



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

FACTORES Y CARACTERÍSTICAS DE SÍFILIS CONGENITA TEMPRANA.
HOSPITAL NACIONAL GENERAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”
PERIODO 2015 – 2022

AUTOR:

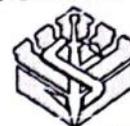
María Eugenia Rodríguez

CI: 20.031.785

Tutor Clínico: Dra. Arteaga, Everilda

Tutor Metodológico: Prof. Amílcar Pérez R

Bárbula, 2023



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

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

FACTORES Y CARACTERÍSTICAS DE SÍFILIS CONGENITA TEMPRANA. HOSPITAL NACIONAL GENERAL "DR. ÁNGEL LARRALDE" PERIODO 2015 – 2022

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

RODRIGUEZ L., MARIA E.
C.I. V – 20031785

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Everilda Arteaga C.I. 8849676, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **19/09/2023**

Prof. Everilda Arteaga
(Pdte)

C.I. *8849676*
Fecha *19/09/2023*

Prof. Joselina López
C.I. *9448448*
Fecha *19/09/2023*

TG:34-23



Prof. Aracelis Valera de Magdaleno
C.I. *3953119*
Fecha *19-09-2023*

TG-CS: 34-23

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"FACTORES Y CARACTERÍSTICAS DE SÍFILIS CONGENITA TEMPRANA. HOSPITAL NACIONAL GENERAL "DR. ÁNGEL LARRALDE" PERIODO 2015 - 2022" Presentado por el (la) ciudadano (a): **RODRIGUEZ L., MARIA E.** titular de la cédula de identidad N° **V-20031785**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 14/09/2023 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 19/09/2023.

RESOLUCIÓN

Aprobado: Fecha: 19/09/2023 *Reprobado: Fecha: _____.

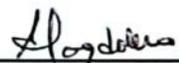
Observación: _____



Presidente del Jurado
Nombre: Everilda Antezán
C.I. 8.849.676



Miembro del Jurado
Nombre: Josema Lopez
C.I. 9448448



Miembro del Jurado
Nombre: Aracely Velasco de O
C.I. 3953118

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.



Naguanagua, 26 de marzo de 2023

INFORME DE ACTIVIDADES

En el marco de la construcción del trabajo especial de grado titulado: "FACTORES Y CARACTERÍSTICAS DE SÍFILIS CONGENITA TEMPRANA. HOSPITAL NACIONAL GENERAL "DR. ÁNGEL LARRALDE", PERIODO 2015 – 2022", realizado por la ciudadana María Eugenia Rodríguez, cédula de identidad N° 20.031.785, para optar al título de ESPECIALISTA en: Pediatría Y Puericultura, se realizaron las siguientes actividades:

ACTIVIDADES	Julio 2022	Agosto 2022	Septiembre 2022	Octubre 2022	Noviembre 2022	Diciembre 2022	Enero 2023	Febrero 2023	Marzo 2023
Construcción del Proyecto de trabajo de grado	X	X							
Aprobación del Proyecto		X	X						
Aplicación de los instrumentos				X	X	X			
Elaboración de tabla matriz						X	X	X	
Elaboración de tablas						X	X	X	
Discusión y análisis de los resultados							X	X	X
Revisión final del trabajo especial de grado								X	X

Tutor

Dra. Everilda Arteaga
C.I: V-8.849.676



Residente

María Eugenia Rodríguez
C.I: V-20.031.785



DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado principalmente a Emma Riobueno, mi hija por ser mi motivación diariamente, por ser luz durante todo este camino, por enseñarme tanto con tan pocos años de vida.

A mis amigas y colegas incondicionales Graciela Rivas, Amelys Jiménez y Georgina Echezuria la cual fueron pieza fundamental, acompañándome desde el inicio hasta el final de esta etapa. Gracias

A María Esther campos, por ayudarme y apoyarme incansablemente durante estos tres años

Para mi querida Dra Joselina López por todo el apoyo académico, por el apoyo moral, por no dejarme renunciar jamás. A Todos los tutores que formaron parte de mi formación como pediatra. Gracias



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**FACTORES Y CARACTERÍSTICAS DE SÍFILIS CONGENITA TEMPRANA.
HOSPITAL NACIONAL GENERAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”
PERIODO 2015 – 2022**

Autora: María Eugenia Rodríguez

Tutora: Dra. Arteaga, Everilda

Año 2023

RESUMEN

La sífilis congénita temprana (SCT) es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Treponema pallidum*, cuyas manifestaciones clínicas aparecen antes de los dos años de edad. **Objetivo general:** Identificar factores asociados y caracterización de los casos de SCT en pacientes atendidos en el Servicio de neonatología del Hospital Nacional General Dr. Ángel Larralde, 2015 hasta 2022. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 29 historias de pacientes menores de 2 años con diagnóstico de SCT. La recolección de los datos se realizó mediante la revisión documental. Los resultados se presentaron en distribuciones de frecuencias (absolutas y relativas) y estadísticos descriptivos. **Resultados:** La incidencia fue de 0,12 por cada 100 nacidos vivos. La edad materna promedio 22,34 años \pm 0,82, más frecuentes entre 20 y 29 años (68,97%). Con embarazos controlados (51,72%), diagnosticadas con sífilis en el III trimestre de embarazo (51,72%). El esquema de tratamiento recibido fue la Penicilina benzatínica (31,03%). La vía de resolución del embarazo predominante fue el parto vaginal (72,41%). Predominaron los menores de 24 horas de edad (72,41%), del género femenino (58,62%), en su mayoría con edad gestacional a término (93,10%). Con una relación de peso/EG adecuado para la edad gestacional (96,55%). Prevalcieron los pacientes asintomáticos (96,55%), con promedio de hospitalización 9,49 días \pm 0,58. **Conclusión:** La SCT continúa siendo un importante problema de salud pública en el mundo, a pesar del amplio conocimiento sobre esa enfermedad, de estrategias de promoción y prevención, tratamiento de bajo costo y se considera como prueba diagnóstica el VDRL.

