

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL**  
**POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS RECIÉN NACIDOS CON  
SÍFILIS CONGÉNITA. HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL,  
ESTADO TÁCHIRA, VENEZUELA. AÑOS 2018-2020**

**Autor:** Dr. Enrique Oswaldo Bigott Garces

C.I. V – 25.968.255

**Tutora:** Dra. Baydi Gracibel Fernández Ángel

C.I. V – 15.501.745

**San Cristóbal, septiembre de 2020**

**Autor:**

Dr. Enrique Oswaldo Bigott Garces. Médico Integral Comunitario de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Ezequiel Zamora, Barinas, Venezuela.

Residente de 3er año del Postgrado de Puericultura y Pediatría de la Universidad de Los Andes. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira.

**Tutor Académico:**

Dra. Baydi Gracibel Fernández Ángel

Médico Cirujano, Especialista en Puericultura y Pediatría de la Universidad de los Andes. Especialista en Infectología Pediátrica. Hospital Pediátrico Agustín Zubillaga. Barquisimeto, estado Lara, Venezuela.

Médico Adjunto al Departamento de Pediatría en el Hospital IV Central de San Cristóbal.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## ÍNDICE GENERAL

<b>Página</b>	
Portada.....	i
Contraportada.....	ii
Índice General.....	iii
Índice de Tablas.....	iv
Índice de Gráficos.....	v
Agradecimientos.....	vi
Resumen.....	vii
Summary.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
MARCO REFERENCIAL.....	7
MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS.....	40

## ÍNDICE DE TABLAS

	Página	
<b>Tabla N° 1</b>	Manifestaciones clínicas tempranas y tardías de la Sífilis.....	13
<b>Tabla N° 2</b>	Tratamiento recomendado de la sífilis.....	16
<b>Tabla N° 3</b>	Casos de sífilis congénita según número de controles prenatales y peso al nacer, en medidas de tendencia central. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020*.....	21
<b>Tabla N° 4</b>	Casos de sífilis congénita según manifestaciones clínicas presentes al nacer, en cifras absolutas y relativas (%). Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020*.....	21
<b>Tabla N° 5</b>	Resultados de laboratorio (hematología completa) de los recién nacidos con sífilis congénita, en medidas de tendencia central. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020*.....	22
<b>Tabla N° 6</b>	Resultados de laboratorio (glicemia, creatinina y calcio) de los recién nacidos con sífilis congénita, en medidas de tendencia central. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020*.....	22
<b>Tabla N° 7</b>	Resultados de laboratorio (glicemia, creatinina y calcio) de los recién nacidos con sífilis congénita, según valores referenciales. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020*.....	23
<b>Tabla N° 8</b>	Morbilidad y mortalidad por sífilis congénita por año. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020*.....	25
<b>Tabla N° 9</b>	Análisis estadístico de neonatos con sífilis congénita por VDRL sérico Hospital Central de San Cristóbal, enero 2018-junio 2020*.....	26
<b>Tabla N° 10</b>	Análisis estadístico de neonatos con sífilis congénita por VDRL LCR Hospital Central de San Cristóbal, enero 2018-junio 2020*.....	27

## INDICE DE GRÁFICOS

	Página
<b>Gráfico N° 1</b> Casos de sífilis congénita por sexo, en cifras relativas (%). Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020* .....	20
<b>Gráfico N° 2</b> Casos de sífilis congénita según edad gestacional al nacer, en cifras absolutas. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020* .....	20
<b>Gráfico N° 3</b> Resultados de estudios especiales de laboratorio de los recién nacidos con sífilis congénita, en cifras relativas (%). Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020* .....	23
<b>Gráfico N° 4</b> Resultados de estudios de imágenes en los recién nacidos con sífilis congénita, en cifras relativas (%). Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020* .....	24
<b>Gráfico N° 5</b> Casos de sífilis congénita por año, en cifras absolutas. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020* .....	24

## AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias primeramente a Dios, sin Él nada, con Él todo; en segundo lugar, a mis padres: Oswaldo y Alcira, quienes me han apoyado desde el primer día, han estado para mí siempre en todo momento y circunstancia de mi vida, ustedes me han enseñado a valorar la vida desde lo más pequeño, a lo más grande, han sido mi inspiración para seguir adelante y lograr todo sueño y meta trazada en mi vida, a ustedes mis viejos, muchas gracias por todo su apoyo incondicional y entrega... LOS AMO.

A mi familia, quienes me han dado su apoyo durante este tiempo recorrido, muchas gracias por todo, en especial a una mujer guerrera, valiente, emprendedora mi mamá (Blanca Bigott), gracias por darme la vida y enseñarme que puedo contar contigo en todo momento, que a pesar de las circunstancias siempre hay un gran plan orquestado por Dios, tu apoyo es incondicional siempre allí, este sueño también es tuyo.

¡A todos, gracias!

Enrique Bigott Garcés

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL**  
**POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS RECIÉN NACIDOS CON  
SÍFILIS CONGÉNITA. HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL,  
ESTADO TÁCHIRA, VENEZUELA. AÑOS 2018-2020**

**Autor:** Enrique Oswaldo Bigott Garcés

**Tutora:** Dra. Baydi Fernández

**Año:** 2020

**RESUMEN**

La sífilis congénita es un problema de salud pública latente en Venezuela y el mundo, requiriéndose estudios clínicos y epidemiológicos para comprender su comportamiento en población infantil. Se planteó como objetivo determinar el perfil clínico-epidemiológico de recién nacidos con sífilis congénita en el Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, en el periodo 2018-2020\* (\*hasta junio), mediante un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y documental, con diseño no experimental, cuya población y muestra censal estuvo conformada por 35 casos de sífilis congénita diagnosticados en el citado centro hospitalario. La recolección de datos fue con la técnica de observación y como instrumento la historia clínica, apoyada en un “formato de recolección de datos”. Los resultados analizados con estadística descriptiva señalan que la enfermedad se presentó en recién nacidos a término acorde a su edad gestacional, varones, nacidos con 39 semanas de gestación, producto de embarazos controlados y peso promedio de 2548,87 gramos. Se diagnosticaron manifestaciones clínicas cutáneas (descamaciones palmares y plantares); oculares (dacriciele y microhemorragias); del sistema nervioso central (convulsiones) y ninguna manifestación ósea. Los hallazgos paraclínicos reportan hemoglobina, hematocrito y plaquetas normales, leucocitos elevados, hipoglicemia, creatinina y glicemia normal. El VDRL resultó reactivo (97,1%) y el VDRL en LCR no reactivo (74,3%). A los rayos x, se encontró tibia en sable (8,6%); ecografía transfontanelar normal. La morbilidad fue de 2,6% en este periodo, predominando en el año 2020 con 10,1%. Se recomienda fortalecer las acciones preventivas y de control del Programa de control respectivo en la entidad tachirensis.

**Palabras clave:** Sífilis Congénita. Hallazgos clínicos. Hallazgos paraclínicos. Morbimortalidad. Estado Táchira.

**UNIVERSITY OF THE ANDES**  
**SCHOOL OF MEDICINE**  
**SAN CRISTÓBAL CENTRAL HOSPITAL**  
**POSTGRADUATE OF PUERICULTURE AND PEDIATRY**

**CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF NEWBORNS WITH  
CONGENITAL SYPHILIS. HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL,  
STATE TÁCHIRA, VENEZUELA. YEARS 2018-2020**

**Author:** Enrique Oswaldo Bigott Garcés

**Tuthor:** Dra. Baidy Hernandez

**Year:** 2020

**SUMMARY**

Congenital syphilis is a latent public health problem in Venezuela and the world, requiring clinical and epidemiological studies to understand its behavior in children. The objective was to determine the clinical-epidemiological profile of newborns with congenital syphilis at Hospital Central de San Cristóbal, Táchira state, Venezuela, in the period 2018-2020 \* (\* until June), through a quantitative study, of the type descriptive, retrospective and documentary, with a non-experimental design, whose population and census sample consisted of 35 cases of congenital syphilis diagnosed in the aforementioned hospital. The data collection was with the observation technique and the clinical history as an instrument, supported by a “data collection format”. The results analyzed with descriptive statistics indicate that the disease appeared in newborns at heat according to their gestational age, males, born with 39 weeks of gestation, the product of controlled pregnancies and an average weight of 2548.87 grams. Cutaneous clinical manifestations (palmar and plantar desquamation) were diagnosed; eye (dacrycele and microbleeds); of the central nervous system (seizures) and no bone manifestations. Paraclinical findings report normal hemoglobin, hematocrit, and platelets, elevated leukocytes, hypoglycemia, creatinine, and normal glycemia. The VDRL was reactive (97.1%) and the VDRL in CSF non-reactive (74.3%). On x-rays, it was found tibia in saber (8.6%); normal transfontanelar ultrasound. Morbidity was 2.6% in this period, predominating in 2020 with 10.1%. It is recommended to strengthen the preventive and control actions of the respective control program in the entity from Tachira.

**Keywords:** Congenital syphilis. Clinical findings. Paraclinical Findings Morbidity and mortality Táchira state.



## INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa de curso crónico, transmitida principalmente por contacto sexual, producida por una bacteria tipo espiroqueta denominada *Treponema pallidum* (Hideyo Noguchi, 1913), endémica en países de bajos ingresos y presente en tasas más bajas en países de ingresos medianos y altos, cuya importancia para la salud individual y pública obedece a la morbilidad directa y permanente en niños, adolescentes, adultos, recién nacidos de madres infectadas, así como el riesgo de infección por VIH;<sup>(1)</sup> dado que es una enfermedad infecciosa de evolución crónica y distribución universal, recobra importancia debido a la transmisión transfusional y más aún la transplacentaria.<sup>(2)</sup>

En virtud de ello, organismos internacionales de salud “han asumido el compromiso de impulsar la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis en la Región”, considerándolas no sólo como causa de morbilidad aguda en los recién nacidos, niños y adolescentes, sino que pueden dar lugar a complicaciones con secuelas en el adulto, tales como alta morbi-mortalidad prematura.<sup>(3)</sup>

De acuerdo con estos entes gubernamentales, la sífilis afecta a más de 12 millones de mujeres en el mundo; más de 330.000 mujeres embarazadas cada año en América Latina y el Caribe, es decir que cerca del 66% de las embarazadas pueden presentar sífilis y se pueden complicar, desarrollando abortos o recién nacidos con sífilis congénita. Se señalan muertes intrauterinas en el 30% de los casos y muertes neonatales en el 10% de los casos. A pesar de ser una enfermedad prevenible, siguen presentándose casos en muchos países, donde la transmisión de madre a hijo se puede prevenir al hacer el diagnóstico en la consulta prenatal, con una prueba sencilla y económica como lo es el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), aún hay miembros del equipo de salud que consideran, de manera errónea, que la sífilis materna y congénita no tiene consecuencias severas, olvidando el correspondiente screening en el control prenatal.<sup>(3,4)</sup>

De tal manera, que la ocurrencia de un caso de sífilis congénita pone en evidencia fallas en el control prenatal, siendo necesario recordar que el diagnóstico y tratamiento precoz en la embarazada es una medida simple, eficaz, segura y económica en la prevención de esta enfermedad.<sup>(4)</sup> No obstante, el principal organismo de salud en el mundo reconoce que se producen más de 5 millones de casos nuevos de sífilis en todo el mundo, haciendo endémica la infección y facilitando las infecciones congénitas, las cuales, gracias al cribado sugerido por ese organismo han permitido la reducción de sífilis materna e infantil en más de un tercio.<sup>(3)</sup>

