



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA Y
PUERICULTURA
“HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE”



RECIÉN NACIDOS CON SÍFILIS CONGÉNITA. SERVICIO NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE” JUNIO 2013 – JUNIO
2015

AUTOR: Dra. Silva, Amiris

Bárbula, Diciembre 2016



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA Y
PUERICULTURA
“HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE”



RECIÉN NACIDOS CON SÍFILIS CONGÉNITA. SERVICIO NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE” JUNIO 2013 – JUNIO
2015

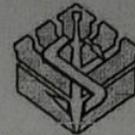
Trabajo de Grado presentado para optar al título de Especialista en Pediatría
y Puericultura

AUTOR: Dra. Silva, Amiris

TUTOR CLÍNICO: Dra. Joselina López

TUTOR METODOLÓGICO: Dra. Rosa Cardozo

Bárbula, Diciembre 2016



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:

RECIÉN NACIDOS CON SÍFILIS CONGÉNITA. NEONATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". JUNIO 2013 - JUNIO 2015

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

SILVA P., AMIRIS G
C.I. V - 18028163

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

En Valencia, a los cinco días del mes de diciembre del año dos mil dieciséis.

Prof. Luis Teran (Pdte)
C.I. 7.112.913
Fecha 05-12-16

Prof. Holanda Inagas
C.I. 15258404
Fecha 05-12-2016

Prof. Rosa Alba Cardozo
C.I. 5454337
Fecha 5/12/16.

TG: 92-16



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA
Y PUERICULTURA



**Recién Nacidos Con Sífilis Congénita. Servicio Neonatología. Hospital
Universitario “Dr. Ángel Larralde” Junio 2013 – Junio 2015**

Autor: Silva Amiris

Tutor Metodológico: Rosa Cardozo

Tutor Clínico: Joselina López

SINTESIS DESCRIPTIVA

Introducción: La sífilis congénita continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que afecta a un total de 160000 a 240000 recién nacidos en América cada año, en Venezuela, existen pocos datos registrados acerca de la prevalencia de sífilis congénita, sin embargo más del 26% de las embarazadas no se controlan, lo que motiva a realizar esta investigación para esclarecer situación actual y nos permite manejo adecuado de la enfermedad. **Objetivo General:** caracterizar a los recién nacidos con sífilis congénita en el Servicio Neonatología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el período de tiempo desde junio 2013 hasta junio del año 2015. **Materiales y métodos:** se realizó una investigación no experimental, transversal de nivel descriptivo con una población de 2252 pacientes para una muestra total de 40 recién nacidos, la información se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas de cada paciente. **Resultados:** se encontró 1,79% de incidencia, 62,5% género masculino, 92,5% recién nacidos a término, en cuanto a los antecedentes maternos fueron embarazos mal controlados, así como las manifestaciones clínicas más llamativas ictericia 20%, anemia 15% y asintomáticos 32,5%. **Conclusiones:** con este estudio de una muestra de 40 pacientes se evidencio una incidencia de 1,79%, madres procedentes del municipio Naguanagua, con antecedentes de embarazos mal controlados, y como único criterio diagnostico el VDRL.

Palabras claves: Sífilis, recién nacidos, congénito, edad gestacional, clínica, diagnostico.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA Y
PUERICULTURA
“HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE”



**Recién Nacidos Con Sífilis Congénita. Servicio Neonatología. Hospital
Universitario “Dr. Ángel Larralde” Junio 2013 – Junio 2015**

Autor: Silva Amiris

Tutor Metodológico: Rosa Cardozo

Tutor Clínico: Joselina López

SUMMARY

Introduction: Congenital syphilis remains a public health problem worldwide, because it affects a total of 160,000 to 240,000 infants in America every year in Venezuela, there are few data recorded on the prevalence of congenital syphilis without But more than 26% of pregnant women are not controlled, what motivates this research to clarify the current situation and allows proper management of the disease. **General Objective:** To characterize newborns with congenital syphilis in the Neonatology Service at the University Hospital "Dr. Angel Larralde "during the period from June 2013 to June 2015. **Materials and methods:** a non-experimental, cross-sectional descriptive level research was conducted with a population of 2252 patients for a total sample of 40 newborns, information obtained by reviewing the medical records of each patient. **Results:** % incidence, 62.5% male, 92.5% term infants, regarding maternal history were poorly controlled pregnancies and the most striking clinical jaundice 20%, anemia 15 encontró 1,79 % and 32.5% asymptomatic. **Conclusions:** This study of a sample of 40 patients an incidence of 1.79% from the municipality Naguanagua mothers with a history of poorly controlled pregnancies, and as the only diagnostic criterion was evident the VDRL.