Palabras Clave: sífilis congénita temprana, factores maternos, características neonatales, embarazo, ITS

Línea de Investigación: Infectología



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

ABSTRACT

Early congenital syphilis (ECS) is an infectious disease produced by *Treponema pallidum*, whose clinical manifestations appear before two years of age. **General objective:** Identify associated factors and characterization of SCT in patients treated at the neonatology Service of the Dr. Ángel Larralde General National Hospital, 2015 to 2022. **Methodology:** Observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study. The sample consisted of 29 histories of patients under 2 years of age with a diagnosis of ECS. Data collection was carried out through documentary review. The results were presented in frequency distributions (absolute and relative) and descriptive statistics. **Results:** The incidence was 0.12 per 100 live births. The average maternal age was 22.34 years \pm 0.82, more frequent between 20 and 29 years (68.97%). With controlled pregnancies (51.72%), diagnosed with syphilis in the third trimester of pregnancy (51.72%). The treatment regimen received was benzathine penicillin (31.03%). The predominant way of resolution of the pregnancy was vaginal delivery (72.41%). There was a predominance of children under 24 hours of age (72.41%), of the female gender (58.62%), mostly with gestational age at term (93.10%). With a weight/GA ratio adequate for gestational age (96.55%). Asymptomatic patients prevailed (96.55%), with an average hospital stay of 9.49 \pm 0.58 days. **Conclusion:** ECT continues to be an important public health problem in the world, despite the extensive knowledge about this disease, promotion and prevention strategies, low-cost treatment, and the VDRL is considered a diagnostic test.

Keywords: early congenital syphilis, maternal factors, neonatal characteristics, pregnancy, STIs

Research Line: Infectology

INDICE

Dedicatoria	6
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	10
Materiales y métodos	16
Resultados	18
Tabla 1	17
Tabla 2	18
Tabla 3	19
Tabla 4	20
Tabla 5	21
Discusión	23
Conclusión	27
Recomendaciones	29
Referencias bibliográficas	30
Anexo A	32
Anexo B	34

INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita (SC) según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), está definida como la transmisión materno-infantil del *Treponema Pallidum*, ya sea por vía transplacentaria o por el contacto con las úlceras infecciosas que se hallan en los genitales y que dan lugar a la morbilidad o deceso neonatal ⁽¹⁾. En el 2016 había alrededor de 2 millones de nuevos casos de sífilis en la Región de las Américas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que para 2012, solo en las Américas, hubo unos 131.000 embarazadas con sífilis y 51.000 casos de sífilis congénita ⁽¹⁾.

Las últimas estimaciones mundiales de la infección reportaron un total de 661.000 casos, con cifras preponderantes en las siguientes regiones: África (404 000 casos), Mediterráneo oriental (113 000 casos), Asia Sudoriental (53 000), América (51 000 casos) y Pacífico occidental (38 000 casos)⁽²⁾. En Latinoamérica esta realidad no es diferente, ya que en países como Brasil se registró entre los años 2010 y 2019 un total de 297.003 casos de sífilis en gestantes, entre las cuales 162.173 transmitieron la infección a sus hijos. En el mismo período se reportaron 11.480 decesos fetales tempranos y tardíos, atribuidos a la SC ⁽³⁾.

Para el año 2019, el Sistema de Información en Salud de Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela (SIS/MPPS) informó sobre la realización de 69.954 pruebas de VDRL, a gestantes en control, de los cuales se obtuvo reporte positivo de 5.852, es decir, 8,3% de las gestantes. En la SC, de acuerdo con datos oficiales aportado por Vigilancia Epidemiológica para el año 2019, se registró un número de 361 casos positivos en recién nacidos a nivel nacional, concentrados en los estados Carabobo, Miranda, Anzoátegui, Aragua y Distrito Capital. Tomando como denominador el registro de 404.389 nacimientos en el país en la red de atención pública, esta incidencia representó para el año 2019 un 0,08% de casos por 100 nacidos en el país ⁽⁴⁾.

La SC es el resultado de la transmisión de la infección por vía perinatal al feto, que puede ocurrir en útero, por paso trasplacentario o durante el paso a través del canal del parto, por una madre que no ha sido tratada adecuadamente o por una falla en el control prenatal⁽⁵⁾. La infección puede transmitirse en cualquier momento del embarazo, pero es más frecuente después del cuarto mes (16 semanas), ya que los treponemas no pueden atravesar la placenta por las células de Langhans porque estas se atrofian, produciéndose la treponemia con afectación sistémica, en este sentido los fetos infectados precozmente pueden morir en el útero ^(5,6).

El primer paso para la detección serológica por tamizaje son las pruebas no treponémicas, que pueden ser no reactivas o reactivas. En caso de ser no reactivo, y de sospecharse que se encuentra en un posible periodo de incubación, se toma una segunda muestra a los 15 días posteriores. Si el resultado es reactivo, se deben realizar las pruebas treponémicas para confirmar el diagnóstico ⁽⁶⁾. La principal problemática de la sífilis durante el embarazo, es el riesgo que se produce tanto para la madre como para el niño, por eso el tratamiento debe ser para ambos: resolver primeramente la infección de la gestante y prevenir la infección intrauterina del feto. El medicamento de elección es la penicilina; sin embargo, en casos de reacciones alérgicas, se tiene que someter al paciente a desensibilización por los efectos adversos que pueden producir otros antibióticos al feto ⁽⁷⁾.

Existen factores de riesgo que pueden producir un aumento de casos de sífilis, tales como: las edad de la madre, bajo nivel educativo y específicamente en salud reproductiva, control prenatal inadecuado o deficiente, falta de acceso a pruebas de laboratorio, relaciones sexuales de riesgo o múltiples parejas, trabajadoras sexuales y antecedente de sífilis en embarazos previos o de enfermedades de transmisión sexual ^(8,9).

La sífilis congénita temprana (SCT) se manifiesta durante los dos primeros años de vida. Las manifestaciones clínicas son: Erupción cutánea descamante, generalmente en manos y pies (60% de los casos), hepatoesplenomegalia, ictericia, rinitis, anemia hemolítica, linfadenopatías generalizadas, trombocitopenia, osteocondritis, periostitis, bajo peso al nacer, prematuridad, meningitis aséptica, fisuras orales y perianales^(7,8). También puede existir afectación hepática (hiperbilirrubinemia y elevación de transaminasas), hematológica (anemia, trombocitopenia, leucocitosis o leucopenia), renal (glomerulonefritis, síndrome nefrótico) y ósea (osteocondritis, pericondritis, periostitis)⁽⁷⁾.

