadounidense reflejó que la ausencia de tratamiento alcanzó una cuarta parte de las mujeres, lo que confirma la influencia de factores de seguimiento en el desenlace materno y neonatal (74). En el contexto local, las cifras de incumplimiento se concentran en este grupo, lo que sugiere que la escolaridad constituye un factor que incide en la adherencia.

Las personas que habitaban en zonas rurales y urbanas mostraron porcentajes similares de tratamiento incompleto. En este contexto, se reflejó que el control prenatal se ve perjudicado por la distancia a los centros sanitarios y la precaria situación socioeconómica (46). De hecho, un estudio chino destacó que los tratamientos en las primeras etapas dependen del acceso a los servicios de salud en el primer trimestre de gestación (75). Por tanto, esto se relaciona con la presente investigación al observar que la ubicación geográfica influye en el diagnóstico y tratamiento.

El análisis de complicaciones fetales mostró que el 22% de los casos presentó bajo peso y el 38% prematuridad. La teoría señala que la transmisión vertical de *Treponema pallidum* puede producir restricción del crecimiento intrauterino y muerte fetal (62). Estos resultados coinciden con los del estudio brasileño, que documentó mayor riesgo de parto prematuro en gestantes con diagnóstico de sífilis y tratamiento insuficiente (73). A pesar de ello, el valor p de 0,055 en los datos locales no alcanzó significancia estadística, lo que puede atribuirse al número reducido de pacientes incluidas en el análisis.

En las complicaciones neonatales, la proporción de sífilis congénita alcanzó 28%. El marco teórico describe que la infección vertical genera cuadros tempranos con hepatoesplenomegalia, ictericia y alteraciones hematológicas (59, 60). El estudio de Estados Unidos evidenció que el bajo peso, la mortalidad perinatal y la admisión a UCI neonatal fueron más frecuentes en mujeres no tratadas (74), mientras que la cohorte china mostró que el tratamiento adecuado en el primer trimestre previno la sífilis congénita (75). El panorama del centro

guarda coherencia con estos resultados, pues los casos neonatales se concentraron en madres con esquemas incompletos.

Los cruces de variables confirmaron que las mujeres con educación secundaria y las residentes en zonas tanto rurales como urbanas mostraron porcentajes elevados de incumplimiento. El marco teórico expone que la falta de control prenatal temprano y la historia obstétrica de sífilis previa aumentan el riesgo de complicaciones (48). De igual forma, se recomienda seguimiento serológico trimestral y cumplimiento estricto de la penicilina en el transcurso del embarazo (77). Las cifras locales reflejan que estas recomendaciones no siempre se cumplen, lo que explica la persistencia de resultados adversos.

Por otro lado, los datos sobre inicio tardío del tratamiento, observado en el 60% de las pacientes, se relacionan con la carencia de tamizajes en el primer trimestre. El marco teórico destaca que el cribado debe realizarse en el primer trimestre y repetirse en el tercero en gestantes con factores de riesgo (32, 40). En este contexto, un informe del 2025 ratifica la validez del tamizaje universal en el embarazo (32).

CONCLUSIONES

El tratamiento de la sífilis gestacional brindado en el centro de salud en el período de enero a diciembre de 2024 mostró porcentajes similares para tratamientos completos e incompletos. Este resultado evidencia que la aplicación terapéutica no está siendo eficaz en cuanto a su cumplimiento, por lo que se necesitan de estrategias que se enfoquen en la continuidad de la atención.

En el aspecto sociodemográfico, se identificó una mayoría en edades de 33 a 40 años, de zona rural con educación secundaria. El tratamiento inició mayoritariamente después de la semana 12 de gestación, se identificó que varias pacientes tenían antecedentes de infección de transmisión sexual.

En cuanto al aspecto terapéutico, los estadios latente temprana y primaria se asociaron con una dosis, en tanto que la latente indeterminada, tardía y la terciaria se relacionaron con tres dosis. A su vez, se reflejaron tratamientos incompletos o sin registro en varios estadios clínicos, esto dificulta la aplicación de las pautas.