Keywords: Syphilis , newborns, congenital , gestational age, clinical diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual son conocidas desde principios del siglo XV; quienes así lo refieren se basan en algunas vagas nociones históricas y también en los hallazgos arqueológicos de cráneos fósiles, del período de la gran civilización egipcia y de la época de la cultura asirio-babilónica. Las perforaciones circulares encontradas en estos cráneos fueron interpretadas erróneamente por algunas escuelas médico-históricas como demostraciones visibles y evidentes de la existencia de lesiones destructivas en los huesos de los antepasados primitivos.¹

La propia nariz de Sócrates ha sido reputada como prueba fidedigna que la sífilis existió por lo menos en la Grecia del Gran Siglo. Sin embargo, a ciencia cierta, se llegó a la conclusión que aquellas pérdidas de sustancia, regulares, redondeadas, fueron obra de los primitivos cirujanos que practicaban la trepanación.¹

Es por eso que la sífilis es una enfermedad de transmisión sexual conocida desde el siglo XV que no ha dejado de ser un problema de salud pública, dada a la alta tasa de morbilidad y a la gravedad de la misma, en especial en las mujeres embarazadas, por su transmisión y severas consecuencias que ocasiona al feto en desarrollo.²

En el siglo XVIII fue descrito a través del centro de control de enfermedades como sífilis congénita a todo aquel caso; bien sea óbitos y/o lactantes producto de madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada sin penicilina o con ella en menos de 30 días antes del parto, independientemente de la clínica o estado serológico del niño.³

Describe la literatura que a mediados del siglo XX existen casos de sífilis congénita que causan efectos negativos sobre el feto, lo cual indica que la sífilis conserva un gran número de casos a lo largo de la historia, además de ser la enfermedad de transmisión sexual más frecuente durante el embarazo es de hacer notar que el treponema es más infectante cuando más recientes sea la enfermedad lo cual

condiciona a la aparición de la forma congénita no obstante la embarazada puede transmitir dicha patología al feto en cualquier etapa de la misma. ⁴

En la actualidad la sífilis congénita sigue siendo un problema de salud pública importante y bastante compleja, siendo considerada una enfermedad grave pero que es posible prevenir, que afecta a un total de 160000 a 240000 recién nacidos en América cada año.¹

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual causada por la espiroqueta llamada *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas; se caracteriza clínicamente por una lesión primaria en forma de úlcera indolora e indurada; una erupción secundaria que afecta la piel y las membranas mucosas: largos periodos de latencia y lesiones tardías en la piel, los huesos, las vísceras, el sistema nervioso y el cardiovascular.⁵

La sífilis gestacional es aquella que se diagnostica durante el embarazo, el postaborto o el puerperio inmediato y puede encontrarse en cualquiera de sus fases, aunque es más frecuente en la secundaria indeterminada.⁵ Ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al feto durante la gestación ya sea por vía hematogena-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico ya se haya desarrollado, aunque el treponema puede pasar la circulación fetal desde la novena semana.⁵ No hay casos de transmisión a través de la leche materna.⁶ Aproximadamente 66% de los niños infectados son asintomáticos en el momento del nacimiento.⁷

Se clasifica según el momento de aparición de las manifestaciones clínicas, en sífilis temprana y tardía.⁵

La Sífilis temprana se presenta antes del segundo año de vida, y se caracteriza por la presencia de: hidrops fetal, prematuridad, retardo crecimiento intrauterino, neumonitis, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías generalizadas, lesiones de piel, lesiones óseas, fiebre, ictericia, rinorrea, manifestaciones renales, oculares, hematológicas y del sistema nervioso central.⁵

Por su parte, la Sífilis tardía se presenta después de los dos años de edad; se asemeja a la terciaria y perdura durante toda la vida, expresándose en: dientes de Hutchinson, queratitis intersticial, nariz silla de montar, frente olímpica, ragades, gomas en pie, lesiones de sistema nervioso central, retardo mental, hidrocefalia, convulsiones, sordera, ceguera, lesiones osteoarticulares, articulaciones de Clutton, tibia en sable, gomas óseas, escapulas en forma de campana, paladar alto, mandíbula protuberante, micrognatia y fisuras periorales.⁵

La sífilis no tratada durante el embarazo tiene una tasa de transmisión próxima al 100%, de los cuales un 40% de los pacientes afectados mueren en la etapa fetal o perinatal. Un 66%⁸ a 90%⁹ aproximadamente de los recién nacidos infectados permanece asintomático en el momento del nacimiento y solo se identifica la infección mediante detección selectiva de recién nacidos con antecedentes epidemiológicos positivos para sífilis. Aquellos pacientes sin diagnóstico oportuno desarrollan sintomatología al cabo de semanas o meses.⁸

El diagnóstico de la sífilis primaria se confirma cuando se demuestra la presencia de *T. pallidum* mediante microscopia en campo oscuro o por detección de anticuerpos anti-*T. pallidum* por inmunofluorescencia directa en muestras de lesiones cutáneas, placenta o cordón umbilical. Las pruebas de laboratorios basadas en la amplificación de ácidos nucleicos, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) no están actualmente disponibles en el mercado venezolano⁸. Las pruebas serológicas siguen siendo el principal medio para el diagnóstico de la sífilis, así como estudios radiológicos y estudios de líquido cefalorraquídeo.¹⁰

Los métodos diagnósticos se pueden clasificar en dos grandes categorías las cuales son las pruebas no treponémicas y las pruebas específicas de anticuerpos treponémicos¹¹ el VDRL y la reagina plasmática rápida detectan anticuerpos frente a antígenos fosfolípidos de la superficie del treponema que tienen reacciones cruzadas con antígenos cardiolipina de los mamíferos. En la infección congénita estas pruebas se hacen negativas a los pocos meses de tratamiento correcto.⁸