Las complicaciones asociadas a la SCT son muy frecuentes, producen consecuencias severas, siendo una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial, donde casi la mitad de los niños producto de mujeres gestantes no tratadas pueden desencadenar en muerte fetal o perinatal, y en aborto espontáneo. Globalmente es la principal causa de muerte fetal con más de 212.000 muertes/año y se estima que nacen más de 164,000 niños con sífilis congénita al año. En Argentina específicamente, la incidencia disminuyó de 12/1.000 nacidos vivos en 2002 a 1.05 casos/1.000 nacidos vivos en 2013; en contraste, un estudio realizado en el Hospital Materno Infantil de Malvinas Argentinas reveló una tasa de incidencia de 15/1,000 nacidos vivos en 2015⁽⁹⁾.

De igual forma, la afectación del Sistema Nervioso Central (SNC) aparece en más del 20% de los neonatos, que va desde la asintomática hasta leptomeningitis sífilítica aguda^(6,10). La neurosífilis es una complicación que puede presentarse en cualquier estadio de la enfermedad, que puede provocar un proceso meningovascular crónico provocando hidrocefalia, parálisis de pares craneales, inclusive infartos cerebrales, y puede presentarse hasta en un 10% de los casos⁽⁶⁾.

Entre los estudios revisados que sirvieron de sustento a la presente investigación se menciona el trabajo realizado por Azevedo L et al⁽¹⁰⁾ en el año 2017, titulado:

Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. Entre sus resultados destacan que el 67% de las madres asistieron a la escuela primaria, 33% son solteras, 42% tenía menos de 06 consultas prenatales, 58% de estas realizaron tratamiento previo de la sífilis. El estudio muestra el progreso en relación con el diagnóstico de la sífilis durante la atención prenatal, señalándose la falta de funcionamiento del tratamiento de las mujeres embarazadas antes del parto, así como de sus esposos. Por lo tanto, se necesitan estrategias innovadoras con el objetivo de un tratamiento precoz y adecuado de las mujeres embarazadas y de sus parejas⁽¹⁰⁾.

El mismo año, 2017, Silva A. y Bois F.⁽¹¹⁾, en el estudio titulado Factores asociados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna. Estudio de casos y controles. Estudiaron 106 casos de sífilis congénita y 100 controles. Recién nacidos de madres con ≤ 5 consultas prenatales (CPN) tuvieron más riesgo de presentar falla en el diagnóstico de sífilis materna respecto al grupo control (OR: 4.83; IC 95%: 1.79-12.98) patrón igualmente observado en baja escolaridad materna. Las madres ≤ 18 años y aquellas con número igual o menor de 5 de CPN constituyeron factores de riesgo significativo de falla en el tratamiento de sífilis materna (OR 4.07; IC 95%: 1.43-11.57 y OR 2.85; IC 95%: 1.29-6.28, respectivamente)⁽¹¹⁾.

Por su parte, Tellería R. et al⁽¹²⁾ publicaron el trabajo titulado: Sífilis en la infancia: estudio retrospectivo en un hospital pediátrico. Incluyeron a 68 pacientes menores de 18 años con diagnóstico y tratamiento de sífilis en el Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan desde enero de 2011 hasta diciembre de 2015. Según la forma de transmisión, 40% fueron sífilis congénita cuya manifestación cutánea más frecuente fue la descamación palmoplantar (30%) y el compromiso de los huesos largos (48%). Todos los pacientes recibieron tratamiento con penicilina según consensos nacionales. Se perdió el seguimiento en el 56% de los pacientes. El trabajo pone en evidencia las fallas que existen en el sistema de

salud en los controles prenatales y posnatales, y también en la educación sexual de la población.⁽¹²⁾

En el año 2020, Sequeira A. et al⁽¹³⁾ publican el estudio: Situación actual de la sífilis congénita en el departamento de Paysandú, describieron la incidencia de casos de SC en el departamento de Paysandú, durante el período comprendido entre el 1/1/2015 y el 31/7/2019. Entre sus resultados registraron a 30 RN con SC o probabilidad de SC. Casi la mitad fue producto de embarazos mal o no controlados. El 37% de las madres eran consumidoras de drogas, incluso en el embarazo, y en 73% se desconocía o no se había realizado estudio o tratamiento a la pareja sexual. La mayoría de los casos están relacionados a embarazos de captación tardía, mal controlados o sin controles, y a madres consumidoras de sustancias psicoactivas. El tratamiento de los contactos es un problema sin resolver. Para alcanzar el objetivo sanitario, debemos hacer hincapié en la planificación, control y seguimiento del embarazo, así como en el diagnóstico precoz y en el tratamiento oportuno de esta infección.

En el mismo año, Robledo M. et al⁽¹⁴⁾, publican el estudio titulado: Sífilis congénita temprana, cribado insuficiente. Reporte de un caso. Describen el caso de paciente masculino de 23 días de vida con máculas de color cobrizo con descamación en región palmoplantar y hepatomegalia. Se reportó un TORCH negativo con prueba serológica para la sífilis (VDRL) de 1:512 en el neonato y FTAABS positivo. El paciente tenía antecedente de ser hijo de madre de 21 años de edad, con VDRL negativo en el primer trimestre de embarazo. Entre sus conclusiones exponen que los factores que más influyen en el fracaso de la prevención de la sífilis congénita son la atención prenatal inadecuada, el fracaso en la interpretación de las pruebas de diagnóstico y en los programas de monitoreo. Es necesario tomar VDRL en dos ocasiones durante la gestación o seriado por trimestre a las madres que presenten algún factor de riesgo⁽¹⁴⁾.

En Venezuela, en el 2019 Henríquez C, García F. y Carnevalle M. ⁽⁵⁾ realizaron un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas de la sífilis congénita en neonatos registrados en el Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga durante el período enero 2014 a junio 2017. Los resultados evidencian que los neonatos eran mayormente del masculino (52%), el peso y longitud del neonato osciló entre 2501 a 4000 gramos y 46 a 55 cms, respectivamente; los neonatos pretérmino y a término tenían un tamaño adecuado. Las manifestaciones clínicas y paraclínicas más frecuentes fueron ictericia (41,2%), leucocitosis (16,7%) y periostitis (12,8%). El 78,4% de los casos presentaron VDRL no reactivo en LCR mientras que 72,5% mostraron VDRL reactivo en sangre. Concluyen resaltando la importancia de aumentar el control prenatal e indicar de forma rutinaria el VDRL en sangre con la finalidad de detectar tempranamente los casos de sífilis materna y de esta manera prevenir la SC ⁽⁵⁾.