Las complicaciones perinatales fueron bajo peso al nacer, parto prematuro, malformaciones y sífilis congénita en recién nacidos. No se evidenció relación entre el cumplimiento del tratamiento y las complicaciones, a pesar de ello se identificaron mayores complicaciones en personas con tratamientos incompletos.

REFERENCIAS

1. Arcanjo H, de Araújo M, Souza E, Vieira R, Ramos S, Hubner M, et al. Fatores de risco associados a persistência da sífilis gestacional: uma revisão integrativa. Research, Society and Development. 2022;11(6).
2. Cuaji G, Meneses R, Morán M. Análisis epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita, desde la implementación del protocolo nacional, en Tuluá Valle del Cauca [Internet] [Tesis de grado]. Unidad Central del Valle del Cauca; 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12993/1590>
3. Erazo-Medina L, García-Cajaleón J, Sotelo-Muñoz S, Rivera-Beltrán S, Reyes-Ortiz S, Campos-Correa K. Sífilis gestacional: análisis de factores de riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015- 2020). Ginecología y obstetricia de México. 2022;90(11):901-9.
4. Becerra-Arias C, Alvarado-Socarras JL, Manrique-Hernandez EF, Caballero-Carvajal JA. Estudio ecológico de la sífilis gestacional y congénita en Colombia, 2012-2018. Revista Cuidarte [Internet]. abril de 2022 [citado 22 de abril de 2025];13(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732022000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Torres PMA, Reis AR de P, Santos AST dos, Negrinho NB da S, Meneguetti MG, Gir E. Factors associated with inadequate treatment of syphilis during pregnancy: an integrative review. Rev Bras Enferm. 9 de septiembre de 2022;75:e20210965.
6. OPS. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita: estrategia de monitoreo regional. 3.ed [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-para-eliminacion-transmision-materno-infantil-vih-sifilis>
7. OPS. Salud en las Américas. Acelerar la eliminación de enfermedades. 2024.
8. Sobrero H, Mattos MJ, González Y, Moraes M. Prevalencia de sífilis gestacional y congénita en una maternidad pública de Montevideo, Uruguay, en los años 2018 y 2019. Revista chilena de infectología. agosto de 2023;40(4):342-6.
9. Ministerio de Salud Pública. Ecuador es el quinto país de la región en adoptar la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de VIH, Sífilis, Hepatitis y Chagas [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-es-el-quinto-pais-de-la-region-en-adoptar-la-estrategia-de-eliminacion-de-la-transmision-materno-infantil-de-vih-sifilis-hepatitis-y-chagas/>