Así mismo, la OPS señala que en el 2013, quince países de las Américas informaron que han alcanzado la meta de eliminación de la sífilis congénita de  $\leq 0,5$  casos por 1.000 nacidos vivos;<sup>(5)</sup> ratificado en países como Cuba donde la sífilis congénita fue eliminada;<sup>(6)</sup> asimismo en Argentina, donde aseveran que la incidencia de sífilis congénita fue de 1,05 casos por 1.000 nacidos vivos en 2013.<sup>(7)</sup> No obstante, en Colombia, se informa que la sífilis congénita y gestacional es de notificación obligatoria y las cifras reportadas por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) son unas de las más altas en Latinoamérica y el Caribe, reportando para el 2011 unos 2,9 casos de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos, valor casi seis veces mayor a la meta estipulada por la OPS en su “Plan de Eliminación de Sífilis Congénita”.<sup>(8)</sup>

En escala nacional, el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela (MPPS), a través del Boletín Epidemiológico Semanal número 52 de diciembre 2016 (último publicado), señala que en el país se diagnosticaron 115 casos de sífilis congénita, cifra muy similar a la contabilizada en 2015, cuando se reportaron 104 casos.<sup>(9)</sup> En el plano local, la Coordinación Regional de ITS/VIH/Sida de la Corporación de Salud del estado Táchira, no cuenta con reportes de esta afección para el año 2018.<sup>(10)</sup> Por su parte, el Hospital Central de San Cristóbal (anexo 1), se contabilizaron 35 casos de la enfermedad distribuidos así: 2018: 5; 2019: 9 y 2020\*: 21 (\*hasta junio).<sup>(11)</sup>

Bajo estas cifras, entes internacionales de salud señalaron que las mujeres embarazadas infectadas por sífilis pueden transmitir la infección al feto, apareciendo la sífilis congénita, lo cual produce resultados adversos graves para el embarazo en el 80% de los casos; añadió que se estiman dos millones de embarazos en mujeres con sífilis cada año y “de éstos, alrededor de un 25% termina en muerte fetal o aborto espontáneo y en otro 25% el recién nacido presenta bajo peso al nacer o infección grave, dos factores asociados con un mayor riesgo de muerte perinatal”.<sup>(12)</sup>

Es por ello, que a pesar de todos esfuerzos gubernamentales en el mundo, la sífilis congénita sigue presentando una gran carga de morbilidad y por tanto, es objetivo mundial la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública, posiblemente factible mediante la reducción de la prevalencia de la sífilis en las mujeres embarazadas, así como la prevención de la transmisión de la sífilis de la madre al niño.<sup>(3)</sup> Consecuentemente, la transmisión vertical puede conllevar a muerte prenatal, muerte neonatal, en efecto provoca aproximadamente unas 305.000 muertes fetales y neonatales y deja a 215.000 lactantes en grave riesgo de defunción por prematuridad, insuficiencia ponderal, enfermedad congénita, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas.<sup>(13)</sup>

Adicionalmente, las particularidades clínicas en el recién nacido y las secuelas de la sífilis congénita pueden ser clasificadas en tempranas y tardías. Las primeras, caracterizadas por hepatoesplenomegalia, linfadenopatías generalizada, manifestaciones hematológicas, manifestaciones mucocutáneas, lesiones óseas, manifestaciones renales, inflamación del tracto gastrointestinal, entre otras. Las segundas, por nariz en silla de montar, dientes de Hutchinson, queratitis intersticial hasta atrofia óptica, sordera.<sup>(14)</sup>

En consecuencia, la sífilis sin tratamiento puede producir daños severos al organismo, sobre todo en las mujeres embarazadas y a los recién nacidos, pudiendo causar: a) Tumores, llamados gomas en piel, huesos, hígado que pudieran desaparecer luego de un tratamiento con antibióticos; b) Problemas neurológicos, asociados a accidentes cerebrovasculares, meningitis, pérdida de la audición, problemas visuales, demencia,

pérdida de la sensación de dolor y temperatura, disfunción sexual en hombres, incontinencia urinaria; c) Problemas cardiovasculares, que incluyen inflamación y aneurisma de la aorta, daño en válvulas cardíacas. Asimismo, algunas complicaciones incluyen ceguera, sordera, deformación de la cara y problemas neurológicos; además, las complicaciones en el embarazo y el parto, con la consecuente transmisión congénita aumentando considerablemente el riesgo de aborto espontáneo, muerte fetal o muerte del neonato a los pocos días del nacimiento. <sup>(1)</sup>

En síntesis, es preciso cumplir con la atención de la mujer embarazada en forma interdisciplinaria, basada en la evidencia, con una visión humanizada de la mujer y su familia, de acceso universal y que asegure la atención precoz, periódica, completa, integral y que promueva la inclusión de la pareja sexual de forma regular en las consultas. Estas particularidades del control prenatal y las pruebas correspondientes no siempre son bien acatadas por el equipo médico o por las pacientes y múltiples factores intervienen no siempre son realizadas, lo que trae como consecuencia un sub-registro en la morbilidad materna, perinatal y neonatal en relación a esta patología; además, no se llevan a cabo el seguimiento de casos maternos sospechosos o positivos, convergiendo en la aparición de recién nacidos con sífilis congénita objeto de investigación.

Paralelamente, la investigación se justifica desde la salud pública pues en la atención de los recién nacidos con sífilis congénita, se ha procurado el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para limitar el daño o secuelas que ocasionen al bebé, a quien no se le hizo prevención desde el periodo prenatal. Así, se estará aportando a la calidad de vida de estos pacientes infectados por transmisión vertical durante el embarazo. A su vez, se procura disminuir la morbimortalidad por ITS que causan efecto congénito sobre el neonato, cuyos resultados serán provisorios a los servicios obstetricia, reiterando la atención prenatal y tratamiento de la sífilis de la madre embarazada evitando la transmisión al feto, contribuyendo así, a lograr los objetivos del milenio propuestos por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en la lucha contra la mortalidad en menores de 5 años y contar con niños con mejor salud. <sup>(15)</sup>

En cuanto a los aportes teóricos, se aplicarían aspectos conceptuales de la enfermedad, manejo clínico, diagnóstico y terapéutico necesarios para la formación del futuro pediatra y en lo práctico, se procura el tratamiento y atención multidisciplinaria de los recién nacidos con sífilis congénita, previniendo el progreso de la afección, limitar el daño y evitar secuelas neurológicas. En lo metodológico, se aplicarán las técnicas de investigación del enfoque cuantitativo, obteniendo resultados científicos que redunden en la atención integral del neonato.

Por lo anteriormente expuesto, se plantea esta investigación para determinar el perfil clínico-epidemiológico de los recién nacidos con sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el periodo 2018-2020\* (\*hasta junio), considerando las salas de neonatología: Unidad de Recién Nacido (URN) y Unidad Patológica de Neonatología (UPN) del primer centro asistencial del estado Táchira (anexo 1 y 2), siendo preciso para ello, conocer las variables epidemiológicas de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita; la identificación de los hallazgos clínicos y paraclínicos de esos neonatos, así como calcular la morbi-mortalidad por esta enfermedad en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el periodo de estudio.

---

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Determinar el perfil clínico-epidemiológico de los recién nacidos con sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el periodo 2018-2020\*(\*hasta junio).

### Objetivos específicos

1. Describir con variables epidemiológicas de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el periodo 2018-2020\* (\*hasta junio).
2. Enlistar los hallazgos clínicos de los recién nacidos con sífilis congénita atendidos en el en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el periodo 2018-2020\* (\*hasta junio).
3. Identificar los hallazgos paraclínicos de los recién nacidos con sífilis congénita atendidos en el en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el periodo 2018-2020\* (\*hasta junio).
4. Interpretar la morbilidad por sífilis congénita en el en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el periodo 2018-2020\* (\*hasta junio).

## MARCO REFERENCIAL

En aras de presentar los antecedentes de la investigación, se encontró en la esfera internacional un estudio realizado en Argentina, titulado “Sífilis congénita Seguimiento de casos. Diagnóstico de situación en un hospital de la provincia de Buenos Aires”, con el objetivo de describir el seguimiento de los casos de sífilis congénita, mediante un estudio descriptivo y retrospectivo, cuya población fue de 106 recién nacidos vivos con sífilis congénita del Hospital Materno Infantil María Eva Perón de Duarte de las Malvinas Argentinas, entre 2014-2015. Se revisaron 25 historias clínicas de pacientes quienes mantuvieron seguimiento por infectología Grupo I y 81 que no lo realizaron Grupo II. Los datos fueron procesados por medias aritméticas con sus respectivos cuartiles en Excel de Microsoft Office 2010. Se obtuvo como resultado, una tasa de incidencia de sífilis congénita de 15 casos por cada 1.000 nacidos vivos en 2015 y 13,4 por 1.000 en 2014. El 76% de los casos no acudió al control. Hubo 8% de madres con baja escolaridad en el grupo no controlado versus 4% en el grupo I ( $p=0,054$ ). 60% de los padres recibió tratamiento en el grupo controlado versus 14% en los no controlados ( $p=0,031$ ). Los recién nacidos del grupo I habían requerido hospitalización en 4% de los casos respecto a 11% para el grupo II ( $p=0,023$ ). Concluyen que el seguimiento de casos de sífilis congénita en esa población es menor al 25%. Se considera una prioridad en salud incrementar esa proporción creando estrategias que permitan optimizarlo y mejorar la adherencia para prevenir el desarrollo de sífilis tardía y la aparición de secuelas a largo plazo.<sup>(7)</sup>

Por otro lado, un estudio desarrollado en Chile, denominado “Síndrome de TORCH: enfoque racional del diagnóstico y tratamiento pre y post natal” ratificaban que existen muchas infecciones bacterianas, virales o parasitarias que pueden transmitirse verticalmente desde la madre al feto o al recién nacido. El acrónimo TORCH se usa universalmente para referirse a un feto o recién nacido que presenta características clínicas compatibles con una infección adquirida verticalmente y permite un enfoque racional de diagnóstico y terapéutico. El documento revisa las características generales,

epidemiología, patogénesis, diagnóstico y terapéuticas de ellas y en el caso de la forma multisistémica de sífilis congénita generalmente corresponde a un recién nacido gravemente enfermo, de aspecto séptico, con daño en hepático y esplénico, anemia, trombocitopenia, compromiso del SNC, hepatitis, pancreatitis, neumonía alba, glomerulonefritis, uveítis, lesiones en la piel e incluso, puede cursar con un shock séptico. <sup>(16)</sup>