Específicamente en el estado Carabobo, Silva A. ⁽¹⁵⁾ en el 2016 presentó el trabajo especial de grado titulado: Recién nacidos con sífilis congénita. Servicio neonatología. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” junio 2013 – junio 2015. Investigación no experimental, transversal, descriptivo con una población de 2252 pacientes para una muestra total de 40 recién nacidos, se reportó una incidencia de 1,79%, género masculino (62,5%), recién nacidos a término (92,5%), de los antecedentes maternos fue embarazos mal controlados, así como las manifestaciones clínicas más llamativas ictericia (20%), anemia (15%) y asintomáticos (32,5%), como único criterio diagnóstico se utilizó el VDRL ⁽¹⁵⁾.

Por todo lo anteriormente planteado se establece como Objetivo general del presente estudio: Identificar factores asociados y caracterización de los casos de sífilis temprana en pacientes menores de un mes atendidos en el Servicio de neonatología del Hospital Nacional General Dr. Ángel Larralde desde enero de 2015 hasta diciembre de 2022.

Esta investigación se fundamenta en la escasez de documentación actual sobre la SCT en este centro hospitalario, en el estado Carabobo y a nivel nacional, además serviría de actualización sobre esta situación de salud y posteriormente ser utilizado como base para futuras investigaciones, además, plantear posibles vertientes preventivas y/o curativas según resultados obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional y descriptivo, con un diseño transversal y retrospectivo, cuya intencionalidad se basa principalmente en caracterizar aquellos pacientes recién nacidos con sífilis temprana a fin de precisar aquellos aspectos relacionados a la presencia de esta patología.

La población estuvo representada por todos aquellos pacientes recién nacidos atendidos en el Servicio de neonatología del Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde en el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2022. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada y estuvo conformada por 29 historias de pacientes menores de un mes con diagnóstico de sífilis y cuyo porcentaje de completación supere el 80% en el momento de la recolección como criterios de inclusión.

En cuanto a las consideraciones bioéticas, la presente investigación se regirá por los siguientes principios bioéticos: Responsabilidad, No maleficencia, Justicia, Beneficencia, Autonomía, Precaución⁽¹⁶⁾. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento⁽¹⁶⁾.

Inicialmente se obtuvo la autorización a la comisión de docencia, bioética e investigación de la institución caso de estudio, explicando los objetivos del estudio para contar con el aval necesario que respalden desde el punto de vista institucional la realización del estudio (Ver Anexo A). Una vez obtenido la aprobación se procedió a la recolección de los datos, la cual se realizó a través de la técnica de la revisión documental utilizando como instrumento de recopilación

de información una ficha de registro diseñada por la misma investigadora (Ver Anexo B).

En el instrumento se tomaron en cuenta aspectos como: edad del paciente al momento del diagnóstico, género, procedencia, estado nutricional actual y antecedentes neonatales, tiempo de hospitalización, tratamiento recibido, complicaciones, manifestaciones clínicas, estudios paraclínicos realizados; de la madre la edad, así como el control prenatal, tiempo de inicio del control, número de controles, vía de resolución del embarazo, período del embarazo que se realizó el diagnóstico (semanas), número de parejas, antecedente de ITS, sintomatología presentada, métodos diagnósticos, análisis paraclínicos y complicaciones presentes, si recibió tratamiento durante el embarazo, si éste se completó, además del tiempo.

Una vez recolectados los datos fueron sistematizados en una tabla maestra diseñada en Microsoft®Excel para luego ser organizados y presentados a partir de las técnicas estadísticas descriptivas mediante distribuciones de frecuencias (absolutas y relativas) conforme a lo establecido en los objetivos específicos propuestos. A las variables como edad, controles del embarazo y días de hospitalización se les calculó media aritmética \pm error típico, mediana, valor mínimo, valor máximo y coeficiente de variación. Para tales fines se utilizó el procesador estadístico SPSS en su versión 18 (software libre).

RESULTADOS

Se incluyó un total de 29 pacientes con diagnóstico de sífilis congénita temprana en el Servicio de neonatología del Hospital Nacional General Dr. Ángel Larralde, durante el periodo comprendido entre enero de 2015 hasta diciembre de 2022, representando una prevalencia de 0,12 por cada 100 nacidos vivos en el periodo de estudio. La prevalencia más alta se registró en el año 2015, seguida del año 2019. Sin embargo, el mayor número de casos dentro del periodo se registró en el año 2016 (9 casos)

Tabla n° 1. Prevalencia de sífilis congénita temprana. Servicio de neonatología del Hospital Nacional General Dr. Ángel Larralde, 2015 - 2022.

Año	Casos SCT	Total de nacidos vivos	Incidencia*
2015	3	3253	0,92
2016	9	7058	0,13
2017	2	7225	0,03
2018	0	2005	0,00
2019	5	598	0,84
2020	0	1218	0,00
2021	5	762	0,66
2022	4	1181	0,34
Total	29	23300	0,12

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2023)

*Tasa calculada por cada 100 recién nacidos vivos

En la tabla n° 2 se evidencian los factores maternos, donde se puede precisar que de las 29 madres se registró una edad promedio de 22,34 años \pm 0,82, con una mediana de 22 años, una edad mínima de 13 años, una máxima de 32 años y un coeficiente de variación de 19% (serie homogénea entre sus datos). Fueron más frecuentes aquellas madres con 20 y 29 años (68,97%= 20 casos). En cuanto a la procedencia fueron más frecuentes aquellas del municipio Valencia (65,52%= 19 casos), seguidas de aquellas del municipio Naguanagua (27,59%= 8 casos).