10. Paula MA de, Simões LA, Mendes JC, Vieira EW, Matozinhos FP, Silva TMR da. Diagnosis and treatment of syphilis in pregnant women at the services of Primary Care. *Ciênc saúde coletiva*. 22 de julio de 2022;27:3331-40.
11. Ministerio de Salud Pública. Algoritmo para uso de pruebas no treponémicas en el diagnóstico de sífilis [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/03/algoritmos_its_documento.pdf
12. Ministerio de Salud Pública. Reducción de las enfermedades crónico-trasmisibles de mayor impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, tuberculosis y hepatitis viral B y C [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/04/Proyecto_Emblematico_2023_2025.pdf
13. Ministerio de Salud Pública. Guía de Prevención y Control de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita y de Atención Integral de Niños/As con VIH/Sida [Internet]. 2012. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GUIA%20DE%20PREVENCI%C3%93N%20Y%20CONTROL%20DE%20LA%20TRANSMISI%C3%93N%20MATERNO%20INFANTIL%20DEL%20VIH%20Y%20S%C3%8DFILIS%20CONG%C3%89NITA%20Y%20DE%20.pdf>
14. López YYE, Aldaba M de L, Acosta MEH, Mota JC, Rodríguez CGS, Ramírez DLC, et al. Características clínico-epidemiológicas de la sífilis gestacional en una población de Baja California, México. *Arch Med Fam*. 10 de julio de 2024;26(4):197-201.
15. KIELAITE D, JANUSKIENE S, PALIULYTE V. Syphilis Infection During Pregnancy: The Possible Effect on the Course of Pregnancy and Fetal Outcomes—A Case Report and Literature Review. *Biomedicines*. enero de 2025;13(1):169.
16. Pascoal LB, Carellos EVM, Tarabai BHM, Vieira CC, Rezende LG, Salgado BSF, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Tropical Medicine & International Health*. 2023;28(6):442-53.
17. Almeida AS de, Andrade J, Fermiano R, Jamas MT, Carvalhaes MA de BL, Parada CMG de L. SYPHILIS IN PREGNANCY, FACTORS ASSOCIATED WITH CONGENITAL SYPHILIS AND NEWBORN CONDITIONS AT BIRTH. *Texto contexto - enferm*. 16 de agosto de 2021;30:e20200423.
18. Rocha AFB, Araújo MAL, Barros VL de, Américo CF, Silva Júnior GB da. Complications, clinical manifestations of congenital syphilis, and aspects related to its prevention: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 14 de julio de 2021;74:e20190318.

19. Lim J, Yoon SJ, Shin JE, Han JH, Lee SM, Eun HS, et al. Outcomes of infants born to pregnant women with syphilis: a nationwide study in Korea. *BMC Pediatr*. 22 de enero de 2021;21(1):47.
20. Benítez J, Yépez MA, Hernández-Carrillo M, Martínez DM, Cubides-Munévar Á, Holguín-Ruiz JA, et al. Características sociodemográficas y clínicas de la sífilis gestacional en Cali, 2018. *Biomédica*. octubre de 2021;41:140-52.
21. Pereira Y, Pereira J, Quirós L. Sífilis: abordaje clínico y terapéutico en primer nivel de atención. *Revista Medica Sinergia*. 1 de agosto de 2020;5(8):e559-e559.
22. Olarte NM, Valderrama IA, Eliecer Castellanos J, Raba AM, Jiménez JM, Alejandro Mojica J. Efecto de la desviación positiva en el diagnóstico y tratamiento de la sífilis gestacional, y prevención de la sífilis congénita: estudio de cohortes. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]*. 28 de noviembre de 2024 [citado 22 de abril de 2025];75(4). Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/4198>
23. Tudor M, Al Aboud A, Leslie S, Gossman W. Syphilis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 9 de julio de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534780/>
24. Luo Y, Xie Y, Xiao Y. Laboratory Diagnostic Tools for Syphilis: Current Status and Future Prospects. *Front Cell Infect Microbiol*. 8 de febrero de 2021;10:574806.
25. Verheul D, Ernst B, Farrar J, Zuelzer W, Doern C, Kuester V, et al. Syphilis. En: Zuelzer W, Metikala S, editores. *Unusual Conditions That Every Orthopaedic Surgeon Should Know: A Case-Based Guide [Internet]*. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024 [citado 9 de julio de 2025]. p. 107-35. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-58946-1_6
26. OMS. Syphilis [Internet]. 2025 [citado 9 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
27. Satyaputra F, Hendry S, Braddick M, Sivabalan P, Norton R. The Laboratory Diagnosis of Syphilis. *J Clin Microbiol*. 2021;59(10):1-21.
28. Villarreal D, Babalola C. Expanding Horizons in Syphilis Treatment: Challenges, Advances, and Opportunities for Alternative Antibiotics. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2025;22(1):1-22.
29. Begovac J, Romih V, Vrsaljko N, Močibob L, Bogdanić N, Zekan Š, et al. Incidence, risk factors, and clinical findings of syphilis among men living with HIV in Croatia during the COVID-19 pandemic. *Sci Rep*. 21 de julio de 2023;13(1):11784.