El diagnóstico de sífilis congénita se dificulta por cuanto 2 de cada 3 recién nacidos pueden ser asintomáticos al nacimiento, aproximadamente un 60%; debido a que las clásicas manifestaciones tempranas de la sífilis congénitas son poco frecuentes en el periodo neonatal, las cuales se presentan después de las primeras 3 semanas de vida y aún más tardíamente a los 3 meses.³ Es por esto que para un diagnóstico acertado se debe incluir tanto la clínica del paciente, como el antecedente materno y las pruebas de laboratorio correspondientes.¹²

Actualmente, la sífilis congénita ocurre en todo el mundo variando la incidencia con la distribución geográfica y el entorno socioeconómico. Según la Organización Mundial de la Salud alrededor de 12 millones de nuevos casos de sífilis ocurren cada año en la población adulta, 90% en países desarrollados.⁴⁻¹⁰ Asimismo, afecta a 1,5 millones de mujeres embarazadas a nivel mundial y contribuye a 305.000 muertes neonatales y fetales cada año.¹³

En África la sífilis congénita constituye un problema de salud pública con una prevalencia en embarazadas del 1,4% al 17%.¹³

Mientras tanto, en el Mediterráneo, específicamente en España la tasa de incidencia de la enfermedad pareció aumentar entre 2001 y 2003, así mismo en el año 2010 se notificaron cinco casos confirmados de sífilis congénita precoz. De los cuales, un caso correspondió a un niño y cuatro casos a niñas; todos se diagnosticaron antes de la semana de vida. Durante el periodo 2000 – 2010 las tasas de incidencia de casos confirmados oscilaron entre 0 y 2,23 por 100.000 nacidos vivos sin que se aprecie una tendencia clara.¹⁴

Según la OPS la prevalencia estimada de sífilis en embarazada es del 3,1% en América Latina con oscilaciones variables de acuerdo a la región, por lo que se describe un 1,00 % en Perú y 6,21 % en Paraguay. La incidencia de sífilis congénita varía desde 1,40 por 1000 nacidos vivos en El Salvador, hasta 12 por 1000 nacidos vivos en Honduras, mientras que en Estados Unidos es de 0,10 casos por 1 000 nacidos vivos.¹⁵ En Chile la incidencia de sífilis congénita varía entre 4 a 80 casos por 100.000 recién nacidos vivos en tasas de 0,34/1000 nacidos vivos. En general,

la prevalencia de la enfermedad está en relación directa con la falta de vigilancia médica durante el embarazo siendo el factor más importante asociado a este el incremento de los casos de sífilis congénita de acuerdo a la región.¹⁶

Dentro de este marco, está descrito que en los países de bajos y medianos ingresos de Asia y América Latina, el 20 -30 % de las mujeres no se les realiza la prueba de diagnóstico de sífilis durante el embarazo¹⁵.

En Venezuela, existen pocos datos registrados acerca de la incidencia de sífilis congénita, sin embargo más del 26% de las embarazadas no se controlan, y el 74% que se controla, no cumplen con los requisitos de un control adecuado. ²

Dentro de esta perspectiva, se describe que mencionada patología no tratada durante el embarazo se asocia con resultados clínicos adversos sobre los neonatos, al igual que otras enfermedades de transmisión sexual, tiene implicaciones económicas, sociales y sanitarias, que se incrementan al poder transmitirse de la mujer embarazada al feto.¹⁷

En este mismo orden de ideas y conforme a numerosas series publicadas a nivel internacional, se pueden citar varios artículos acerca del tema, tal como

Estudios realizado en Colombia en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, durante el periodo 2006 – 2007, donde se presentaron 36 recién nacidos con sífilis congénita, Nueve sintomáticos (25%), 6 con compromiso del sistema nervioso central (16.7%); 2 murieron (5.6%). En 12 casos (33.3%) las madres no hicieron control prenatal; 16 (44.4%) no aparecen inscritas al sistema de seguridad social en salud. Tres madres (8.3%) infectadas por VIH; 6 (16.7%) con más de 9 compañeros sexuales y 10 (27.8%) con un compañero sexual; 8 (22.2%) usó drogas ilícitas. El diagnóstico de sífilis fue hecho en el tercer trimestre del embarazo en 15 casos (41.7%) y 14 (38.9%) en postparto. El 47.2% de las madres no recibió tratamiento durante el embarazo (17 casos); 25 padres (69.5%) no lo recibieron. ¹⁸

Así como también en mencionado país se realizó una investigación en el año 2009 basada en estudiar la prevalencia de sífilis congénita, donde se detectaron 28 expedientes, de los cuales se incluyeron 16, nueve recién nacidos del género femenino y siete masculinos; el peso promedio fue de 2,694,4 +/- 742,4 y las principales manifestaciones clínicas fueron en piel, afectación de hígado, bazo y pulmón; hubo una muerte de un recién nacido.¹⁹ Los factores maternos más frecuentes fueron madre soltera o en unión libre, jóvenes, amas de casa, con escolaridad básica y haber tenido múltiples parejas sexuales.²⁰

De igual manera los autores Leguizamón, Vega, y Godoy, publicaron una investigación en 2013 en Paraguay donde se determinó la prevalencia de sífilis en embarazadas y en recién nacidos, así como los abortos y mortinatos de dicha patología, obteniendo como resultado la prevalencia de sífilis en embarazadas en la institución fue 3,9%; la de sífilis congénita de 26,9/1000 nacidos vivos; y la de mortinatos y abortos por esta infección de 4%. Recibieron tratamiento 85 y 95% de las embarazadas. La proporción de embarazadas con control prenatal insuficiente es elevada, en 63% el diagnóstico se realizó después de las 28 semanas²¹.