A su vez, en un estudio publicado en Pakistán, bajo el título “Síndrome sintomático de sífilis congénita: una enfermedad común pero olvidada”, se expone la clínica de un neonato de 3 semanas de nacido con signos de flogosis (edema y eritema) en articulaciones de muñecas y tobillos, irritabilidad y limitación en la motilidad de extremidades inferiores. Su madre tenía serología negativa para sífilis. Al nacer talla y peso acorde a edad gestacional, piel con eritema generalizado, máculas y pápulas con descamación en manos, pies y abdomen. Exámenes de laboratorio con anemia normocítica, normocrómica (hg 11,1 g/dl), leucocitosis (20.100/mm<sup>3</sup>), trombocitopenia (44.800/ml), pruebas hepáticas normales, VDRL positiva 1:128, con prueba de hemaglutinación (TPHA) positiva para *T. pallidum*. Estudio radiológico mostró irregularidad en metafisis y esclerosis, reacción perióstica en huesos largos. Se diagnosticó sífilis congénita y se indicó penicilina procaínica. Los exámenes de VDRL reportaron, de la madre 1:4 y el padre 1:1. Después de cuatro días con tratamiento, se resolvió la erupción de la piel, los exámenes de serología regresaron a la normalidad con 16.500/mm<sup>3</sup> glóbulos blancos y 215.000 plaquetas, cedió la irritabilidad y el edema articular en tres semanas. Se citó para controles y se indicó tratamiento a los padres. La última cita fue a los 4 meses y el examen físico fue completamente normal. Este antecedente aporta datos para los aspectos semiológicos de la valoración clínica de los neonatos que sean sospechosos de sífilis congénita y se confirme por la serología, además de servir para el análisis comparativo y discusión del presente estudio del Hospital Central en cuanto a las manifestaciones clínicas que se observen en los neonatos locales. <sup>(17)</sup>



También, un estudio presentado en Perú, titulado “Mortalidad fetal por sífilis congénita: Un problema de salud pública olvidado”, con el objetivo de identificar la tasa de mortalidad fetal por sífilis congénita gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) durante los meses de enero a agosto del 2013. Aplicaron un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo, ejecutado en el HNHU de categoría III-1 del Ministerio de Salud, durante junio-setiembre 2013. La población y muestra estudiada fueron las pacientes gestantes con muerte fetal a causa de la sífilis congénita del Servicio de Gineco-Obstetricia del citado centro. Así, el análisis fue cuantitativo de nivel descriptivo, utilizando los paquetes estadísticos Microsoft Excel 2010 y SPSS 19. De tal manera, obtuvieron como resultados la identificaron 33 casos de sífilis congénita, de los cuales 12 terminaron en muerte fetal. La tasa de mortalidad fetal por sífilis congénita en las gestantes de ese hospital en dicho periodo se calculó en 2,4%.<sup>(18)</sup>

Otra investigación, desarrollada en Colombia, denominada “Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita en Cali”, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de sífilis gestacional y sífilis congénita en esa ciudad, por lo que, presentaron un estudio descriptivo y transversal, con una muestra de 27.500 embarazadas con 401 pacientes con sífilis gestacional confirmada (FTA-ABS) y 35.514 recién nacidos, de los cuales hubo sospecha de 212 casos de sífilis congénita, confirmándose 43% (n=91). La prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas fue de 1,4% y de sífilis congénita de 2,5/1.000 NVR; recibieron tratamiento adecuado el 65,5% de las embarazadas; el 41,8% no cumplió control prenatal; 72,4% fueron diagnosticados en el primero y segundo trimestre del embarazo; 93% procedían de estratos socioeconómicos bajos; 66% de las pacientes con control prenatal recibieron tratamiento, con 25% de tratamientos inadecuados; y 19,8% se reinfectaron en el segundo y tercer trimestre. Los recién nacidos vivos fueron 99% y 1% de mortinato; el 41,6% de los recién nacidos tenían VDRL de >1:8 y 57,4% <1:8; se confirmaron el 93% con FTA-ABS y 7% no registraron el resultado. Concluyen que la prevalencia de sífilis gestacional en la ciudad de Cali fue mayor a la meta fijada por la OPS.<sup>(19)</sup>

En el ámbito nacional, presentó la tesis de grado titulada “Infección por TORCHS en la consulta de seguimiento del recién nacido de alto riesgo. Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizárraga”. Julio 2008-2012”, en Valencia, estado Carabobo, teniendo como objetivo caracterizar los neonatos infectados por TORCHS que fueron evaluados en la Consulta del Recién Nacidos de alto riesgo en ese hospital entre 2008-2012. Para ello, implementaron un estudio descriptivo, transversal y no experimental, cuya población la conformaron 638 historias clínicas y la muestra intencional de 68 neonatos con infección por TORCHS, realizándose análisis estadístico mediante el Programa SPSS. Los resultados señalan que la infección más frecuente fue la sífilis (44,10%), el sexo más afectado fue el masculino (52,94%), la co-infección más frecuente fue sífilis y toxoplasmosis (7,4%). La frecuencia de recién nacidos producto de embarazo controlado fue de 51,5%, eran multíparas, el 39,7% de las madres tuvieron dos parejas sexuales; el 83,8% de los recién nacidos fueron producto de embarazos a término, el 66,2% los recién nacidos tuvieron peso entre 2500 y 3500 gramos, el examen de laboratorio más frecuentemente realizado fue el VDRL (52,9%). Concluyó, que la infección por TORCHS representa el 10,65 % de los recién nacidos que son evaluados en la Consulta de Recién Nacidos de Alto Riesgo, siendo la sífilis la infección más frecuente, los recién nacidos fueron producto de embarazos controlados, a término y con peso adecuados para la edad gestacional. <sup>(20)</sup>

En el plano local, un estudio reciente titulado “Perfil epidemiológico de recién nacidos con sífilis congénita. Hospital Dr. Samuel Darío Maldonado, San Antonio del Táchira, estado Táchira, 2017”, aplicó un estudio bajo el paradigma positivista, cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y documental, con diseño no experimental, cuya población y muestra censal estuvo representada por los 19 casos de sífilis congénita diagnosticados en el citado centro hospitalario. La recolección de datos fue por la técnica de observación y como instrumento la historia clínica, apoyada en un “formato de recolección de datos”, previamente elaborado y manejado con estadística descriptiva. Los resultados señalan que, de los 19 casos registrados, el perfil obedece a neonatos varones (56,6%), con mayor afectación en menores de 7 días (63,2%), producto de embarazos no controlados (78,9%), cuyo peso al nacer fue menor a 2500g y partos

pretérmino (73,7%). Los hallazgos clínicos son manifestaciones hematopoyéticas: anemia (100%), hepatoesplenomegalia (94,7%), leucocitosis (84,2%), linfadenopatías (63,2%), ictericia (57,9%); signos de sepsis (78,9%) y los hallazgos paraclínicos correspondieron a anemia y trombocitopenia. La morbilidad fue del 3,2% con una tasa específica de 3187,9 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que la mortalidad (15 defunciones), correspondieron a 2,5% del total y una tasa de 2516,8 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. Se recomendó fortalecer las acciones preventivas y de control del Programa ITS/VIH/Sida y Salud Sexual y Reproductiva en la entidad tachirense.<sup>(21)</sup>

En otro orden de ideas, conviene explicar algunos elementos teóricos que faciliten la comprensión del tema, siendo preciso explicar que la sífilis es causada por el *T. pallidum*, una bacteria tipo espiroqueta móvil, fina, delgada y larga (de 0,15 µm por 6-15 µm), extraordinariamente trofoespecífica, no soporta los climas secos o las temperaturas superiores de 42°C, propio de los seres humanos, microaerofílico, muere rápidamente al ser extraído de su hábitat, su crecimiento es lento y sólo se ha logrado in vitro en concentraciones de oxígeno que oscilan de 3-6%; al no poderse cultivar a los fines clínicos, se dificulta su estudio y por ende el desarrollo de mejores pruebas diagnósticas.<sup>(22)</sup>

En ese sentido, la historia natural de la enfermedad procura una infección con características clínicas variables que oscilan entre casos asintomáticos hasta signos clásicos de una o más de las etapas clínicas de la enfermedad.<sup>(1)</sup> Estas incluyen: a) Sífilis primaria: consta de una pequeña lesión (única o múltiple), indolora, denominada chancro, en el lugar donde la bacteria ingresó al organismo, el cual se curará entre 3 y 6 semanas con o sin tratamiento; b) Sífilis secundaria: unas semanas posterior al chancro, aparecerá erupción cutánea que comienza en el tronco y finalmente cubre todo el cuerpo (incluso las palmas de las manos y las plantas de los pies), no pruriginosa, acompañada de lesiones verrugosas en la boca y la zona genital, concomitantemente, pérdida del cabello, mialgias, fiebre, odinofagia y adenopatías que pueden desaparecer en pocas semanas o pueden aparecer y desaparecer de forma repetida durante un

período de hasta un año; c) Sífilis latente: es una etapa posterior que se da al no recibir tratamiento específico, puede durar años, puede ser asintomática o progresar a la tercera etapa; d) Sífilis terciaria: aparece entre el 15 y el 30% de las personas infectadas por sífilis que no reciben tratamiento, afecta cerebro, nervios, ojos, corazón, vasos sanguíneos, hígados, huesos y articulaciones.<sup>(23)</sup>

Mención especial tiene la e) Sífilis congénita: padecida en recién nacidos de madres sífilíticas, quienes se infectan por transmisión vertical, a través de la placenta o durante el parto debido a la circulación del *T. pallidum* desde la sangre materna en las mujeres embarazadas con sífilis no tratada en los dos primeros trimestres del embarazo. La mayoría son asintomáticos, pero algunos pueden presentar síntomas.<sup>(23,24)</sup> Cabe señalar, que es una enfermedad prevenible y su presencia refleja un fracaso de los sistemas de atención prenatal, así como los programas de control de las infecciones de transmisión sexual.<sup>(1)</sup>

De tal manera, que la sífilis congénita se desarrolla a partir de la infección vertical, cuando las espiroquetas atraviesan la barrera transplacentaria a partir de la semana 8 de gestación y se puede transmitir hasta cuatro años después de la infección inicial, si la madre no ha recibido tratamiento. El riesgo de infección es mayor en las primeras etapas del ciclo evolutivo porque existen mayores concentraciones de la espiroqueta en el torrente sanguíneo. La infección es más embriogénica en las primeras semanas, por lo que el daño fetal es severo y sobrevienen los abortos. A partir de la semana 16 de gestación, se señala que 25% presentarán aborto, otro 25% mortinatos y 50% presentará alguna manifestación clínica de infección congénita. Si la infección es tardía, en el tercer trimestre, la espiroqueta pasará al feto y 60% de los recién nacidos aunque, aparentemente sanos, desarrollarán síntomas después de dos semanas de nacidos.<sup>(24,25)</sup>

Ahora bien, las particularidades clínicas en el recién nacido y las secuelas de la sífilis congénita, pueden ser clasificadas en: 1) Sífilis congénita reciente o temprana y 2) Sífilis tardía; las cuales se describen en la Tabla 2, además se incluyen algunas complicaciones, a saber:

**Tabla N° 1:** Manifestaciones clínicas tempranas y tardías de la Sífilis

Tipo	Características
<b>Tempranas</b>	<p>Los signos y síntomas aparecen en las primeras cinco semanas de vida y según la carga y virulencia, hasta los dos primeros años de vida, caracterizados por prematuridad, bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, síntomas generales como: fiebre, rinitis con coriza serosanguinolenta, obstrucción nasal, llanto a la manipulación, irritabilidad, rash eritematoso, pancreatitis, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, neumonía alba, neumonitis, miocarditis, corioretinitis; así como, manifestaciones mucocutáneas: pénfigo palmo-plantar, erupción maculopapular (anexo 3A); también, manifestaciones hematológicas: anemia, ictericia, leucopenia, o leucocitosis (reacción leucemoide), trombocitopenia, con manifestaciones clínicas como hepatoesplenomegalia, linfadenopatías generalizada, petequias y otras; se suman, manifestaciones renales: síndrome nefrótico; manifestaciones de sistema nervioso central: meningitis aséptica; manifestaciones oculares: corioretinitis, retinitis en sal y pimienta; lesiones óseas: osteocondritis, periostitis y osteítis (anexo 3B y 3C).</p> <p>Mientras que, en los casos de invasión masiva o intensa de treponemas, o cuando la virulencia de la bacteria es más elevada, se presenta un cuadro severo, con ataque a múltiples órganos por la espiroquetemia y con el sistema de defensa frágil del feto puede hacer lesiones y daño severo, provocando muerte con aborto en el primer trimestre, o mortinato en el tercer trimestre, produciendo cuadros graves y alta letalidad. Incluso se pueden observar lesiones por infestación y efectos del treponema sobre la placenta, entre los que destacan el edema, por lo que se evidencia una placenta voluminosa, con lesiones y manchas blanquecinas y amarillentas.(OMS/OPS, 2010; Porter, Qureshi y Benenson, 2018)</p>
<b>Tardías</b>	<p>Las manifestaciones clínicas aparecen luego de los dos años de edad, las cuales serán más severas e incluyen síntomas y signos como: nariz en silla de montar, dientes deformados (dientes de Hutchinson), mandíbula corta, arco palatino elevado, tibia en lámina de sable, escápulas en campana, frente olímpica, queratitis intersticial con ceguera, hipoacusia severa con sordera neurológica, gomas en pies, dificultades en el aprendizaje, retraso mental, convulsiones e hidrocefalia.(OMS/OPS, 2010; Valderrama, 2005)</p>
<b>Complicaciones</b>	<p>Puede presentarse ceguera, sordera, deformación de la cara y problemas neurológicos.</p>

**Fuente:** García, Vázquez y Sarubbi. 2010.<sup>(14)</sup> OMS/OPS, 2010. <sup>(4)</sup> Valderrama, 2005.<sup>(26)</sup>

No obstante, para los entes internacionales de salud, se sospecha de sífilis congénita cuando están presente alguna de las siguientes condiciones: 1) Neonato con manifestaciones clínicas de sífilis congénita al examen físico y/o evidencia de

hallazgos radiológicos y/o resultado positivo de prueba serológica; 2) Todo producto de la gestación con *T. pallidum* demostrable en campo oscuro, inmunofluorescencia u otro procedimiento en lesiones, placenta, cordón umbilical, o material de autopsia; 3) Todo neonato, aborto o mortinato con madre clínicamente diagnosticada con sífilis materna y con prueba positiva de treponema; reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya recibido tratamiento o éste haya sido inadecuado; y 4) Todo neonato con títulos de VRDL cuatro veces mayor que los títulos de la madre (ejemplo 1:4 madre y neonato 1:16).<sup>(4)</sup>

Por ende, el diagnóstico de afección es complejo y ante la sospecha de infección se inicia comenzando con la anamnesis, incluyendo antecedentes personales de la madre y su pareja; lugar de residencia, ocupación, antecedentes de infección de transmisión sexual; transfusión sanguínea, revisión de los controles ginecológicos y obstétricos de embarazos previos, tratamientos realizados, entre otros. Además, se incluyen la evaluación clínica de los signos clínicos (antes referidos) y algunas pruebas complementarias como la radiología del húmero, pues es el hueso más afectado, solicitándose además radiografías de codos y rodillas (por ser donde se encuentran los síntomas más importantes), las lesiones óseas tienen su mayor expresividad pasado el primer mes de vida, tienden a desaparecer espontáneamente a partir del quinto mes.<sup>(25)</sup> A su vez, se podrán requerir algunos otros estudios complementarios como la punción lumbar (cito químico y serología), el examen oftalmológico, examen ORL, estudios de imágenes como Rayos X y ecografía transfontanelar (anexo 3B, 3C y 3D) y otros laboratorios como Hemograma, hepatograma, orina completa.<sup>(25)</sup>

Específicamente, el diagnóstico materno debe contener el examen clínico de la madre y la aplicación de métodos confirmatorios de laboratorios: a) Directo: con énfasis en la visualización del *T. pallidum*, mediante la técnica de campo oscuro, utilizando el microscopio de contraste de fases, para la confirmación o descarte de la infección. O bien, b) Indirecto: para hacer diagnóstico de certeza, pero su ausencia no lo descarta, estos incluyen el examen serológico materno, en esa opción, el diagnóstico de sífilis durante el embarazo debe solicitarse pruebas no treponémicas a toda embarazada como

mínimo en el primer y al final del tercer trimestre, siendo la VDRL, la prueba más utilizada. En caso de VDRL positivo debe confirmarse con pruebas treponémica: FTA-abs (absorción de anticuerpos treponémica fluorescentes) que detecta IgM frente al treponema, inmunofluorescencia, microhemaglutinación, ELISA y Western Blot.<sup>(14)</sup>

Seguidamente, el diagnóstico neonatal, requerirá del examen clínico del niño y las pruebas de laboratorio correspondientes; a) Examen directo con microscopio de campo oscuro que muestra al *T. pallidum*; o b) Examen serológico al neonato con VDRL: esta prueba debe interpretarse con precaución y de acuerdo a los antecedentes maternos, ya que la porción IgG reagin atraviesa la placenta y estos hallazgos en suero del niño solo significan que la madre tuvo o ha tenido sífilis, a menos que su valor sea 4 veces el de la madre serología no treponémica y treponémica permanecen reactivas por el paso de inmunoglobulinas maternas al niño que pueden persistir por un periodo hasta de 15 meses, por lo tanto si no se cumplen los criterios de curación debe evaluarse individualmente para decidir si se inicia nuevo tratamiento.<sup>(14)</sup>

Por otro lado, el tratamiento de la sífilis en la gestante y en el recién nacido depende del estado en que se encuentre la enfermedad; el fármaco de elección es la Penicilina, la cual es efectiva para tratar la sífilis gestacional y prevenir la sífilis congénita; es de bajo costo y segura. La efectividad de los regímenes con penicilina Benzatínica promovidos por los CDC de Atlanta y la OMS oscila entre 95% y 100%, sin embargo, la información relacionada en estudios clínicos aleatorios que comparen la efectividad entre varios regímenes terapéuticos con penicilina es limitada.<sup>(27)</sup>

También, se señala que el mejor plan de tratamiento para esta enfermedad incluye: Caso confirmado (según edad al diagnóstico): a) Edad < 7 días Penicilina G cristalina 100.000 U/kg/día vía IV en 2 dosis por 10 días; b) Edad 7-28 días Penicilina G cristalina 150.000 U/kg/día vía IV en 3 dosis por 10 días; c) Edad > 28 días Penicilina G cristalina 200.000-300.000 U/kg/día vía IV en 4 dosis por 10 días; d) En caso de neurosífilis el tratamiento es por 14 días.<sup>(14)</sup> No obstante, estos datos pueden ampliarse en la Tabla N° 2, como sigue.

**Tabla N° 2:** Tratamiento recomendado de la sífilis

<b>Tipo de Sífilis</b>	<b>Pacientes sensibles a la penicilina</b>	<b>Pacientes alérgicos a la penicilina</b>
Sífilis primaria, secundaria y latente temprana (<1 año); Tratamiento epidemiológico para contactos	Total de 2.4 millones de unidades de penicilina; o 2 dosis de inyecciones intramuscular únicas de 1,2 millones de unidades en una sesión	Doxiciclina 100 mg, 2 veces/día o tetraciclina 500 mg, 4 veces/día, oral; 14 días consecutivos
Tardía latente (>1 año) o cuando el LCR no fue examinado en latencia; sífilis cardiovascular; goma benigno tardío (cutáneo, óseo o visceral)	Total de 7,2 millones de unidades de penicilina intramuscular en dosis de 2,4 millones de unidades a intervalos de 7 días durante 21 días	Doxiciclina 100 mg, 2 veces/día o tetraciclina 500 mg, 4 veces/día, oral; 14 días consecutivos
Neurosífilis sintomática o asintomática	2,4 millones de unidades de penicilina G (cristalina) intravenosa c/ 4 horas durante al menos 10 días; 2,4 millones unidades de procaína penicilina intramuscular diarias y probenecid 500 mg/oral 4 veces/día, 10-14 días	Ceftriaxona 2 g IM o IV/día, 10-14 días (la sensibilidad cruzada con penicilina es rara pero sí ocurre; alternativa debe discutirse con un especialista)

**Fuente:** García, Vázquez y Sarubbi. 2010.<sup>(14)</sup>



## MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se enmarcó en un enfoque, observacional, retrospectivo, documental, transversal y analítico; según el nivel es relacional, y según el diseño, es epidemiológico descriptivo, ya que se ha procurado determinar el perfil clínico-epidemiológico de los recién nacidos con sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el periodo 2018-2020\* (\*hasta junio). Además, es de tipo observacional ya que los datos fueron recopilados de las historias clínicas, tal y como se presentaron, sin intervenir o manipular ninguna variable. También es documental y transversal, pues su proceso se basa en la “búsqueda, recuperación, análisis crítico e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por los otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas”<sup>(39)</sup>, midiéndose la variable en una sola ocasión. En cuanto a la temporalidad, es retrospectiva, considerando que los hechos estudiados de la realidad ya ocurrieron, analizándose los cambios en un tiempo dado y en una población general;<sup>(31)</sup> por ello, la investigación estuvo prevista para el periodo 2018-2020\* (\*hasta junio). Asimismo, es un estudio analítico porque se buscó, a través de un análisis estadístico bivariado, entender las variables de interés y se planteó su asociación.

En relación al nivel, es una investigación relacional ya que se estudió la asociación entre eventos del estudio de las variables demostrando la asociación entre ellas a través de pruebas estadísticas. Por último, según el diseño, es una investigación epidemiológica descriptiva; pues considera como prioridad “describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos” caracterizando un fenómeno o una situación concreta, logrando describirse e interpretarse los hechos conforme a los datos recolectados.<sup>(30)</sup>

Por otra parte, la población “es el conjunto de individuos y objetos de los que se desea conocer algo en una investigación”, paralelamente, la muestra se define como “parte o subconjunto de la población”.<sup>(33)</sup> En esta investigación se tomó como población y

muestra las 35 historias clínicas de los mismos recién nacidos con Sífilis Congénita detectados en el Hospital Central de San Cristóbal, durante el periodo 2018-2020\* (\*hasta junio), producto de madres con resultados positivos en VDRL. Por ende, se consideró una muestra censal pues se seleccionaron el 100% de los elementos, al considerarla manejable; al respecto, se establece que la muestra censal es aquella donde las unidades de investigación son consideradas como muestra.<sup>(34)</sup>

Ahora bien, los procedimientos para el desarrollo de la investigación consistieron en entregar una comunicación a la Dirección General del Hospital Central de San Cristóbal, con la finalidad de dar a conocer los objetivos planteados en el estudio, conseguir la autorización y colaboración para su desarrollo del estudio y posteriormente, visitar el Servicio de Registros y Estadísticas de Salud para identificar las historias clínicas de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita que facilitaron la recolección de los datos.