30. Zheng Y, Ye K, Ying M, He Y, Yu Q, Lan L, et al. Syphilis epidemic among men who have sex with men: A global systematic review and meta-analysis of prevalence, incidence, and associated factors. *J Glob Health*. 14:04004.
31. Aung E, Fairley C, Ong J, Chen M, Phillips T, Tran J, et al. Incidence and Risk Factors for Early Syphilis Among Men Who Have Sex With Men in Australia, 2013–2019: A Retrospective Cohort Study. *Open Forum Infect Dis* [Internet]. 12 de enero de 2023 [citado 9 de julio de 2025];10(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9898878/>
32. US Preventive Services Task Force. Screening for Syphilis Infection During Pregnancy: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA*. 10 de junio de 2025;333(22):2006-12.
33. Sankaran D, Partridge E, Lakshminrusimha S. Congenital Syphilis—An Illustrative Review. *Children*. agosto de 2023;10(8):1310.
34. Chaudhry S, Akinlusi I, Shi T, Cervantes J. Secondary Syphilis: Pathophysiology, Clinical Manifestations, and Diagnostic Testing. *Venereology*. junio de 2023;2(2):65-75.
35. Reis AR de P, Duarte G, Meneguetti MG, Reis RK, Silva ACR e, Gir E. Reactive treponemal and non-treponemal tests in pregnant women and associated factors. *Rev esc enferm USP*. 25 de noviembre de 2022;56:e20220146.
36. Kaur S, Kumar B, Arora D, Jindal N. Biological false positive rapid plasma reagin tests in pregnant females in North India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2021;8(3):1217-20.
37. Buelna-Alpízar A, Derat-Quintero K socorro, Velázquez-Díaz EI, Martínez-García JJ, Martínez-Félix NS, Gutiérrez-Arzapalo PY, et al. Early congenital syphilis: A case report. *Rev Med UAS*. 8 de marzo de 2023;12(Esp):64-8.
38. Moreno-Salazar MS, Alcocer-Díaz S. Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes y prevalencia de sífilis en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Huaquillas, periodo 2022. *MQRInvestigar*. 4 de marzo de 2024;8(1):3635-52.
39. O'Connor NP, Burke PC, Worley S, Kadkhoda K, Goje O, Foster CB. Outcomes After Positive Syphilis Screening. *Pediatrics*. 24 de agosto de 2022;150(3):e2022056457.
40. Morshed M, Vallée M, Zhou HY, Hasso M, Stein D, Tran V, et al. Canadian Public Health Laboratory Network National Syphilis In-Laboratory Serological Testing Recommendations. *Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada*. 4 de abril de 2025;e20240027.