Bajo este mismo contexto Campos, Gómez y Malca publican artículo durante este mismo año titulado Mortalidad fetal por sífilis congénita: Un problema de salud pública olvidado, el cual estuvo basado 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, donde se identificaron 33 casos Sífilis Congénita, de los cuales 12 terminaron en muerte fetal y 21 en nacimientos vivos. La tasa de incidencia de Sífilis en gestantes para el estudio fue de 2,9%. Llegando a la conclusión de que la tasa de mortalidad fetal por sífilis congénita fue del 2,4%.²²

Un estudio realizado por Guillaume y Castaigne demostraron que los hallazgos más significativos de sífilis primaria fueron transaminasas elevadas (88%), hepatomegalia (66%), trombocitopenia (35%), anemia (26%) y ascitis.(12%)²³ a su vez en Brasil durante el año 2014 en el programa de postgrado de medicina tropical Muricy difiere solo con 3% casos con anemia²⁴

Esto fue motivo por lo que los expertos en el área Kuznik y Muhumuzase dedicaron a indagar sobre la relación costo beneficio entre la inversión de países como Asia y América Latina con respecto a la prevención de dicha enfermedad, dentro de los cuales evidenciaron que el diagnóstico precoz puede reducir tanto el número anual de nacidos muertos, así como las muertes neonatales por sífilis congénita, concluyendo que el cribado prenatal sigue siendo la mejor opción para prevención de mencionada enfermedad por consiguiente un importante descenso en la morbi-mortalidad en los neonatos hijos de madres portadores de dicha enfermedad. ²⁵

En Venezuela un estudio realizado en Caracas en el Instituto de Venereología los investigadores Medina e Izaguirre, a propósito de dos casos clínicos en los cuales evidenciaron recién nacidos portadores de sífilis congénita sintomática; el primero acudió por presentar hepato-esplenomegalia, coriza y lesiones tipo pápulas en región vulvar y perianal en el cual se reportó la presencia de treponemas al campo obscuro en el examen microscópico de la linfa tomada de algunas pápulas, serología VDRL reactivo 256 diluciones. El segundo caso fue llevado a consulta por presentar hepato-esplenomegalia, adenopatías inguinales y supra-epitrocleares, coriza y pápulas en región vulvar y perianal, con examen ultramicroscópico positivo para treponemas y reacción serológica reactiva. VDRL 16 diluciones. Ambos recibieron tratamiento con penicilina 150.000 unidades por 15 días con evolución clínica y serológica satisfactoria. ²⁶

En el estado Lara se realizó un estudio de investigación durante el año 2006 sobre la frecuencia de sífilis congénita en el Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga" de los cuales reporto que el 75% de los casos pertenecían al sexo masculino, el diagnóstico de la enfermedad se realizó en el 75% en menores de 15 días de edad; el 100% de los casos presento sífilis congénita precoz; el diagnóstico de ingreso estuvo asociado a esta en un 58,33%; el 83,33% fueron sintomáticos, constituyendo las lesiones de la piel el 47,36%. En VDRL se realizó como prueba diagnóstica en el 91,66% de los casos; el tratamiento empleado fue en el 100% de los casos penicilina cristalina. ²

Así mismo los investigadores Forte, Pedrón, Pérez, Rodríguez, en la ciudad de Valencia en el periodo 2012 realizan tesis de investigación basada en conocimientos sobre sífilis en embarazadas que acuden a la consulta prenatal del hospital Dr. José María Vargas, Valencia, estado Carabobo, 2012. Información para el desarrollo de planes de promoción para la salud, en las cuales evidenciaron las mujeres incluidas en este estudio se encontraban en etapa reproductiva, superaron la primaria (88.1%), su sexarquía ocurrió entre 14 y 16 años, han tenido más de una pareja sexual, 4,2% resultaron reactivas al VDRL y procedían del municipio Valencia. Sin influencia de los factores socio-demográficos y/o antecedentes gineco-obstétricos, la mitad de las mujeres de la muestra, 51% expresan saber sobre sífilis, cómo se transmite, como se previene y las complicaciones que este patógeno puede desencadenar en sus hijos. Por lo que concluyeron que la mitad de las embarazadas estaban familiarizadas con la sífilis, la transmisión, percepción y el tratamiento.²⁷

Bajo este mismo contexto durante el año 2012 fue realizada otro trabajo de investigación por su autor Rocca, el cual se titula infección por TORCHS en la consulta de seguimiento del recién nacido de alto riesgo. Hospital de niños “Dr. Jorge Lizárraga”. Julio 2008-2012 en el que la muestra estuvo representada por 68 neonatos con infección por TORCHS, dentro de los cuales la infección más frecuente fue la Sífilis (44,10%), el sexo más afectado fue el masculino (52,94%), la coinfección 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%).²⁸