En ese sentido, las técnicas de recolección de datos se refieren al cómo recoger la información, mientras que los instrumentos constituyen las herramientas.<sup>(33)</sup> Las técnicas de recolección de datos se seleccionan con base al tipo de indicio a través del cual se manifiesta el evento de estudio y en esta oportunidad se aplicó la técnica de la observación. A su vez, como instrumento de recolección de datos, se dispuso de la “Historia Clínica”, de la cual se extraerán los elementos de interés según las variables en estudio, utilizando un registro de observación documental, para ello, se elaboró un formato de recolección de datos (anexo 4), con los indicadores de las variables previamente operacionalizadas (anexo 5), que permitieron la recopilación y posteriormente, el manejo estadístico de los datos. Obviamente, por ser de uso rutinario y estandarizado por el MPPS, no ameritó validación ni confiabilidad.

Seguidamente, el plan de análisis de datos derivados de la aplicación del instrumento facilitó la presentación de los resultados, a través de la estadística descriptiva, se elaboraron cuadros o gráficos según las variables de interés, utilizando frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). En el caso de las variables cuantitativas, se hizo uso

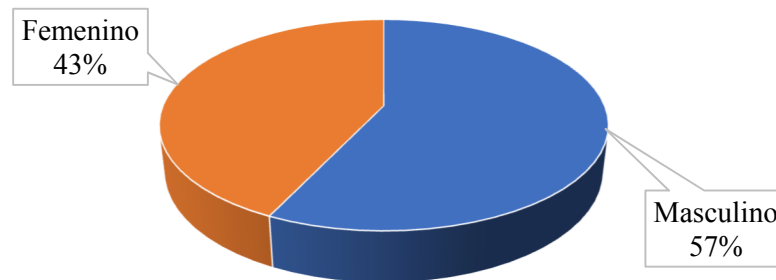
de las medidas de tendencia central, facilitado el análisis e interpretación, así como la comparación con las bases teóricas y antecedentes del estudio. En el análisis inferencial, para comprobar relación entre variables, se utilizó la asociación entre los resultados de VDRL sérico y VDRL en líquido cefalorraquídeo, presentándose en las tablas 9 y 10 los resultados correspondientes, tomando la significancia estadística para el  $p < 0,05$ .

Por último, las consideraciones bioéticas estuvieron regidas por los lineamientos éticos básicos de objetividad, honestidad, respeto de los derechos de terceros, relaciones de igualdad, así como un análisis crítico para evitar cualquier riesgo y consecuencias perjudiciales; asimismo la toma de decisiones en cada etapa del proceso de investigación estuvo encaminada a asegurar tanto la calidad de la investigación, como la seguridad y bienestar de las personas involucrados en la investigación.<sup>(35)</sup>

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## RESULTADOS

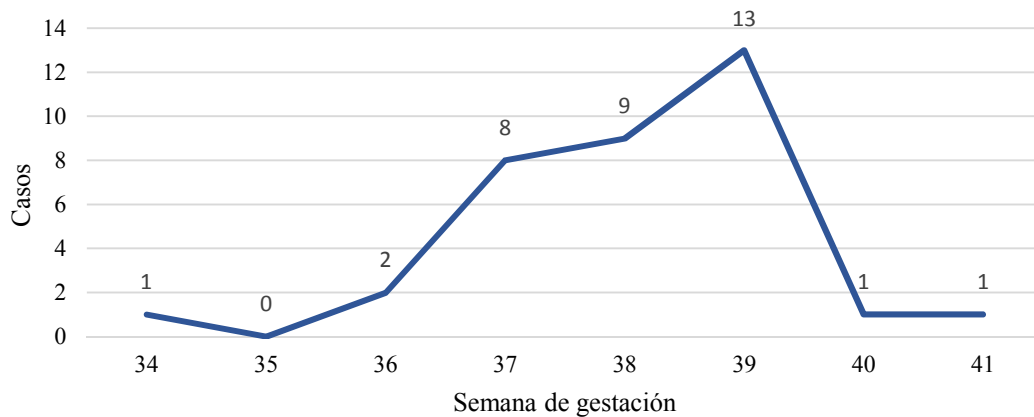
**Gráfico N° 1:** Casos de sífilis congénita por sexo, en cifras relativas (%). Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020\*.



\*hasta junio/2020

**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. 2018-2020.

**Gráfico N° 2:** Casos de sífilis congénita según edad gestacional al nacer, en cifras absolutas. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020\*.



\*hasta junio/2020

**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. 2018-2020.

**Tabla N°3:** Casos de sífilis congénita según número de controles prenatales y peso al nacer, en medidas de tendencia central. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020\*.

Variable	Valor mínimo	Valor máximo	Media	Mediana
Número de controles prenatales	0	9	4,02	5
Peso	1500	3980	2548,87	2940

\*hasta junio/2020

**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. 2018-2020.

**Tabla N°4:** Casos de sífilis congénita según manifestaciones clínicas presentes al nacer, en cifras absolutas y relativas (%). Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020\*.

Manifestaciones clínicas		N°	%
Piel	Descamaciones palmares y plantares	8	22,86
	Lesión máculo-papular	1	2,86
Oculares	Dacriose	2	5,71
	Microhemorragias, macula mal contractada	1	2,86
	Corioretinitis por sífilis	1	2,86
Sistema Nervioso Central	Convulsiones	1	2,86
Óseas	Ninguna	0	0,00

\*hasta junio/2020

**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. 2018-2020.

**Tabla N°5:** Resultados de laboratorio (hematología completa) de los recién nacidos con sífilis congénita, en medidas de tendencia central. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020\*.

Variable	Valor mínimo	Valor máximo	Media	Mediana
Hemoglobina (g/dl)	9,6	18,3	13,51	13,5
Hematocrito (%)	32	58,1	43,02	44,1
Leucocitos (mm <sup>3</sup> )	4800	38.000	11.859,23	12.500
Neutrófilos (%)	25	85	56,35	60,5
Linfocitos (%)	15	75	32,97	38
Plaquetas (mm <sup>3</sup> )	35.000	405.000	164.420,14	202.500

\*hasta junio/2020

**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. 2018-2020.

www.bdigital.ula.ve

**Tabla N°6:** Resultados de laboratorio (glicemia, creatinina y calcio) de los recién nacidos con sífilis congénita, en medidas de tendencia central. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020\*.

Variable	Valor mínimo	Valor máximo	Media	Mediana
Glicemia (g/dl)	20	111	64,57	66
Creatinina (g/dl)	0,2	0,64	0,55	0,69
Calcio (g/dl)	7	8,33	8,86	8,9

\*hasta junio/2020

**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. 2018-2020.

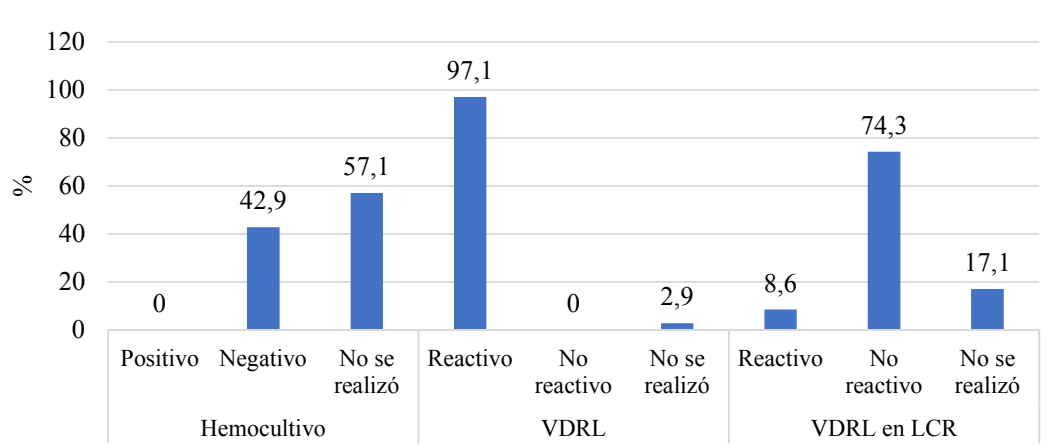
**Tabla N°7:** Resultados de laboratorio (glicemia, creatinina y calcio) de los recién nacidos con sífilis congénita, según valores referenciales. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020\*.

Variable	Valores	N°	%
<b>Glicemia</b>	Baja	24	68,6
	Normal	10	28,6
	Alta	1	2,9
<b>Creatinina</b>	Baja	7	20
	Normal	7	20
	Alta	0	0,0
	No se realizó	21	60,0
<b>Calcio sérico</b>	Baja	8	22,9
	Normal	14	40
	Alta	4	11,4
	No se realizó	9	25,7

\*hasta junio/2020

**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. 2018-2020.

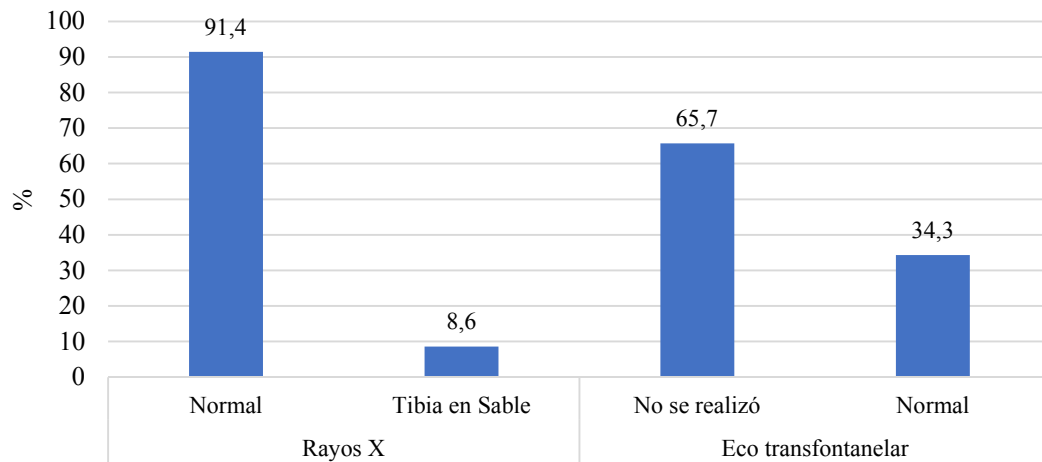
**Gráfico N° 3:** Resultados de estudios especiales de laboratorio de los recién nacidos con sífilis congénita, en cifras relativas (%). Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020\*.



\*hasta junio/2020

**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. 2018-2020.

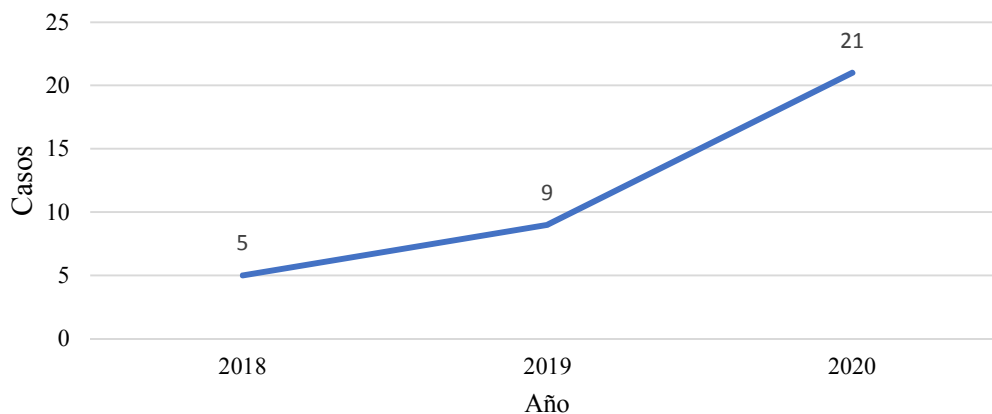
**Gráfico N° 4:** Resultados de estudios de imágenes en los recién nacidos con sífilis congénita, en cifras relativas (%). Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020\*.