41. Cunha Ramos M, Nicola MRC, Bezerra NTC, Sardinha JCG, Morais JS de S, Schettini AP. Genital ulcers caused by sexually transmitted agents<sup/>,<sup/>. *An Bras Dermatol*. 30 de septiembre de 2022;97:551-65.
42. Gedefie A, Shimeles G, Motbainor H, Kassanew B, Genet C. Vaginal colonization and vertical transmission of *Candida* species: prevalence and associated factors among pregnant women and their neonates at public health facilities of Northeast Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 9 de enero de 2025;25(1):22.
43. Fernandes LPMR, Souza CL, Oliveira MV. Missed opportunities in treating pregnant women's sexual partners with syphilis: a systematic review. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 10 de septiembre de 2021;21:361-8.
44. Li L, Liu Z, Wang X, Zhang X, Wang L. PregnancyLine: A Visual Analysis System for Pregnancy Care and Risk Communication. *IEEE Access*. 2022;10:111493-506.
45. Zhang Y, Guy R, Camara H, Applegate TL, Wiseman V, Treloar C, et al. Barriers and facilitators to HIV and syphilis rapid diagnostic testing in antenatal care settings in low-income and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Glob Health* [Internet]. 1 de noviembre de 2022 [citado 23 de abril de 2025];7(11). Disponible en: <https://gh.bmj.com/content/7/11/e009408>
46. Chan EYL, Smullin C, Clavijo S, Papp-Green M, Park E, Nelson M, et al. A qualitative assessment of structural barriers to prenatal care and congenital syphilis prevention in Kern County, California. *PLOS ONE*. 1 de abril de 2021;16(4):e0249419.
47. Brandenburger D, Ambrosino E. The impact of antenatal syphilis point of care testing on pregnancy outcomes: A systematic review. *PLOS ONE*. 25 de marzo de 2021;16(3):e0247649.
48. Salomè S, Cambriglia MD, Montesano G, Capasso L, Raimondi F. Congenital Syphilis: A Re-Emerging but Preventable Infection. *Pathogens*. junio de 2024;13(6):481.
49. Cañero MFS, Mejías MD, Díaz MRG. Sífilis y embarazo. Pautas de tratamiento. *Enfermería Cuidándote*. 8 de julio de 2022;5(3):13-8.
50. Shah S, Garg S, Heath K, Ofili O, Bansal Y, Seghers F, et al. Estimation of benzathine penicillin G demand for congenital syphilis elimination with adoption of dual HIV/syphilis rapid diagnostic tests in eleven high burden countries. *PLOS ONE*. 19 de agosto de 2021;16(8):e0256400.

51. Ortega-Cisneros M, Moras-Villela VL, Delgado-Bañuelos A, Madrigal-Beas IM, Aguilar-Chávez Y, Ochoa-García IV, et al. Alergia a la penicilina. *Revista alergia México*. 2022;69:81-93.
52. Garcia JFB, Aun MV, Motta AA, Castells M, Kalil J, Giavina-Bianchi P. Algorithm to guide re-exposure to penicillin in allergic pregnant women with syphilis: Efficacy and safety. *World Allergy Organization Journal*. 1 de junio de 2021;14(6):100549.
53. Cohen GG, Cohen MJ, Dveyrin Z, Mor Z, Rorman E, Kaliner E. Serological follow-up after syphilis diagnosis in Israel. *Epidemiology & Infection*. enero de 2024;152:e63.
54. Villamizar H, Vergara N, Martínez-Barreto D, Moreno-Chaparro J, Gaitán-Duarte H. Reinfección por sífilis gestacional: reporte de caso y revisión sistemática de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 7 de febrero de 2025;76(1):4328.
55. Zhong S, Ou Y, Zhang F, Lin Z, Huang R, Nong A, et al. Prevalence trends and risk factors associated with HIV, syphilis, and hepatitis C virus among pregnant women in Southwest China, 2009–2018. *AIDS Res Ther*. 27 de junio de 2022;19(1):31.
56. Guedes AL de L, Guimarães DC da S, Sarkis DJ, Gabriel TT, Delgado CS, Campos AAL, et al. Factors associated with women diagnosed with syphilis who received prenatal care in a primary healthcare unit. *einstein (São Paulo)*. 20 de marzo de 2023;21:eAO0046.
57. Schuetz Haemmerli N, von Gunten ,Geraldine, Khan ,Jeannine, Stoffel ,Liliane, Humpl ,Tilman, and Cignacco E. Interprofessional Collaboration in a New Model of Transitional Care for Families with Preterm Infants – The Health Care Professional’s Perspective. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 23 de abril de 2021;14:897-908.
58. Auriti C, Bucci S, De Rose DU, Coltella L, Santisi A, Martini L, et al. Maternal–Fetal Infections (Cytomegalovirus, Toxoplasma, Syphilis): Short-Term and Long-Term Neurodevelopmental Outcomes in Children Infected and Uninfected at Birth. *Pathogens*. noviembre de 2022;11(11):1278.
59. Oliveira D, Piedade J, Castro R, Lopes Â, Martins M do R, Pereira F. Evaluating vertical transmission of sexually transmitted infections to newborns. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 31 de octubre de 2021;15(10):1547-50.
60. Tascón-Barona AH, Coral-Rivera NS. Bone abnormalities in congenital syphilis: A case report. *Radiology Case Reports*. 1 de febrero de 2025;20(2):871-3.