Por todo lo antes expuesto, la Sífilis congénita sigue siendo una condición médica importante debido a sus consecuencias sobre el feto o recién nacido y por ser además un problema de salud pública, de allí el interés en realizar esta investigación para proporcionar una información actualizada y concientizar a todo el

personal de salud de la institución para realizar el diagnóstico precoz, ya que su incidencia se incrementa anualmente en muchos países. No obstante, en el estado Carabobo actualmente no se cuenta con información actualizada sobre estadísticas de la sífilis congénita ni estudios recientes, que describan la situación en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en cuanto a la frecuencia de la sífilis congénita en el servicio de neonatología de esta institución a pesar de mantenerse presente en las estadísticas de morbilidad con el transcurrir de los años. Con esto se podría implementar un adecuado tratamiento, limitando la progresión de enfermedad a los distintos órganos y sistemas del recién nacido.

Por lo anteriormente planteado se considera de gran importancia caracterizar a los recién nacidos con sífilis congénita en el Servicio Neonatología del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" durante el período de tiempo desde junio 2013 hasta junio del año 2015, cuyos objetivos específicos serían determinar la frecuencia de los recién nacidos con sífilis congénita, distribuir los recién nacidos con sífilis congénita según sexo y edad gestacional, identificar los antecedentes maternos, en relación a la edad, procedencia y control del embarazo, especificar las características clínicas, determinar los hallazgos de laboratorio y por último precisar los criterios diagnósticos de laboratorio utilizados en los recién nacidos con sífilis congénita

La mencionada investigación se fundamenta en la escasez de documentación actual sobre la sífilis congénita tanto en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde como en todo el estado Carabobo y su extensión a nivel nacional, además serviría de actualización sobre esta situación de salud y posteriormente ser utilizado como base para futuras investigaciones en dicho centro asistencial y plantear posibles vertientes preventivas y/o curativas según resultados obtenidos.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio bajo el paradigma cuantitativo, de tipo descriptivo²⁹, en pacientes recién nacidos con sífilis congénita. Servicio Neonatología. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” en el período de Junio 2013 a Junio 2015.

El diseño de investigación es no experimental, porque el investigador no tiene un control directo sobre las variables de estudio, Y transversal, ya que los datos fueron recogidos de información previamente registrada y en un solo momento en el tiempo.³⁰ La población estuvo constituida por 2252 pacientes recién nacidos que ingresaron al Servicio Neonatología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” en el período de tiempo desde junio 2013 hasta junio del año 2015.

La muestra, de tipo no probabilística opinática ³¹ estuvo representada por 40 recién nacidos diagnosticados con Sífilis Congénita en el Servicio Neonatología del Hospital universitario “Dr. Ángel Larralde” en el período de estudio. Dicha muestra fué seleccionada según criterios específicos de la investigación dentro de los cuales se mencionan:

Los Criterios de inclusión empleados fueron todos los recién nacidos hijos de madres con sífilis no tratada o tratada inadecuadamente, sífilis durante el embarazo tratada con un régimen que no incluye penicilina, sífilis durante embarazo tratada con un régimen que incluyera penicilina pero sin la disminución esperada en el título de anticuerpos no treponemicos después del tratamiento, es decir una disminución de 4 veces, sífilis tratada en un periodo menor de un mes antes del parto, sífilis tratada antes del embarazo pero con un seguimiento serológico insuficiente para evaluar la respuesta terapéutica y el estadio actual de infección, incremento de título materno mayor a 4 veces o título del paciente es el cuádruple de la madre.

Los criterios de exclusión engloban a pacientes cuyas madres hubieran recibido el tratamiento adecuado y cuyos títulos de anticuerpos no treponemicos presenten una disminución de 4 veces posterior al cumplimiento del mismo

La información necesaria para dicha investigación se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas de cada paciente, de los cuales se tomaron las variables de interés. Una ficha elaborada para tal fin y previamente validada por dos expertos en el área, contiene los objetivos planteados: edad gestacional, sexo, características clínicas, antecedentes maternos, hallazgos de laboratorio y los criterios diagnósticos utilizados

Una vez recolectada la información se procedió a distribuir los resultados en tablas y gráficos correspondientes al análisis estadístico descriptivo a través de cifras absolutas y porcentajes. Esta investigación será transcrita mediante los programas de EXCEL del paquete integrado Office 2010.

RESULTADOS

Un total de 2252 pacientes recién nacidos ingresaron al Servicio Neonatología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” en el período estudio, de los cuales 40 fueron diagnosticados con sífilis congénita, con una incidencia de 1,79%. En cuanto al género, 25 de ellos fueron masculinos (62,5%), con diferencias estadísticamente significativas ($Z=2,01;p=0,02<0,05$) y 37 (92,5%) fueron RNAT con diferencias estadísticamente significativas ($Z=7,38;p=0,00<0,01$) (Cuadro N° 1).