Se registró un promedio de controles de embarazo de 4,93 \pm 0,53, con una mediana de 6 controles, un registro mínimo de 0 controles y un máximo de 9 controles. Fueron más frecuentes aquellas madres con embarazos controlados (51,72%= 15 casos). Un 44,84% de las madres reportó antecedente personal de

sífilis (13 casos). Fueron más frecuentes aquellas madres diagnosticadas con sífilis en el III trimestre de embarazo con un 51,72% (15 casos), seguidas de aquellas diagnosticadas en el post-parto (31,03%= 9 casos). El esquema de tratamiento recibido más frecuente fue la Penicilina benzatínica (31,03%= 9 casos). En su mayoría no recibieron tratamiento 65,52%. Del 34,48% que fueron tratadas, 13,79% recibieron 3 dosis (4 casos) seguidas de aquellas que recibieron 4 dosis (6,90%= 2 casos). La vía de resolución del embarazo predominante fue el parto vaginal (72,41%= 21 casos).

Tabla n° 2. Factores maternos de los pacientes con sífilis congénita temprana. Servicio de neonatología del Hospital Nacional General Dr. Ángel Larralde, 2015 - 2022.

Edad materna	f	%
< 19 años	8	27,59
20 – 29 años	20	68,97
30 – 39 años	1	3,45
$\bar{X} \pm E_s$	22,34 años \pm 0,82	
Procedencia	f	%
Municipio Valencia	19	65,52
Municipio Naguanagua	8	27,59
Municipio Guacara	2	6,90
Control Prenatal	f	%
Si	15	51,72
No	14	48,28
Mediana (rango)	6 controles (0 – 9)	
Antecedente personal de sífilis	f	%
Si	13	44,84
No	16	55,17
Momento de Diagnóstico	f	%
I trimestre	2	6,90
II trimestre	1	3,45
III trimestre	15	51,72
Postparto	9	31,03
Ignorado/ En blanco	2	6,90
Esquema de tratamiento recibido	f	%
Ninguno	19	65,52
Penicilina benzatínica	9	31,03
Ceftriaxone	1	3,45
Dosis cumplidas	f	%
No aplica	19	65,52
1	1	3,45
2	1	3,45
3	4	13,79
4	2	6,90
7 días	1	3,45
Ignorado/en blanco	1	3,45
Vía de nacimiento	f	%
Vaginal	21	72,41
Cesárea	8	27,59
Total	29	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2023)

En la tabla n° 3 se presentan las características de los pacientes con sífilis congénita temprana, donde predominaron aquellos con edad menor de 24 horas 72,41% (21 casos). Fue más frecuente el género femenino (58,62%= 17 casos) que el masculino (12 casos), en su mayoría con edad gestacional a término (93,10%= 27 casos).

Se registró un peso promedio de 3108,3 grs \pm 65,36, con una mediana de 3200 grs, un peso mínimo de 2240 grs, un peso máximo de 3850 grs y un coeficiente de variación de 11% (serie homogénea entre sus datos). Se registró una talla promedio de 49,76 c m \pm 0,45, con una mediana de 50 cm, una talla mínima de 46 cm, una talla máxima de 55 cm y un coeficiente de variación de 5% (serie homogénea entre sus datos) con una relación de peso/EG clasificado como adecuado para la edad gestacional (96,55%= 28 casos)

Tabla n° 3. Características de los pacientes con sífilis congénita temprana. Servicio de neonatología del Hospital Nacional General Dr. Ángel Larralde, 2015 - 2022.

Edad	f	%
< 24 horas	21	72,41
24 - 72 horas	7	24,14
> 1 mes	1	3,45
Género	f	%
Masculino	12	41,38
Femenino	17	58,62
Edad Gestacional	f	%
Pretérmino	1	3,45
A término	27	93,10
Ignorado/ En blanco	1	3,45
Relación Peso/ edad gestacional	f	%
AEG	28	96,55
PEG	0	0,00
GEG	0	0,00
Ignorado/ En blanco	1	3,45
Total	29	100
Peso grs $\bar{X} \pm Es$		
Talla cm $\bar{X} \pm Es$		

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2023)

En lo correspondiente a las manifestaciones clínicas predominaron aquellos pacientes asintomáticos con un 96,55% (28 casos). El Test no treponémico en sangre periférica (VDRL) fue reactivo en la totalidad de los pacientes (29 casos). El Test no treponémico en líquido cefalorraquídeo fue reactivo en un 13,79% de los pacientes (4 casos) y el FTA absorbido se realizó sólo a 6 pacientes (20,69%), siendo reactivo en todos ellos.

Tabla n° 4. Manifestaciones clínicas y los resultados de los estudios paraclínicos realizados a los pacientes con sífilis congénita temprana. Servicio de neonatología del Hospital Nacional General Dr. Ángel Larralde, 2015 -2022.

Manifestaciones clínicas	f	%
Asintomático	28	96,55
Lesiones descamativas	1	3,45
Test no treponémico en sangre periférica	f	%
Reactivo	29	100
No reactivo	0	0
No realizado	0	0
Test no treponémico en líquido cefalorraquídeo	f	%
Reactivo	4	13,79
No reactivo	0	0
No realizado	25	86,21
FTA absorbido	f	%
Reactivo en sangre	6	20,69
No reactivo	0	0
No se realizó	23	79,31
Total	29	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2023)

Se registró un promedio de hospitalización de 9,49 días \pm 0,58, con una mediana de 10 días, una estancia mínima de 5 días y una máxima de 18 días. Predominaron aquellos pacientes con hospitalización entre 7 y 10 días (68,97%= 20 casos). Ningún paciente presentó otra complicación (29 casos). Todos los pacientes fueron dados de alta (29 casos).

Tabla n° 5. Presencia de otras complicaciones en los pacientes con sífilis congénita temprana. Servicio de neonatología del Hospital Nacional General “Dr. Ángel Larralde, 2015 - 2022.

Tiempo de hospitalización	f	%
< 7 días	3	10,34
7 - 10 días	20	68,97
> 11 días	6	20,69
Mediana (rango)	10 (5 – 18)	
Esquema de tratamiento recibido	f	%
Pnc(100.000 UI/KG/DIA)	27	93,10
Ceftriaxona(100MG/KG/DIA)	2	6,90
Complicaciones	f	%
Sin complicaciones	28	96,5
Con complicaciones	1	3,4
Condiciones de egreso	f	%
Alta médica	29	100
Falleció	0	0
Total	29	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2023)

DISCUSIÓN

La sífilis congénita, a través de diversos estudios se ha demostrado que continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial. Según los resultados de este estudio, se obtuvo una incidencia de 0,12 por cada 100 nacidos vivos en el periodo de estudio, la más alta se registró en el año 2015, seguida del año 2019. Sin embargo, el mayor número de casos dentro del periodo se registró en el año 2016 (9 casos).