\*hasta junio/2020

**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. 2018-2020.

**Gráfico N° 5:** Casos de sífilis congénita por año, en cifras absolutas. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020\*.



\*hasta junio/2020

**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. 2018-2020.



**Tabla N°8:** Morbilidad y mortalidad por sífilis congénita por año. Servicio de Neonatología, Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Años 2018-2020\*.

<b>Año</b>	<b>Total de recién nacidos</b>	<b>Casos</b>	<b>Morbilidad</b>
<b>2018</b>	641	5	0,8
<b>2019</b>	485	9	1,9
<b>2020</b>	207	21	10,1
<b>Total</b>	<b>1333</b>	<b>35</b>	<b>2,6</b>

\*hasta junio/2020

**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. 2018-2020.

www.bdigital.ula.ve

**Tabla N°9.** Análisis estadístico de neonatos con sífilis congénita por VDRL sérico Hospital Central de San Cristóbal, enero 2018-junio 2020

		VDRL sérico		(p-valor)
		Reactivo	No reactivo	
Semanas gestación	Término	29	1	(0,270)
	Pretérmino	2	0	
Total		31	1	32
Controles prenatales	Adecuado ( $\geq 5$ controles)	17	1	(0,502)
	Inadecuado ( $\leq 4$ controles)	14	0	
Total		31	1	32
Peso al nacer	Normal ( $\geq 2,500$ Kg)	21	0	(0,373)
	Bajo peso ( $< 2,500$ Kg)	10	1	
Total		31	1	32
Leucocitos	Normales (5.000-15.000)	19	1	(0,930)
	Leucopenia ( $< 5.000$ )	2	0	
	Sepsis ( $> 15.000$ )	10	0	
Total		31	1	32
Plaquetas	Normales ( $\geq 150.000$ )	26	1	(0,690)
	Trombocitopenia ( $< 150.000$ )	5	0	
Total		31	1	32

Nota: Hubo 3 neonatos sin reporte de VDRL sérico (n=35)

**Tabla N°10.** Análisis estadístico de neonatos con sífilis congénita por VDRL LCR Hospital Central de San Cristóbal, enero 2018-junio 2020

		VDRL LCR		(p-valor)
		Reactivo	No reactivo	
Semanas gestación	Término	1	25	(0,001)
	Pretérmino	2	1	
Total		3	26	29
Controles prenatales	Adecuado ( $\geq 5$ controles)	2	15	(0,505)
	Inadecuado ( $\leq 4$ controles)	1	11	
Total		3	26	29
Peso al nacer	Normal ( $\geq 2,500$ Kg)	0	17	(0,012)
	Bajo peso ( $< 2,500$ Kg)	3	9	
Total		3	26	29
Leucocitos	Normales (5.000-15.000)	0	15	(0,037)
	Leucopenia ( $< 5.000$ )	0	2	
	Sepsis ( $> 15.000$ )	3	8	
Total		3	26	29
Plaquetas	Normales ( $\geq 150.000$ )	2	21	(0,756)
	Trombocitopenia ( $< 150.000$ )	1	5	
Total		3	26	29

Nota: Hubo 6 neonatos sin reporte de VDRL en LCR (n=35)

## DISCUSIÓN

Ubicado en el piso 7 del Hospital Central de San Cristóbal, el Servicio de Neonatología funciona en la medida de las posibilidades contando con personal médico y escaso personal de enfermería para cubrir la demanda estatal y del área de influencia del establecimiento. Se encuentra integrado por 3 áreas operativas, a saber: a) Unidad de Recién Nacido (URN); b) Unidad de Recién Nacido Patológico (URNP) y; c) Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), donde se manejan las enfermedades propias de la edad con personal calificado y dos turnos de revista médica con el especialista de guardia. En ese sentido, durante el periodo 2018-2020\* (\*hasta junio), Se contabilizaron 35 casos de sífilis congénitas, con los cuales se desarrolló esta investigación.

Para entrar en materia y cumplir con el objetivo número 1, referido a describir con variables epidemiológicas de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el referido hospital durante el periodo 2018-2020\* (hasta junio/2020), se tiene en el Gráfico N° 1, que en cuanto al sexo, hubo predominio de masculinos con 57% (n=20); además, todos fueron recién nacidos a término acorde a su edad gestacional y según la Gráfica N° 2, con mayor proporción nacidos en las semanas de gestación 39 (37,1%), 38 (25,7%) y 37 (22,9%). También, la Tabla N° 3 señala que el número de controles durante el embarazo estuvo entre 0 y 9, con media de 4,02 y mediana de 5 y según su clasificación, el 54,2% (n=19), fueron embarazos controlados con más de 5 visitas al médico para manejo prenatal; de acuerdo al peso, hubo valores entre 1500 y 3980 gramos, con media de 2548,87 gramos y mediana de 2940 gramos. Aun cuando no existe predominancia para el sexo en los casos de sífilis congénita, hubo predominio de varones, la edad gestacional del recién nacido obedece a los parámetros normales de un embarazo a término, cuyo producto de la gestación fueron recién nacidos a término acorde a su edad gestacional con peso (en gramos) variables, pero con una media adecuada en ese momento de la vida y que en su mayoría tuvieron embarazos controlados, más se duda de esos controles, pues el obstetra debió tomar en consideración resultados de VDRL para aminorar la infección en los bebés.

En contraposición, Silva, Boisb y Duroc (2016), en su estudio “Sífilis congénita Seguimiento de casos. Diagnóstico de situación en un hospital de la provincia de Buenos Aires”, obtuvieron que el 76% de los casos de su investigación no acudieron al control prenatal, al igual que Cavagnar *et al.* (2014), quienes presentaron 2 casos clínicos de sífilis congénita que contradicen el perfil de los recién nacidos de esta investigación, pues fueron recién nacidos prematuros, con diagnóstico en período neonatal inmediato, siendo de tratamiento inmediato para garantizar sobrevida y complicaciones del bebé, enfatizando la necesidad de prevenir la trasmisión vertical; En similitud, Rocca (2013), señala que el 83,8% de los recién nacidos fueron producto de embarazos a término y el 66,2% los recién nacidos tuvieron peso entre 2500 y 3500g; al igual que Rashid *et al* (2015), en su estudio “Síndrome sintomático de sífilis congénita: una enfermedad común pero olvidada”, donde reportaron talla y peso al nacer acorde a edad gestacional.

Seguidamente, para responder al objetivo número 2, señalado para enlistar los hallazgos clínicos de los recién nacidos con sífilis congénita atendidos en ese Servicio durante el tiempo de estudio, se tiene que la Tabla N° 4, señala predominio de manifestaciones clínicas cutáneas tipo descamaciones palmares y plantares con 22,86% (n=8) y lesión máculo-papular en 2,86% (n=1), asimismo lesiones oculares tipo Dacriciele, microhemorragias, macula mal contractada y corioretinitis por sífilis con 2,86% (n=1) cada una; también expresiones clínicas del Sistema nervioso Central como convulsiones en el 2,86% (n=1) y ninguna manifestación ósea evidente clínicamente.

Estas particularidades clínicas son compatibles con los casos de sífilis congénita y deben ser del manejo clínico y terapéutico inmediato, para evitar la mortalidad neonatal consecuente. De hecho, para Porter, Qureshi y Benenson (2018), los signos y síntomas tempranos de la enfermedad aparecen en las primeras cinco semanas de vida con manifestaciones sistémicas variables, pero, que en las manifestaciones muco-cutáneas incluyen pénfigo palmo-plantar y erupción máculo-papular (anexo 3A); asimismo, manifestaciones de sistema nervioso central y oculares tal y como se describen en los resultados del estudio. Ratifican Cofré *et al.* (2016), en su estudio denominado

“Síndrome de TORCH: enfoque racional del diagnóstico y tratamiento pre y post natal” señalando que las características generales de la forma multisistémica de sífilis congénita corresponden a un recién nacido gravemente enfermo, de aspecto séptico, hepatoesplenomegalia, anemia, trombocitopenia y compromiso del SNC e incluso, puede cursar con un shock séptico.

Adicionalmente, en función del objetivo número 3, para identificar los hallazgos paraclínicos de los recién nacidos con sífilis congénita atendidos en el en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, durante el periodo 2018-2020\* (\*hasta junio), se tiene en la Tabla N° 5, que en cuanto a la hematología completa, la hemoglobina estuvo entre los 9,6 y 18,3 g/dL, con media de 13,51 y mediana de 13,5; según la clasificación médica: anemia moderada (20%) (n=7), hemoglobina normal 34,2% (n=12) y policitemia 45,8% (n=16); a su vez, el hematocrito osciló entre 32 y 58,1%, con media de 43,02% y mediana de 44,1%; igualmente, los leucocitos estuvieron entre 4800 y 38.000 por mm<sup>3</sup>, con promedio de 11.859,23 y mediana de 12.500mm<sup>3</sup>; mientras que los grupos celulares presentaron los siguientes promedios: neutrófilos 56,35%; linfocitos 32,97% y plaquetas en promedio de 164.420,14 mm<sup>3</sup>, con trombocitopenia en el 20% (n=7).

Como se aprecia, los datos de laboratorio fueron variados, la hemoglobina obtuvo valores amplios, pero con media y mediana acorde a los parámetros normales, solo un 20% de anemia que podría esperarse en casos de sífilis congénita, las cuentas blancas elevadas con promedio de 11.859,23 lo que habla de procesos infecciosos importantes, grupos celulares dentro de lo esperado y plaquetas dentro de lo normal. Datos establecidos como esperados según Porter, Qureshi y Benenson (2018), quienes señalaron que las manifestaciones hematológicas se presentan tempranamente en la sífilis congénita caracterizadas por anemia, leucocitosis (reacción leucemoide), trombocitopenia. Al respecto, Rashid *et al* (2015) también indicaron anemia en sus pacientes, con promedio de 11,1 g/dL, de tipo normocítica, normocrómica y leucocitosis con promedio de 20.100/mm<sup>3</sup>, pero con trombocitopenia en 44.800/ml;

asimismo, Cardona (2017), afirmó que las manifestaciones hematopoyéticas fueron anemia (100%), leucocitosis (84,2%) y trombocitopenia.

De igual manera, las Tablas N° 6 y 7, señalan los valores de glicemia, creatinina y calcio de la siguiente manera: la glicemia obtuvo valores entre 20 y 111g/dL, con promedio de 64,57, con hipoglicemias en el 68,6% (n=24), normoglicemias en 28,6% (n=10); de igual manera, la creatinina osciló entre 0,2 y 0,64, con valores promedios de 0,55g/dL haciendo valores iguales para creatininas bajas y normales en 20% (n=7) para cada uno. Le sigue el calcio, que estuvo entre 7 y 8,33 g/dL, promedio de 8,86 y calcio normal en 40% (n=14) de los casos. En ese orden, la hipoglicemia puede deberse a la irregularidad en la alimentación (madres hospitalizadas por otra causa, deficiencia de personal para lactancia), lo cual pone a los recién nacidos en riesgo de muerte por hipoglicemia severa que deben ser abordadas prontamente, se señala buena función renal con creatininas y valores e calcio normales.