CUADRO N° 1

Distribución de la edad gestacional según el género.
Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” Junio 2013-Junio 2015

Edad Gestacional	Sexo				TOTAL
	Masculino		Femenino		
	f	%	f	%	
RNAT	23	57,5	14	35	37
RNPT	2	5	1	2,5	3
TOTAL	25	62,5	15	37,5	40

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital.

En relación a los antecedentes maternos, se encontró que el promedio de edad fue de $23,2\pm 2,93$ años de edad, con un mínimo de 16 años, un máximo de 33 años y un rango de 17 años. 35% de las madres tenían edades entre 19 y 21 años ($n=14$), procedían del Municipio Naguanagua en 45% ($n=18$) y 30% se había realizado 5 controles ($n=12$). El promedio de los controles fue de $5,53\pm 1,6$ controles. (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 2

Distribución de los antecedentes Maternos.
Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" Junio 2013-Junio 2015

Antecedentes Maternos		
Edad (años)	f	%
16--18	2	5
19--21	14	35
22--24	10	25
25--27	9	22,5
28--33	5	12,5
TOTAL	40	100
Procedencia	f	%
Naguanagua	18	45
Valencia	11	27,5
Guigue	2	5
Guacara	2	5
San Diego	2	5
Los Guayos	2	5
Otros	3	7,5
TOTAL	40	100
Controles	f	%
3	3	7,5
4	8	20
5	12	30

6	7	17,5
7	4	10
8	4	10
9	2	5
TOTAL	40	100

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital.

En relación a las características clínicas de los recién nacidos, 7,5% (n=3) fueron prematuros, ninguno presentó fiebre como signo llamativo, 20% (n=8) tenían ictericia, y la anemia estuvo presente en 15% de los casos(n=6), así como solo se reportó 1 caso de RCIU que representa 2,5% de la población estudiada, mientras que ninguno presentó neumonitis, alteraciones de LCR ni alteraciones de los glóbulos blancos (Cuadro N°3).

CUADRO N° 3

Distribución las manifestaciones clínicas y de laboratorio.

Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” Junio 2013-Junio 2015

n=40

Clínica	f	%
Ictericia	8	20
Hepatomegalia	3	7,5
Rinorrea	2	5
Cutáneas	2	5
Asintomáticos	13	32,5
Laboratorio	f	%
Anemia	6	15
Trombocitopenia	5	12,5
Otras	1	2,5

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital

Los criterios diagnósticos de laboratorio utilizados en los recién nacidos con sífilis congénita de este centro fue la prueba de VDRL, positiva en los 40 casos; las pruebas FTA, IgM, TP (de placenta y cordón) y Biopsia, no fueron realizadas.

DISCUSIÓN

La sífilis congénita sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial debido a que continua siendo una enfermedad grave a pesar de ser prevenible, continúa afectando a un total de 160000 a 240000 recién nacidos en América cada año.

Motivo por el cual nace la iniciativa de realizar esta investigación en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde con el fin de conocer condición actual de dicha enfermedad en lo que respecta a frecuencia, número de controles del embarazo así como métodos diagnósticos utilizados.

En dicha investigación se obtuvo una población total de 2252 pacientes recién nacidos vivos ingresados a la unidad de neonatología, dentro de los cuales 40 conformaron la muestra estudiada, todos dentro del marco de estudio del periodo de junio 2013 a junio 2015, dicha información se obtuvo a través del departamento de estadísticas e historias médicas del centro, se evidencio también no se cuenta con registro interno por parte del servicio epidemiología de este centro asistencial que nos pudiese permitir realizar cuadros comparativos de los años previos con la información actual obtenida en esta investigación y así precisar su variabilidad en cuanto a su incidencia.

En cuanto al género, nuestros resultados los cuales reportan 62,5% de genero masculino concuerdan con las investigaciones de Varela en 2006 el cual reportan 75% de los casos ha dicho género, así mismo Rocca en 2012 reporta 52% a predominio del sexo masculino sin embargo, difieren de barajas en 2009 evidencio en un trabajo de especialización el 75% de casos en el sexo femenino, al igual que Díaz en una vigilancia epidemiológica de infecciones de transmisión sexual realizada en 2012 reporto que la mayoría de los casos fueron afectación al sexo femenino.

También se destacó en esta investigación un 92,5% de la población representada por recién nacidos a término y 7,5% pretérmino; cifra que coincide con investigación realizada por Rocca 2012 reportando un 83,8% afectando a recién nacidos a término.

En cuanto a los antecedentes maternos, se demostró que la edad materna promedio fue entre 19–21 años, concordando con lo expresado por Castañeda en 2011 con alta incidencia en madres jóvenes y el número con controles de embarazo fue entre 4-5 (50%) siendo los mismos considerados mal controlados, correlacionado con estudio publicado en revista médica durante el 2013 en los que reportó 63% de embarazos fueron mal controlados; de igual manera en la ciudad de Bucaramanga en Colombia en el año 2013 se demostró que 33,3% de los casos de sífilis congénita fueron embarazos no controlados; por otro lado se encontró resultados distintos en investigación realizado en hospital Dr. Jorge Lizarraga en 2012 en el cual refiere 51,5% de los embarazos con diagnóstico de sífilis congénita fueron controlados. De igual modo así como refiere la literatura e investigaciones realizadas en nuestro país como Valera en el año 2006 en el Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga donde indicó que en Venezuela, existen pocos datos registrados acerca de la prevalencia de sífilis congénita, sin embargo más del 26% de las embarazadas no se controlan, y el 74% que se controla, no cumplen con los requisitos de un control adecuado. En cuanto a la procedencia se demostró en esta investigación que las embarazadas eran originarias del municipio Naguanagua en el 45% de los casos lo cual era de esperarse por la ubicación del centro asistencial, por otro lado no obstante en el hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas en una pesquisa realizada en 2012 por Forte reporto que mayoría de sus pacientes eran del municipio de Valencia.