En este estudio se registró una edad promedio materna de 22,34 años \pm 0,82, con una mediana de 22 años, el promedio registrado fue mucho menor a lo encontrado por Sequeira A et al⁽¹³⁾ quienes registraron un promedio de edad materna de 25 años (17-36 años). Fueron más frecuentes aquellas madres con 20 y 29 años (68,97%), asimismo, Aramburú ⁽¹⁷⁾ encontró que la mayoría de madres eran jóvenes menores de 29 años (90,40%). En cuanto a la procedencia fueron más frecuentes aquellas del municipio Valencia (65,52%), seguidas de aquellas del municipio Naguanagua (27,59%), zonas urbanas con áreas concentradas de pobreza pero en las cuales se ubican (19) ambulatorios, CDI(25), (2) hospitales en los cuales se presta asistencia y consulta prenatal como una recomendación clásica y universalmente aceptada para toda gestante, además de los protocolos de atención según el ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS); lo cual, debería haber permitido tener la oportunidad de un diagnóstico temprano en el embarazo y así disminuir el riesgo de enfermedad en el producto.

En cuanto al control prenatal se obtuvo un promedio de controles de embarazo de 4,93 \pm 0,53, con una mediana de 6 controles. Fueron más frecuentes aquellas madres con embarazos controlados (51,72%= 15 casos). Por otra parte, Silva A. Et al ⁽¹¹⁾ describen que los recién nacidos de madres con \leq 5 consultas prenatales tuvieron más riesgo de presentar falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna, lo mismo que reporta Sequeira A et al⁽¹³⁾ donde 43% (13 casos) eran embarazos no controlados, por su parte Aramburú ⁽¹⁷⁾ comprobó que la mayor proporción de madres gestantes 67,30% no tuvieron control prenatal adecuado.

Un 44,84% de las madres reportó antecedente personal de sífilis (13 casos) sin embargo fueron más frecuentes aquellas madres diagnosticadas con sífilis en el III trimestre de embarazo con un 51,72% (15 casos), seguidas de aquellas diagnosticadas en el post-parto (31,03%= 9 casos). Mientras que en el estudio realizado por Osorio-Guzmán M Et al ⁽⁸⁾ la edad de diagnóstico de cinco casos fue en la primera semana de vida.

En relación a la conducta terapéutica en la madre, 65,52% no recibieron tratamiento. Del 34,48% de las madres tratadas, el esquema con Penicilina benzatínica fue indicada en el 31,03% (9 casos). De las cuales recibieron 3 dosis (4 casos) seguidas de aquellas que recibieron 4 dosis (2 casos). Coincidiendo con el estudio realizado por, Tellería R. et al ⁽¹²⁾ quienes describen que todos los pacientes recibieron tratamiento con penicilina según consensos nacionales. La vía de resolución del embarazo predominante fue el parto vaginal (72,41%= 21 casos).

Ante estos resultados, se evidencia que las pacientes estuvieron acudiendo a las consultas, pero no se están cumpliendo los objetivos del programa de control prenatal, ya que el número de consultas en sí no refleja la atención integral y preventiva que beneficie y minimice los riesgos a la gestante y al niño, debiéndose promover e incentivar la asistencia a éste control y realizar los estudios correspondientes, sobre todo en pacientes de alto riesgo.

Entre los pacientes con SCT predominaron aquellos con edad menor de 24 horas (72,41%). Fue más frecuente el género femenino (58,62%= 17 casos) con respecto al género masculino (12 casos), lo que contrasta con el estudio realizado Henríquez C, et al ⁽⁵⁾ demuestra que el género masculino (52%), así como lo reportado por Aramburú ⁽¹⁷⁾ predominó en masculinos en una razón de 4.6/1. Otros estudios corroboran esta predominancia masculina, sin poder presentar justificaciones biológicas para este fenómeno.

En su mayoría con edad gestacional a término (93,10%), lo encontrado guarda similitud a lo expuesto por Sequeira A et al⁽¹³⁾ donde 87% (26/30) reportaron un EG al momento del parto a término. En relación a el peso y talla promedio al momento del nacimiento se encontró un peso de 3108,3 grs \pm 65,36, con una mediana de 3200 grs., así como una talla promedio de 49,76 c m \pm 0,45, con una mediana de 50 cm, una relación de peso/EG clasificado como adecuado para la edad gestacional (96,55%= 28 casos). Este resultado coincide con el estudio realizado por Henríquez C, et al. ⁽⁵⁾ quienes reportaron que los neonatos pretérmino y a término tenían un tamaño y peso adecuado en un (52%), lo mismo que lo reportado por Sequeira A et al⁽¹³⁾ donde 87% (26/30) presentaron un peso adecuado para la EG.

En lo correspondiente a las manifestaciones clínicas predominaron aquellos pacientes asintomáticos con un 96,55% (28 casos), el porcentaje reportado es mucho mayor a lo encontrado en el estudio realizado por Silva A. ⁽¹⁵⁾ donde expresa que el (32,5%) de los pacientes fueron asintomáticos y Gutiérrez Brenes LJ. Et al⁽⁶⁾ quienes enfatizan que más de un 50% de los niños que la padecen al nacer son asintomáticos.

Entre los criterios diagnóstico utilizados se destacó como única prueba diagnóstica el VDRL en el 100% de los casos; resultando reactivo en la totalidad de los estos (29 casos); siendo considerado este método como el criterio para su diagnóstico. En cuanto al VDRL en LCR, no se llegaron a realizar en su totalidad, sólo el 13,79% (4 casos) se les cumplió resultando reactivo en todos y el FTA ABS se procesó en 6 pacientes (20,69%) siendo reactivos. Situación similar lo describen también Osorio-Guzmán M Et al ⁽⁸⁾ donde el VDRL sérico fue positivo en todos los pacientes, con titulaciones desde 1:8 hasta 1:256, mientras que sólo se pudo realizar VDRL en líquido cefalorraquídeo en dos pacientes, resultando positivo sólo en uno de ellos.