También, se reflejaron los resultados de las pruebas especiales en los recién nacidos en el Gráfico N° 3, donde se denota que en el 57,1% (n=20) de los casos no se realizó hemocultivo, pero en el 42,9% (n= 15) resultó negativo, asimismo, el VDRL resultó reactivo en el 97,1% (n=34), solo en 1 paciente no se realizó el estudio y el VDRL en LCR resultó no reactivo en el 74,3% (n=26), reactivo en el 8,6% (n=3) y no se realizó en el 17,1% (n=6). Estos hallazgos muestran las dificultades económicas para realizar hemocultivos por parte de padres y representantes, pues en el Hospital central no se cuenta con este servicio, afortunadamente los realizados reportan negativos, dato favorable para la evolución de los recién nacidos, pues no se combate ninguna otra infección; pero, se corrobora la sífilis congénita al reportarse 97,1% de positividad al VDRL (sólo 1 examen no se realizó). Sobre los VDRL en LCR se aprecia que solo el 8,6% resultó positivo, con efecto en SNC. Daros cónsonos con Rashid *et al* (2015), quienes señalaron 100% VDRL positivo, al igual que Lucena *et al* (2012), quienes en su investigación “Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita en Cali”, también realizaron VDRL en 100% y ratificaron con FTA-ABS y también, con

Rocca (2013), quien encontró 52,9% de VDRL como prueba de laboratorio más frecuente en su estudio.

Sobre los estudios de imágenes, el Gráfico N° 4, señala que los rayos x reportaron normales en el 91,4% (n=32) y el 8,6% (n=3), reportó tibia en sable. Del mismo modo, la ecografía transfontanelar sólo se realizó en el 34,3% (n=12), reportando normal. Estos hallazgos son cónsonos a la teoría de la enfermedad, gran parte de los bebés están sin signos radiológicos de la enfermedad, solo el 8,6% tiene alteraciones óseas no vistas en signos clínicos, pero si radiológicos y sobre la ecografía, en las realizadas son normales, lo que favorecerá el crecimiento y desarrollo de los recién nacidos. Vale recalcar que para Porter *et al* (2018), los estudios de imágenes como rayos x y ecografía transfontanelar son importantes para la evaluación del recién nacido con sospecha o confirmación de sífilis congénita, de tal manera, Rashid *et al* (2015), consiguieron en su estudio radiológico irregularidad en metafisis y esclerosis, así como reacción perióstica en huesos largos, ningún otro estudio considero la ecografía para tal fin.

Para cerrar, en objetivo 4 dispuesto a interpretar la morbilidad por sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el trienio 2018-2019, la Tabla N° 8, señala que ocurrieron 35 casos en el periodo 2018-2020\* (hasta junio), reportados por año en 2018:5; 2019; 9 y 2020\*:21; lo que muestra un incremento de los casos de más de un 50% con respecto al año anterior en cada uno. En suma, la morbilidad total del periodo fue de 2,6% a predominio del año 2020 con 10,1%, seguido de 2019 con 1,9% y 2018 con 0,8%.

Se percibe un incremento de la morbilidad por esta afección en ese centro asistencial; datos inferiores a los alcanzados por Rocca (2013), quien calculó mayor frecuencia de sífilis resaltando un 44,10%. Cabe mencionar, que dada la morbilidad encontrada en 2020\*(hasta junio), se acuerda con los estamentos de Silva, Boisb y Duroc (2016), quienes dada la morbilidad por ellos alcanzada, sugirieron la creación de estrategias para la prevención de la enfermedad y la aparición de secuelas a largo plazo.



En la tabla N° 9 se resalta la asociación de VDRL sérico con las variables edad gestacional, peso, controles prenatales, leucocitos, plaquetas no fue significativo pero sin embargo cuando se realizó el análisis estadístico como se evidencia en la tabla N° 10 para VDRL en LCR, si hubo significancia estadística, evidenciándose  $p < 0,05$  en cuanto las variables, Pretérmino, bajo peso al nacer y leucocitosis a lo que se concluye que cuando estamos ante la presencia de neurosífilis , estos recién nacidos son prematuros, bajo peso, además de presencia de leucocitosis que nos encaminar a pensar en la presencia de sepsis.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## CONCLUSIONES

La sífilis congénita se mantiene como un problema de salud pública a ser atendido por las autoridades internacionales, nacionales y locales; en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de san Cristóbal, se diagnosticaron 35 casos de esta enfermedad durante el periodo 2018-2020\* (hasta junio/2020), a predominio de varones (57%), todos recibidos como recién nacidos a término acorde a su edad gestacional, nacidos con 39 semanas de gestación (37,1%), producto de embarazos controlados (54,2%) y de peso promedio de 2548,87 gramos. Vale la pena mencionar que el año 2020 aumentaron los casos en relación a años anteriores, pese a factores económicos que no permiten adecuados controles de embarazo y realización de paraclínicas para la pesquisa de enfermedades como métodos de prevención en el embarazo.

En cuanto a los hallazgos clínicos de los recién nacidos con sífilis congénita hubo predominio de manifestaciones clínicas cutáneas tipo descamaciones palmares y plantares (22,86%), o bien oculares, tipo dacricele, microhemorragias, macula mal contractada y corioretinitis por sífilis; también expresiones clínicas del Sistema Nervioso Central como convulsiones (2,86%) y ninguna manifestación ósea evidente clínicamente.

Sobre los hallazgos paraclínicos de los recién nacidos con sífilis congénita, la hematología completa, reportó en promedio hemoglobina normal, con (34,2%) y policitemia (45,8%); hematocrito dentro de lo normal, leucocitos estuvieron en promedio por encima del valor normal, al igual que los neutrófilos 56,35%; linfocitos 32,97% y plaquetas  $164.420,14 \text{ mm}^3$ , dentro de lo normal. Igualmente, los valores de glicemia estuvieron en promedio por debajo de los 70g/dL, con hipoglicemias (68,6%), la creatinina en promedio normales, pero con valores iguales para creatininas bajas y normales en 20%; el calcio, estuvo en valores normales tanto en promedio, como en valores porcentuales (40%).

También, las pruebas especiales en los recién nacidos denotan que no se realizó hemocultivo (57,1%) y el resto resultó negativo (42,9%), el VDRL resultó reactivo en el 97,1% y el VDRL en LCR resultó en su mayoría no reactivo (74,3%). Los estudios de imágenes, reportaron rayos x normales en su gran mayoría (91,4%), solo tibia en sable en el 8,6%, la ecografía transfontanelar sólo se realizó en el 34,3% reportando normal. Al final, la morbilidad por sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el trienio 2018-2020\* (junio/2020), fue de 2,6% a predominio del año 2020, con 10,1% con un incremento mayor al 50% respecto a los años anteriores.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## RECOMENDACIONES

Finalmente, se recomienda reforzar el control prenatal en las gestantes atendidas en el estado Táchira, tanto en la red de establecimientos de salud ambulatorios, como hospitalarios y las Áreas de Salud Integral Comunitaria correspondientes; fomentar la promoción de la salud, educación y protección de las madres, niños y adolescentes para una vida sana y libre de enfermedades; potenciar las acciones preventivas y de control para la sífilis desde la Coordinación del Programa ITS/VIH/Sida y Salud Sexual y reproductiva de la Corporación de Salud del estado Táchira y apoyar las acciones comunitarias para la atención de casos.

Incentivar que en el control prenatal las pacientes sean controladas tanto en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo se realicen controles con VDRL, por que no se conoce con exactitud cuando la madre puede contagiarse por lo tal se deben realizar campañas y continua formación tanto de médicos con a pacientes.

Espera que este trabajo se base para que en el futuro próximas investigaciones tengan como base que los casos de sífilis congénitas están en aumento, además incentivando para realizar pruebas específicas a pesar de los limitantes para realizar diagnósticos eficaces.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hook, E. Sífilis. Métricas Plum X. Volumen 389, No. 10078, p1550–1557, 15 April 2016. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32411-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32411-4). Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32411-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32411-4/abstract)
2. Gutiérrez, W.; Chaverri, J. y Navarro, J. Enfermedades de transmisión sexual y salud sexual del costarricense. Tema II. Sífilis y gonorrea. Tecnología en Marcha. Vol. 29-4. Octubre-diciembre 2016. Pág 3-15. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/tem/v29n4/0379-3982-tem-29-04-00003.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. VIH e infecciones de transmisión sexual. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2017. Disponible en la dirección electrónica: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=3&Itemid=40736&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=3&Itemid=40736&lang=es)
4. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico situacional de la sífilis materna y sífilis congénita. Washington DC, Estados Unidos de América. 2010.
5. Heymann, D. El control de las enfermedades transmisibles: Sífilis congénita. Washington. Estados Unidos de América. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud [online]. 2013. Disponible en: [https://www.paho.org/cub/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-sobre-enfermedades-transmisibles&alias=1343-sifilis-congenita-esp&Itemid=226](https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sobre-enfermedades-transmisibles&alias=1343-sifilis-congenita-esp&Itemid=226)
6. Papponetti, M. Epidemiología actual de la sífilis. Una enfermedad con plena vigencia epidemiológica. Diagnóstico y estrategias terapéuticas para clínicos generales. Intramed. 15 de abril, 2017. Disponible en la dirección electrónica: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=90919>
7. Silva, A.; Boisb, F. y Duroc, E. Sífilis congénita: seguimiento de casos. Diagnóstico de situación en un hospital de la provincia de Buenos Aires. Artículo original Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2016; 58 (262):127-135/127. Disponible en: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2016/09/262-Articulo-Si%CC%81filis-conge%CC%81nita.pdf>
8. Cruz, A. Situación de la sífilis gestacional y congénita en Colombia, un desafío al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 63 No. 4, 2012.
9. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletín Epidemiológico Semanal número 52, del 25 al 31 de Diciembre de 2016. Año de edición LX. Caracas, Venezuela. 2016.
10. Corporación de Salud del estado Táchira. Informe Epidemiológico 2018. Coordinación Regional de ITS/VIH/Sida. San Cristóbal, estado Táchira. 2018.