Dentro de las características clínicas y hallazgos de laboratorios más frecuentes encontradas fueron la ictericia 20% seguido de hepatomegalia 7,5% así como anemia en 15% siendo destacado que 32,5% de los pacientes fueron asintomáticos y no se reportó ningún caso con alteración de LCR, resultado que coincide con el autor Kliegman en 2010 que reporta 66% no presenta manifestaciones clínicas así como refiere Moran en Uruguay en el año 2011 que 90% de los recién nacidos fueron asintomáticos; dentro de los sintomáticos refiere Guillaume y Castaigne en su publicación en 2014 en los cuales estudiaron la anemia fetal como signo clínico de sífilis congénita y evidenciaron hepatomegalia 66%, trombocitopenia 35%, anemia 26% a diferencia de otro estudio realizado en Brasil durante 2014 en el cual

solo se reporta 3% anemia de la población estudiada así como en el Hospital regional de la Universidad de Colima, Colombia en el que destacó las lesiones cutáneas como principal signo clínico.

Entre los criterios diagnósticos utilizados se destacó como única prueba diagnóstica el VDRL en el 100% de los casos; pudiendo compararse con una investigación realizada en 2012 en la ciudad de Valencia en el Hospital Dr. Jorge Lizarraga que reportó 52,9% el VDRL como criterio diagnóstico.

Se concluye que la incidencia fue de 1,79%, la mayoría de los casos fueron RNAT masculinos, las madres tuvieron promedio de edad de $23,2 \pm 2,93$ años y eran procedentes del Municipio Naguanagua en casi la mitad de la muestra, habiéndose realizado $5,53 \pm 1,6$ controles. En relación a las características clínicas de los recién nacidos, en bajos porcentajes se presentaron signos y síntomas como rinorrea, hepatomegalia, prematurez y ninguno presentó fiebre. Mientras que en los exámenes paraclínicos, una quinta parte presentó ictericia y 15% tuvieron anemia. Como criterio diagnóstico de laboratorio solo realizaron la prueba de VDRL, positiva en los 40 casos.

RECOMENDACIONES

Emplear medidas a nivel de la red ambulatorio para un correcto control prenatal y evitar el diagnóstico tardío de mencionada enfermedad y por tal evitar secuelas inherentes a ella. Así como implementar registro interno sobre dicha enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Laval E. Ensayo sobre el origen de la sífilis. Rev Chil Infecto; 31(3): 2.[Internet] 2014 [citado 28 de Marzo de 2015] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182014000300015&script=sci_arttext
2. Valera Silva, Y.Frecuencia Sífilis Congénita en el Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. Barquisimeto. [Tesis de Postgrado]. UCLA; 18-23; 2006.
3. Arévalo, C. Infecciones de transmisión sexual en Venezuela. [Tesis de Especialización]. Sociedad Científica Médica Venezolana: Universidad Central de Venezuela: 1998. 2.
4. Berdasquera D, Lazo M, Galindo B, Gala A. Sífilis: pasado y presente; 42(2). [Internet] 2004 [citado 22 de Junio de 2015] Disponible en: http://bvvs.sld.cu/revistas/hie/vol42_2_04/hig08204.htm
5. Carmona, K. Sífilis congénita y gestacional. España; [internet] 2013 [citado 19 julio de 2015] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sifilis-embarazo-estudio-94-casos-S0025775313000778?redirectNew=true>
6. Charlier C, Benhaddou N, Dupin N. Syphilis et grossesse. Presse Med. 2015; 44: 631–638.
7. Sang Hee L, Hoon K, Soo-Chan K. Early Congenital Syphilis Presenting with Vesicobullous Eruptions Beyond Palmoplantar Regions. Acta Derm Venereol 2014; 94: 321–322.
8. Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen I. 18aed. Barcelona. Elsevier; 2010.
9. Moraes, Arocena, Da Silva. Estudios paraclínicos para la valoración de recién nacidos con sospecha de sífilis connatal. Arch Pe diatr Urug 2011; 82(2): 93-95.
10. Singh A, Levett P, Fonseca K, Jayaraman G, Lee B. Canadian Public Health Laboratory Network laboratory guidelines for congenital syphilis and syphilis screening in pregnant women in Canada. Can J Infect Dis Mid Microbiol 2015;26(Suppl A):23A-28A