Algunos autores opinan que un VDRL reactivo en LCR tiene mayor importancia en el tratamiento, seguimiento y pronóstico en el recién nacido ⁽¹⁷⁾, aunque en nuestro no se realizó por dificultad económica de los familiares en algunos de los casos.

Se registró un promedio de hospitalización de 9,49 días \pm 0,58, con una mediana de 10 días, una estancia mínima de 5 días y una máxima de 18 días. Predominaron aquellos pacientes con hospitalización entre 7 y 10 días (68,97%= 20 casos). Ningún paciente presentó otra complicación (29 casos). Todos los pacientes fueron dados de alta (29 casos).

En cuanto al tratamiento para los pacientes con SCT, deberían ser tratados con el siguiente esquema terapéutico: penicilina cristalina, 50.000 UI/kg/dosis, hasta completar un curso de 10 ó 14 días de tratamiento según lo establecido por CDC.

CONCLUSIONES

Entre los años 2015 – 2022, se ingresaron 29 pacientes con diagnóstico de SCT en el Servicio de neonatología del Hospital Nacional General Dr. Ángel Larralde, representando una incidencia de 0,12 por cada 100 nacidos vivos en el periodo de estudio; predominó en La prevalencia más alta se registró en el año 2015 (0,92) y en el 2019 (0,84). Sin embargo, el mayor número de casos se registró en el año 2016 (9 casos).

En cuanto a los factores maternos, se registró una edad promedio de 22,34 años \pm 0,82, con una mediana de 22 años, el 65,52% provenían de Valencia seguidas de aquellas del municipio Naguanagua (27,59%). Se evidenció que 51,72% controlaron su embarazo, con un promedio de controles 4,93 \pm 0,53 y una mediana de 6 controles. El 44,84% de las madres reportó antecedente personal de sífilis, diagnosticadas con sífilis en el III trimestre de embarazo 51,72%. De estas solo 34,48% recibieron tratamiento.

De los 29 pacientes estudiados con SCT predominaron aquellos con edad menor de 24 horas (72,41%), prevaleció el género femenino (58,62%) y en su mayoría con edad gestacional a término. Se registró un peso promedio de 3108,3 grs \pm 65,36, con una mediana de 3200 grs; una talla promedio de 49,76 c m \pm 0,45, con una mediana de 50 cm, en su mayoría con una relación de peso/EG clasificado como adecuado para la edad gestacional.

En lo correspondiente a las manifestaciones clínicas predominaron aquellos pacientes asintomáticos, el Test no treponémico en sangre periférica (VDRL) fue la prueba realizada en todos los pacientes resultando reactivos en la totalidad de los ellos. El Test no treponémico en líquido cefalorraquídeo se realizó la mayoría de los casos, y en la mayoría resultaron no reactivos.

El promedio de estancia hospitalaria de 9,49 días \pm 0,58, con una mediana de 10 días. Ningún paciente presentó otra complicación y todos los pacientes fueron dados de alta. El tratamiento recibido en la mayoría de los casos fue penicilina cristalina 100.000 UI/KG/DIA durante 7-10 días.

RECOMENDACIONES

Promover la educación sexual en la población en general para evitar altos contagios de infecciones de transmisión sexual.

Fomentar la importancia del control prenatal, para así evitar las posibles complicaciones y realizar diagnósticos tempranos.

Educar a las madres en la consulta prenatal acerca de la sífilis y las posibles complicaciones del feto.

Impulsar la realización de métodos de laboratorio rápidos y técnicamente sencillos para realizarse en el consultorio y hacer el descarte de la serología rutinaria de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual.

Establecer vigilancia y seguimiento a las madres con diagnóstico de sífilis.

Implementar registro interno sobre dicha enfermedad en madres y pacientes pediátricos.

Establecer la realización de métodos de laboratorio (VDRL en líquido cefalorraquídeo, FTA ABS) para pacientes pediátricos en la institución.

REFERENCIAS

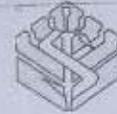
1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sífilis. [Online]; 2021. [Revisado el 11 de julio del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sifilis> .
2. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello M, Wijesooriya S, Mahiane´ G, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS ONE. 2019. 14(2): disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>
3. Bruniera C, Duarte G, Leal M, Das Neves D, Bezerra M. Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: sífilis congénita y niño expuesto a la sífilis. Epidemiol Serv Saude. 2021; 30(1): e2020597. DOI: 10.1590/S1679-4974202100005.esp1.
4. International Council of AIDS Service Organizations (ICASO), Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI) y la Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+). Situación de derechos humanos de las personas con VIH. Informe EPU Venezuela 2021. Disponible en: <https://uprdoc.ohchr.org/uprweb/downloadfile.aspx?filename=9244&file=SpanishTranslation>
5. Henríquez C, García F, Carnevalle M. Caracterización clínica y epidemiológica de la sífilis congénita en neonatos. Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. Boletín Médico de Postgrado 2020; 36(1): 19-25. ISSN: 0798-0361. Disponible en: <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/2601>
6. Gutiérrez Brenes LJ, Víquez Quesada M, Valverde Chinchilla K. Sífilis congénita: una enfermedad engañosa. Rev. méd. sinerg. [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 21 de julio de 2022];7(6):e846. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/846>
7. Ministerio de Salud de Argentina. Subsecretaría de Salud. Sífilis Gestacional y Congénita: Actualización de recomendaciones provinciales. 2020:1-16. Disponible en: <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/09/Ministerio-Salud-Neuquen-Salud-de-la-embarazada-Guia-S-ADfilis-2019.pdf>
8. Osorio-Guzmán M, Santos-Vázquez G, Torres-Muñoz D, et al. Sífilis congénita temprana, serie de casos y descripción anatomopatológica. Rev Latin Infect Pediatr. 2020;33(3):149-155. DOI:10.35366/95652. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95652>
9. Pineda R y Villasis M. Sífilis congénita: un problema vigente, Revista Mexicana de PEDIATRÍA Vol. 84, No. 2, 2017: 45-47 disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172a.pdf>