11. Hospital IV Central de San Cristóbal. Informes Epidemiológicos. Servicio de Registros y Estadísticas de Salud. San Cristóbal, estado Táchira. 2018-2020.
12. Organización Mundial de la Salud. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Ginebra, Suiza. 2008. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43856/1/9789243595856\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43856/1/9789243595856_spa.pdf)
13. Reyes, G. y Ariel, E. Infecciones de transmisión sexual: Un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14(2), 63-71, 2016. Recuperado en 23 de enero de 2019. Disponible en la dirección electrónica: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932016000200008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200008&lng=es&tlng=es).
14. García, F.; Vázquez, J. y Sarubbi, M. Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 1º edición. Buenos Aires, Argentina, 2010.
15. Centro de Información de las Naciones Unidas. Los 8 Objetivos del Milenio. México. 2019. Disponible en la dirección electrónica: [http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/los\\_8\\_objetivos\\_del\\_milenio/](http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/los_8_objetivos_del_milenio/)
16. Cofré, F.; Delpiano, L.; Labraña, Y.; Reyes, A.; Sandoval, A. e Izquierdo, G. Síndrome de TORCH: enfoque racional del diagnóstico y tratamiento pre y post natal. Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones Neonatales de la Sociedad Chilena de Infectología. *Rev Chilena Infectol* 2016; 33 (2): 191-216. Disponible en la dirección web: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v33n2/art10.pdf>
17. Rashid, U.; Yaqoob, U.; Ashraf, K.; Bari, N. y Bari, A. Symptomatic early congenital syphilis: a common but forgotten disease. *Journal of College of Physicians and Surgeons* [online]. 2015. 25(2):137-139. Disponible en la web: [https://www.researchgate.net/publication/317214853\\_Symptomatic\\_Early\\_Congenital\\_Syphilis\\_A\\_Common\\_but\\_Forgotten\\_Disease/download](https://www.researchgate.net/publication/317214853_Symptomatic_Early_Congenital_Syphilis_A_Common_but_Forgotten_Disease/download)
18. De la Rosa, D.; Gómez, M. y Bryson, W. Mortalidad fetal por sífilis congénita: Un problema de salud pública olvidado. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. Chiclayo, Perú. Vol. 7, Núm. 3, 2014. ISSN electrónica 2227-4731 - ISSN impresa 2225-5109. Disponible en la dirección electrónica: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RMHNAAA/article/view/4>
19. Lucena, C.; García, W.; Congote, L.; Vélez, M. y Martínez, D. Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita en Cali. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia* [online]. 2012. 63(4) 321-326. Disponible en la dirección web: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/136/134>
20. Rocca, Y. Infección por TORCHS en la consulta de seguimiento del recién nacido de alto riesgo. Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizárraga”. Julio 2008-2012. Tesis de grado para optar al título de Especialista en Pediatría y Puericultura de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Valencia, estado Carabobo, Venezuela. 2013. Disponible en la dirección electrónica: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/1124/ydamas.pdf?sequence=1>
21. Cardona, J. Perfil epidemiológico de recién nacidos con sífilis congénita. Hospital Dr. Samuel Darío Maldonado, San Antonio del Táchira, estado Táchira, 2017.

- Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Epidemiología del Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”. Maracay, estado Aragua, Venezuela. 2018
22. Pickering, L. *ed.* Sífilis. Libro Rojo. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría. pp. 631-644. 2006.
  23. Fundación Mayo Clinic. Sífilis: Síntomas, causas, diagnóstico y tratamiento. Mayo Foundation for Medical Education and Research 1998-2018. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/syphilis/symptoms-causes/syc-20351756>
  24. Heymann, D. El control de las enfermedades transmisibles. Sífilis congénita. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud [online]. Washington DC, Estados Unidos de América. 2013. Disponible en la dirección electrónica: [https://www.paho.org/cub/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-sobre-enfermedades-transmisibles&alias=1343-sifilis-congenita-esp&Itemid=226](https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sobre-enfermedades-transmisibles&alias=1343-sifilis-congenita-esp&Itemid=226)
  25. Porter, S.; Qureshi, R. y Benenson, I. Understanding congenital syphilis. *Infants & Young Children* [online]. 2018. 31(4): 287-296. Disponible en la dirección web: [https://www.researchgate.net/publication/327370046\\_Understanding\\_congenital\\_syphilis\\_Infants\\_Young\\_Children\\_31\\_4\\_287-296/download](https://www.researchgate.net/publication/327370046_Understanding_congenital_syphilis_Infants_Young_Children_31_4_287-296/download)
  26. Valderrama, J. Eliminación de la sífilis congénita en América latina y el Caribe. Washington DC, Estados Unidos de América. 2005. [online]. Disponible en: [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=120-eliminacion-de-sifilis-congenita-en-america-latina-y-el-caribe&category\\_slug=documentos-estrategicosc-vih-sida&Itemid=219&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=120-eliminacion-de-sifilis-congenita-en-america-latina-y-el-caribe&category_slug=documentos-estrategicosc-vih-sida&Itemid=219&lang=es)
  27. Laines, J. Prevalencia de sífilis congénita atendida en el área de Consulta Externa en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala en el año 2012. Tesis de Grado presentada en la Unidad Académica de Ciencias Química y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, Ecuador. 2014. Disponible en la dirección electrónica. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/786>
  28. Muñoz, C. *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis.* Pearson Educación. México. 2da edición. 2011.
  29. Silva, J. *Metodología de la Investigación, elementos básicos.* Ediciones CO-BO. Venezuela. 2009.
  30. Arias, F. *El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica.* 6ta edición. Caracas: Episteme. 2012.
  31. Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. *Metodología de la Investigación.* Editorial: McGraw-Hill; 5ta Edición. México. 2014.
  32. Méndez, C. *Metodología.* Limusa Noriega Editores. Colombia. 2007.
  33. Canales, M. *Metodología de investigación social.* LOM. Santiago de Chile, Chile. 2006.
  34. Ramírez, T. *Cómo hacer un proyecto de investigación.* Editorial Panapo. 1ra. Edición. Caracas, Venezuela. 1999.
  35. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. *Consideraciones éticas.* Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela. 2017. Disponible en: <http://bibvirtual.ucla.edu.ve/>

## ANEXOS

**Anexo N° 1:** Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira.



**Fuente:**

[https://www.google.co.ve/search?q=hospital+central+de+san+cristobal&safe=active&rlz=1C1NNVC\\_enVE492VE492&espv=2&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi0qpyqsrSAhXJhFQKHZTsAD4Q\\_AUIBigB&biw=1366&bih=638](https://www.google.co.ve/search?q=hospital+central+de+san+cristobal&safe=active&rlz=1C1NNVC_enVE492VE492&espv=2&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi0qpyqsrSAhXJhFQKHZTsAD4Q_AUIBigB&biw=1366&bih=638)

www.bdigital.ula.ve

**Anexo N° 2:** Unidad de Recién Nacido y Unidad Patológica de Neonatología. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira.



**Fuente.** El Autor. 2019.



**Anexo N° 3.** Imágenes de las manifestaciones clínicas de la sífilis congénita

**Anexo N° 3A:** Máculas escamosas y descamación en los pies. Edema en la muñeca.



**Fuente:** Rashid, *et al.*, 2018.

**Anexo N° 3B:** Radiografía que muestra el extremo inferior de la tibia y el peroné (periostitis) y los extremos distales del radio y el cúbito (metafisitis).



**Fuente:** Rashid, *et al.*, 2018.

**Anexo N° 3C: Tibia en sable.**



**Fuente:**

[www.bdigital.ula.ve](https://www.google.com/search?q=tibia+en+sable+sifilis&safe=active&sxsrf=ACYBGnQJz9nMoC_ZHOwSD_WLcRZ3PsWKCA:1570732920027&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKewiLsvCnRjLIAhUPIKwKHbN5A90Q_AUIEigB&biw=1366&bih=625#imgrc=Fhjyynn6GulXM:)  
[https://www.google.com/search?q=tibia+en+sable+sifilis&safe=active&sxsrf=ACYBGnQJz9nMoC\\_ZHOwSD\\_WLcRZ3PsWKCA:1570732920027&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKewiLsvCnRjLIAhUPIKwKHbN5A90Q\\_AUIEigB&biw=1366&bih=625#imgrc=Fhjyynn6GulXM:](https://www.google.com/search?q=tibia+en+sable+sifilis&safe=active&sxsrf=ACYBGnQJz9nMoC_ZHOwSD_WLcRZ3PsWKCA:1570732920027&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKewiLsvCnRjLIAhUPIKwKHbN5A90Q_AUIEigB&biw=1366&bih=625#imgrc=Fhjyynn6GulXM:)

**Anexo N° 3D: Ecografía tranfontanelar**



**Fuente:**

[https://www.google.com/search?safe=active&biw=1366&bih=625&tbm=isch&sxsrf=ACYBGNSGQLxZxfaEdu7PygYe23rMBqIp5Q%3A1570732941240&sa=1&ei=jXufXc2oDpj1-gSR8KLoAQ&q=eco+transfontanelar&oq=eco+transfontanelar&gs\\_l](https://www.google.com/search?safe=active&biw=1366&bih=625&tbm=isch&sxsrf=ACYBGNSGQLxZxfaEdu7PygYe23rMBqIp5Q%3A1570732941240&sa=1&ei=jXufXc2oDpj1-gSR8KLoAQ&q=eco+transfontanelar&oq=eco+transfontanelar&gs_l)

**Anexo N° 4:** Formato de Recolección de Datos.

N° de HC	Nombre y Apellido	Sexo	Condición al nacer	Controles en el embarazo	Peso al nacer

Manifestaciones clínicas				
Cutáneas	Oseas	SNC	Oftalmológicas	Otras

www.bdigital.ula.ve

Valores de Laboratorio							
Hematología	Glicemia	Urea	Creatinina	Calcio	Hemocultivo	VDRL	VDRL en LCR

Resultados de pruebas de imágenes	
Rayos X de huesos largos	Ecografía transfontanelar

## Anexo N° 5: Operacionalización de las variables.

Objetivos Específicos	Dimensiones	Definición	Variable	Indicadores	Instrumento
Describir con variables epidemiológicas de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital IV Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el trienio 2017-2019.	Perfil epidemiológico	Se refiere a la descripción de las características epidemiológicas de los recién nacidos con sífilis congénita.	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hembra</li> <li>• Varón</li> </ul>	Historia clínica
			Condición al nacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-término</li> <li>• A término</li> <li>• Post-término</li> </ul>	
			Controles en el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlado (5 o más consultas)</li> <li>• No Controlado (menos de 5 consulta)</li> </ul>	
			Peso al Nacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso bajo (&lt; 2500)</li> <li>• Peso normal (2500 a 3500)</li> <li>• Peso alto (&gt; 3500)</li> </ul>	
Enlistar los hallazgos clínicos de los recién nacidos con sífilis congénita atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital IV Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el trienio 2017-2019.	Hallazgos clínicos	Manifestaciones clínicas presentadas por el recién nacido en la evaluación médica de ingreso.	Manifestaciones Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cutáneas</li> <li>• Óseas</li> <li>• SNC</li> <li>• Oftálmicas</li> </ul>	Historia clínica
Identificar los hallazgos paraclínicos de los recién nacidos con sífilis congénita atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital IV Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el trienio 2017-2019.	Hallazgos de laboratorio	Valores obtenidos por el paciente en las muestras de sangre analizadas en el Laboratorio clínico al ingreso.	Valores de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematología</li> <li>• Glicemia</li> <li>• Urea</li> <li>• Creatinina</li> <li>• Calcio</li> <li>• Hemocultivo</li> <li>• VDRL/VDRL en LCR</li> </ul>	Historia clínica
	Hallazgos imagenológicos	Resultados de los estudios de imágenes	Resultados de pruebas de imágenes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos x de huesos largos</li> <li>• Ecografía transfontanelar</li> </ul>	Historia clínica
Interpretar la morbi-mortalidad por sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital IV Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el trienio 2017-2019.	Morbi-mortalidad	Se refiere al número de personas que padecen o fallecen de una enfermedad, respecto a una población y periodo determinados.	Medidas de Morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de Morbilidad</li> <li>• Tasa de Mortalidad</li> </ul>	No aplica