61. Mohammed H, Faisal S, Hassan S, Abdulrahman S, Ibrahim A. Early Congenital Syphilis Presenting With Severe Congenital Pneumonia and Cutaneous Manifestations in a Neonate at Birth: A Case Report. *Cureus*. 2024;16(9).
62. Aguiar DM de, Andrade AM de, Ramalho AA, Martins FA, Koifman RJ, Opitz SP, et al. Effect of prenatal care quality on the risk of low birth weight, preterm birth and vertical transmission of HIV, syphilis, and hepatitis. *PLOS Global Public Health*. 29 de marzo de 2023;3(3):e0001716.
63. Cramez C, Lafont M, Boumahni B, Boukerrou M, Tran PL. Fetal and neonatal outcomes in syphilis infected pregnant women in Reunion Island: An observational retrospective multicentric study. *PLOS ONE*. 25 de noviembre de 2024;19(11):e0309828.
64. Kara EM, Arısoy AE, Rochat RH. Congenital Syphilis and Hearing Loss. En: Arısoy AE, Arısoy ES, Bayar Muluk N, Cingi C, Correa AG, editores. *Hearing Loss in Congenital, Neonatal and Childhood Infections* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [citado 23 de abril de 2025]. p. 131-47. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-38495-0_10
65. Muzi G, Ferrara D, Mamone R, D'Auria D, Ranucci G, Quitadamo P, et al. Ultrasound findings in early congenital syphilis: Two case reports and literature review. *Radiol Case Rep*. 22 de febrero de 2024;19(5):1859-65.
66. Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana VIH, sífilis, hepatitis B y la enfermedad de Chagas en el Ecuador (ETMI Plus) [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/04/Protocolo_de_Manejo_Clinico_de_la_Eliminacion_de_la_Transmision_Materno-infantil_PLUS_2023_2024.pdf?utm_source=chatgpt.com
67. OPS. Intervenciones esenciales para la prevención de la sífilis congénita [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2023-02/2023-cde-etmi-plus-prev-elim-cong-syphilis-spa.pdf?utm_source=chatgpt.com
68. OPS. Los casos de sífilis aumentan en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 9 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/22-5-2024-casos-sifilis-aumentan-americas>
69. Zambrano S, Ruiz K, Mina J, Jaime V. Sífilis congénita en América Latina: prevalencia, factores de riesgo y complicaciones en la salud materno-fetal. *Revista Científica de Salud BIOSANA*. 4 de agosto de 2024;4(4):104-19.