10. Azevedo L, Neves S. Texeira G. Gabriel T. Nascimento A, Bittencourt J. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [citado 2022 Jul 21]; 16 (46): 217-245. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200217&lng=es . Epub 01-Abr-2017. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.229371>
11. Silva A. y Bois F. Factores asociados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna. Estudio de casos y controles. *Revista Mexicana de Pediatría* Vol. 84, No. 2, 2017: 54-60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172c.pdf>
12. Tellería R, Dumondín V, Cirio A, Buján M, Costa M, et al. Sífilis en la infancia: estudio retrospectivo en un hospital pediátrico. *Dermatología Argentina* ISSN 1515-8411 (impresa) ISSN 1669-1636. Vol. 23 N° 2 Junio de 2017: 66-72. Disponible en: <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1649/907>
13. Sequeira A, Canziani Catalina, Amorín Belén, Venturino Sergio, González Elena, Pírez Catalina et al. Situación actual de la sífilis congénita en el departamento de Paysandú, años 2015-2019. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Jul 21]; 91 (Suppl 2): 34-42. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000800034&lng=es . Epub 01-Dic-2020. <https://doi.org/10.31134/ap.91.s2.4>.
14. Robledo M. Olguín R. Gaytán-Meza, J. Orozco L. Sífilis congénita temprana, cribado insuficiente. Reporte de un caso *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 58, núm. 1, 2020 Instituto Mexicano del Seguro Social, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457763216010>
15. Silva A. Recién nacidos con sífilis congénita. Servicio neonatología. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” junio 2013 – junio 2015. [tesis] Universidad de Carabobo. Dirección de Postgrado. Programa de especialización en pediatría. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/5017?mode=full>
16. Asociación Médica Mundial (AMM) (2015) Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. [acceso 10 de agosto de 2022] Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
17. Aramburú P. Enfoque epidemiológico de las características clínicoterapéuticas de la sífilis congénita (2000-2010). [tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú .

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores
Describir las características sociodemográficas y antecedentes neonatales de los pacientes incluidos en la muestra	Características sociodemográficas	Edad al momento del ingreso	Meses
		Género	Femenino Masculino
		Procedencia	Municipio
		Estado nutricional	Desnutrición
			Eutrófico
			Sobrepeso
	Obeso		
	Antecedentes neonatales	Edad gestacional al nacer	Pre termino
			A termino
			Post termino
		Peso al nacer	PEG
			AEG
GEG			
Identificar factores maternos	Factores maternos	Edad materna	Años
		Nivel educativo	Analfabeta
			Básica
			Secundaria
			Bachillerato
		Universitaria	
		Estrato socioeconómico	I, II, III, IV, V
		Parejas sexuales	Numero
		Control prenatal	No controlado (< 6)
			Controlado (>6)
		Vía de resolución del embarazo	Vaginal Cesárea
		Antecedente materno de ITS	SI (tipo) / NO
Edad gestacional al diagnostico	Semanas		
Tratamiento	Dosis Cumplimiento del tto		
Otro factor			
Describir las manifestaciones clínicas y los resultados de los estudios paraclínicos realizados	Manifestaciones clínicas	Erupción cutánea descamante	Si / No
		Hepatoesplenomegalia	
		Ictericia	
		Rinitis	
		Fisuras orales y perianales	
		Osteocondritis	
		Periostitis	
		Otra	
	Estudios paraclínicos	VDRL (sangre y LCR)	Reactivo / No reactivo
		FTA	Dils
		Recuento leucocitario	Normal / Elevada
		Recuento Plaquetario	Normal / Elevada
		Ecografía	Patrón normal / patológico
		Bilirrubina total y fraccionada	Normal / Elevada
TGO y TGP	Normal / Elevada		
Identificar evolución según terapéutica en los pacientes con sífilis congénita temprana	Complicaciones	Presentes	Tipo de complicación Estancia
		Ausentes	
	Terapéutica	Tratamiento	Dosis Cumplimiento del tto
		Ausentes	
	Estancia hospitalaria	Hospitalización	Días

ANEXO A
PERMISO INSTITUCIONAL



Universidad de Carabobo.
Facultad de ciencias de la salud.
Dirección de Estudios de postgrado.
Programa de especialización en Pediatría y Puericultura.
Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde.

Dra. Deysis Diaz.
Coordinación de Investigación y Docencia.
Hospital Nacional General Dr. Ángel Larralde.

Muy respetuosamente me dirijo a usted con la finalidad de solicitar la evaluación y revisión de historias clínicas para proyecto de investigación titulado **FACTORES Y CARACTERISRICAS DE SIFILIS CONGENITA TEMPRANA. HOSPITAL GENERAL NACIONAL "DR. ANGEL LARRALDE, 2015- 2022.** Como tutor clínico a la Dra. Everilda Arteaga

Agradeciendo su colaboración, queda de usted,

Dra. Deysis N. Diaz U.
Especialista Médico Internista
C.J. 20.232.432
MPPS 101234 CMC. 11.18



Recibe: *Upali both*
A-2-23
gaw

ANEXO B

FICHA DE REGISTRO

HISTORIA		FECHA	
Características sociodemográfica del paciente			
Edad actual (Meses)		Género	Femenino Masculino
Procedencia (Municipio)		Estado nutricional	Desnutrición Eutrófico Sobrepeso Obeso
Antecedentes neonatales			
Edad gestacional al nacer	Pre termino	Peso al nacer	PEG
	A termino		AEG
	Post termino		GEG
Factores de riesgo para sífilis congénita			
Edad materna (Años)		Nivel educativo	Analfabeta
			Básica
			Secundaria
			Bachillerato
			Universitaria
Estrato socioeconómico (GRAFFAR)		Antecedente materno de ITS	SI tipo
			NO
Control prenatal () controles	No controlado (< 6)	Vía de resolución del embarazo	Vaginal
	Controlado (>6)		Cesárea
Edad gestacional al momento del diagnóstico		Tratamiento indicado (dosis)	
		Dosis recibidas	
Otro factor		Observaciones	
Manifestaciones clínicas			
Erupción cutánea descamante		Rinitis	
Hepatoesplenomegalia		Fisuras orales y perianales	
Ictericia		Osteocondritis	
Elevación de transaminasas		Periostitis	
Otra		Otra	
Estudios paraclínicos			
VDRL	Reactivo	FTA	Dils
	No reactivo		
Ecografía	Patrón normal	Bilirrubina total	
	Patológico	Bilirrubina fraccionada	
Complicaciones		Evolución	
Presentes	Tipo de complicación	Estancia	
Ausentes		Egreso	Alta Defunción