11. Wahab A, Kalsom A, Mohammad M, Madiana E, Rahman M. Syphilis in pregnancy. Pak J Med Sci 2015; (31)1: 217-219
12. Galban E, Benzaken A. Situación de la Sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006; [Internet] 2007 [citado 15 de Junio de 2015] Disponible en: <http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/9.pdf>
13. Ansbro M, Gill M, Reynolds J, Shelley K, Strasse S, Sripipatana T, Ncube A, Tembo G, Peeling R, Mabey D. Introduction of Syphilis Point-of-Care Tests, from Pilot Study to National Programme Implementation in Zambia: A Qualitative Study of Healthcare Workers' Perspectives on Testing, Training and Quality Assurance. PLoS ONE 2015; 10(6-12).
14. Díaz A. Diez M. Cano R. Vigilancia Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2010; 20(7): 63-72
15. Pera S. Ramos A. Rabogal A. Análisis del comportamiento Sociodemográfico y Epidemiológico de la Sífilis Congénita en Colombia 2008-2009. [Tesis de Especialización]. [Bogotá, Colombia]: Universidad del Rosario - Universidad CES; 2011. 72
16. Tapia J, González A. Neonatología. 3ªed. Santiago. Mediterraneo; 2012.
17. Muricy C, Laerte V. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. Rev Soc Bras Med Trop 2015; 48(2): 216-219. [Internet] 2015 [citado 20 de Junio de 2015] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0168-2014>
18. Matos M, Pérez V. Sífilis congénita en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia), 2006 – 2007. rev univ Ind Santander salud 2013; 45 (3): 71-76 [Internet] 2015 [citado 22 de Marzo de 2016] Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/3896>
19. Barajas I. Prevalencia de Sífilis Congénita en el Hospital Regional Universidad de Colina. [Tesis de Especialización].Colina. Colombia: Universidad de Colima; 2009. 36
20. Castañeda B. Costo efectividad del uso de pruebas treponemicas rápidas para la detección y tratamiento temprano de sífilis gestacional en pacientes subsidiadas y no afiliadas al sistema general de seguridad social en salud en

Bogotá. [Tesis de Maestría]. [Bogotá. Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2011. 90.

21. Leguizamón, R. Vega, M. y Godoy, G. Sífilis en gestantes y en recién nacidos. Rev. Nac. (Itauguá) vol.5 no.1 Itauguá June 2013. [Internet] 2013. [citado 12 de enero 2016]. Disponible en http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2072-81742013000100004&script=sci_arttext
22. Campos, R. Gómez, N. y Malca, W. Mortalidad fetal por sífilis congénita: Un problema de salud pública olvidado. Rev. cuerpo méd. HNAAA 7(3) 2014 [Internet] 2014. [citado 13 de enero 2016]. Disponible en <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/view/4>
23. Guillaume M, Castaigne V, Trabbia A, Guigue V, Cynober E, Cortey A, Lalande V, Carbonne B. Anemia fetal como una señal de la sífilis. J Matern Fetal Neonatal Med, 2014; 27(13): 1375–1377
24. Muciry C, Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 48(2):216-219, Mar-Apr, 2015
25. Kuznik A, Muhumuza C, Komakech H y Mohammed L. Antenatal Syphilis Screening Using Point-Of-Care Testing in Low- and Middle- Income Countries in Asia and Latin America: Acost-Effectiveness Analysis. PloS ONE 2015; (5) 10: 1-9.
26. Medina R, Izaguirre A. Sífilis congénita con lesiones contagiantes. Caracas, 1ªed. Vecchione R 1979. (17) 3-4.
27. Forte, D. Pedrón, D. Pérez, C. Conocimientos sobre sífilis en embarazadas que acuden a la consulta prenatal del hospital Dr. José María Vargas, [tesis de pregrado] [Valencia, Venezuela] Universidad de Carabobo, Octubre 2012.(10): 7 – 10.
28. 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 pregrado] [Valencia, Venezuela] Universidad de Carabobo, Octubre 2012.(8): 10-14.

29. Hurtado J, Toro J. Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambios. Caracas. 2ªed. Experiencia; 2007.
30. Puertas E, Urbina J, Blank ME, Blanchard M, García JA, Vargas P, Chiquito A. Bioestadística: Herramienta de la Investigación. Valencia, Venezuela: CDCHT-UC; 1998
31. Arias, F. El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica. Sexta edición. Editorial Episteme. Caracas, Venezuela. 2012.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÀREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA



INSTRUMENTO

Recién nacidos con Sífilis Congénita. Servicio neonatología. Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" Junio 2013 – Junio 2015

Nº de Historia _____

1. Edad Gestacional y Sexo:

- Pre-término___ A termino___ Post-termino___
- F___ M___

2. Antecedentes Maternos:

- Edad___
- Procedencia___
- Números de Controles prenatal___

3. Características Clínicas:

- Manifestaciones cutáneas___
- RCIU___
- Neumonitis___
- Ictericia___
- Rinorrea___
- Fiebre___
- Hepatoesplenomegalia___

4. Hallazgos de laboratorio

- Glóbulos blancos
- Anemia___
- Trombocitopenia___

5. Criterios Diagnósticos

- VDRL reactivo___
- FTA positivos___
- IgM contra T, Pallidum___
- Identificación de T. pallidum en placenta___
- Identificación de T, pallidum en cordón umbilical___
- Biopsia mediante microscopia de campo oscuro___