70. González F, Aguinaga G, Carrero Y, Ocaña C. Congenital Syphilis in Ecuador is a still unsolved problem? *Kasmera* [Internet]. 20 de septiembre de 2021 [citado 9 de julio de 2025];49(2). Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/kasmera/article/view/34108>
71. OPS, OMS, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductia CLAP/SMR. Estudio de prevalencia de VIH, Sífilis y Enfermedad de Chagas en mujeres atendidas por parto o aborto en Ecuador [Internet]. 2013. Disponible en: https://perinatal.bvsalud.org/wp-content/uploads/2023/08/CLAP1598.pdf?utm_source=chatgpt.com
72. MSP. Centros de salud - coordinación zonal 8 - salud (Guayaquil - Durán - Samborondón) [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/12/Listado-de-Centros-de-Salud-Coordinacion-Zonal-8-Salud-2.pdf?utm_source=chatgpt.com
73. Matos H, De Cássia R, Pereira E, Barreto M, Paixão E, Ichihara M. Syphilis in pregnancy and adverse birth outcomes: A nationwide longitudinal study in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. julio de 2024;166(1):80-9.
74. Carlson J, Sancken C, Nguyen K, Lewis E, Praag A, Pulliam K, et al. Birth Outcomes Among Women With Syphilis During Pregnancy in Six U.S. States, 2018–2021. *Obstetrics & Gynecology*. julio de 2025;146(1):121.
75. Wan Z, Zhang H, Xu H, Hu Y, Tan C, Tao Y. Maternal syphilis treatment and pregnancy outcomes: a retrospective study in Jiangxi Province, China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 27 de octubre de 2020;20:648.
76. KIELAITE D, JANUSKIENE S, PALIULYTE V. Syphilis Infection During Pregnancy: The Possible Effect on the Course of Pregnancy and Fetal Outcomes—A Case Report and Literature Review. *Biomedicines*. enero de 2025;13(1):169.
77. Centers for Disease Control and Prevention. Syphilis During Pregnancy [Internet]. 2021 [citado 20 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis-pregnancy.htm>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **ALVAREZ PAREDES DAYANA PAMELA**, con C.C: 0951110287 autor/a del trabajo de titulación: **Tratamiento de la sífilis gestacional en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós desde enero del 2024 hasta diciembre del 2024**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2025.

LA AUTORA:



Firmado electrónicamente por:
**DAYANA PAMELA
ALVAREZ PAREDES**

Validar Únicamente con FirmaEC

ALVAREZ PAREDES DAYANA PAMELA

C.C: 0951110287



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **MARTÍNEZ ROMERO CARLA ESTEFANY**, con C.C: 1105187809 autor/a del trabajo de titulación: **Tratamiento de la sífilis gestacional en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós desde enero del 2024 hasta diciembre del 2024**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2025.

LA AUTORA:



Carla Estefany
Martínez Romero



MARTÍNEZ ROMERO CARLA ESTEFANY
C.C: 1105187809

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Tratamiento de la sífilis gestacional en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós desde enero del 2024 hasta diciembre del 2024		
AUTOR(ES)	Álvarez Paredes Dayana Pamela Martínez Romero Carla Estefany		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	11 de septiembre de 2025	No. DE PÁGINAS:	49
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Ginecología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Tratamiento, sífilis gestacional, gestantes, complicaciones fetales y complicaciones neonatales.		
RESUMEN: Introducción: La sífilis gestacional continúa constituyendo un problema vigente de salud pública en contextos donde la detección y el tratamiento oportuno no siempre se garantizan. Objetivo: Analizar el tratamiento de la sífilis gestacional en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Tipo C Martha Roldós en el periodo de enero a diciembre de 2024. Metodología: Estudio de tipo analítico, observacional, transversal y cuantitativo, con una población de 50 gestantes con sífilis gestacional diagnosticada, cuya información derivó de las historias clínicas. Resultados: La mayoría de las gestantes tenían entre 33 a 40 años (36%), seguida de 18 a 24 años (34%). El 52% residía en zonas rurales y el 50% tenía nivel secundario. El inicio del tratamiento se registró después de la semana 12 en 60% de las pacientes; con respecto al cumplimiento del tratamiento, 29 gestantes completaron el esquema y 21 mujeres un esquema incompleto. En el análisis terapéutico, 30% recibió una dosis, 28% tres dosis, 30% tratamientos incompletos y 12% no registrados. En relación con complicaciones, el 38% presentó prematuridad, 22% bajo peso fetal y 28% sífilis congénita en recién nacidos. Conclusión: Los resultados evidencian que la aplicación de esquemas terapéuticos presentó variabilidad según el estadio clínico, con presencia de tratamientos incompletos y registros ausentes.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-988832995 +593-988015280	E-mail: Dayana1499pamela@gmail.com Carla.martinez01@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Diego Antonio Vázquez Teléfono: +593 994117120 E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			