



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLIVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

TG-10-2024-17

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. PEDRO LÓPEZ Prof. ANA VASQUEZ y Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO, Reunidos en: El Salón Evaristo Rodríguez del Complejo Hospitalario Universitario Nuez y Páez, a la hora: 9 am.

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**FRECUENCIA DE RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES CON LUES, SERVICIO DE PERINATOLOGÍA I Y II, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ DE CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2018 A DICIEMBRE 2022**

Del Bachiller García García María Verónica C.I.: 26030735, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

**VEREDICTO**

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	X
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	---

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 23 días del mes de Jueves de 2024.

[Signature]  
 Prof. PEDRO LÓPEZ  
 Miembro Tutor

[Signature]  
 Prof. ANA VASQUEZ

Miembro Principal

[Signature]  
 Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO

Miembro Principal

[Signature]  
 Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ  
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL DACE



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS  
 Avenida José Méndez e/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.  
 EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLÍVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

TG-10-2024-17

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. PEDRO LÓPEZ Prof. ANA VASQUEZ y Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO, Reunidos en: El Com. Examinador de la Universidad de Oriente del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, a la hora: 9 am

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**FRECUENCIA DE RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES CON LUES, SERVICIO DE PERINATOLOGÍA I Y II, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ DE CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2018 A DICIEMBRE 2022**

Del Bachiller García Guiland Irene Del Carmen C.I.: 24541928, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

**VEREDICTO**

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	X
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	---

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 23 días del mes de Julio de 2024

Prof. PEDRO LÓPEZ  
 Miembro Tutor

Prof. ANA VASQUEZ

Miembro Principal

Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO

Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ  
 Coordinador comisión Trabajos de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela  
 EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
“Dr. Francisco Battistini Casalta”  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA

**FRECUENCIA DE RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO  
INTRAUTERINO EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES  
ADOLESCENTES CON LUES, SERVICIO DE PERINATOLOGÍA  
I Y II, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y  
PÁEZ DE CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2018  
A DICIEMBRE 2022.**

**Tutor académico:**

Dr. López Pedro

**Co – Tutor:**

Palmare Saireth

**Trabajo de Grado Presentado por:**

Br: García García María Verónica

C.I: 26.030.735

Br: García Guiland Irene del Carmen

C.I: 24.541.928

**Como requisito parcial para optar por el título Médico cirujano**

Ciudad Bolívar, julio de 2024.

# ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
RESUMEN.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	12
OBJETIVOS.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
METODOLOGÍA.....	16
Diseño y tipo de investigación.....	16
Universo.....	16
Muestra.....	16
Criterios de inclusión.....	16
Criterios de exclusión.....	17
Procedimientos.....	17
Análisis Estadístico.....	20
RESULTADOS.....	21
Tabla N°1.....	24
Tabla N°2.....	25
Tabla N°3.....	27
Tabla N°4.....	28
Tabla N°5.....	29
Tabla N°6.....	30
Tabla N°7.....	31
Tabla N°8.....	32

Tabla N°9.....	33
Tabla N°10.....	34
Tabla N°11.....	35
Tabla N°12.....	36
DISCUSIÓN .....	37
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES .....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	48
APÉNDICES .....	62
Apéndice A .....	63
Apéndice B .....	73
Apéndice C .....	74
ANEXOS .....	75
Anexo N°1 .....	76
Anexo N° 2 .....	78
Anexo N° 3 .....	79
Anexo N° 4 .....	83

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a Dios primeramente por todas sus bendiciones y por crear un universo tan infinitamente interesante y una humanidad hermosamente compleja que despierta en nosotros la necesidad de descubrirla y entenderla.

A nuestra Universidad de Oriente, por habernos formado como profesionales.

A nuestros profesores, por su esfuerzo en brindarnos toda su sabiduría que contribuyó enormemente a nuestra formación.

A nuestros tutores Dr. Pedro López y Saireth Palmare, por brindarnos toda su orientación y experiencia para la realización de nuestro trabajo de investigación.

A la Dra. María Eugenia García por su máximo apoyo, guía y orientación en la realización de esta investigación.

A nuestras familias y amigos, por estar siempre presentes, ofreciendo motivación y apoyo.

*Las autoras*

## DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por permitirme llegar a donde estoy con vida y salud.

A mis padres la Dra. María Eugenia García y el Dr. Francisco García por su apoyo a lo largo de toda la vida, por siempre darme su mayor esfuerzo, la mejor educación, crianza y valores inculcados; a Francisco Andrés García por su preocupación y motivación. Especial agradecimiento a mi mamá por su apoyo incondicional y siempre darme lo mejor de sí misma, el máximo ejemplo de resiliencia.

Al Ing. Junior Brito, mi compañero de vida, muchas gracias por todo tu apoyo incondicional, enseñanzas, acompañamiento y amor a lo largo de este viaje en la carrera, siempre motivándome a dar lo mejor de mí y nunca desistir. Gracias a la Licenciada Dámaris Andrade por su apoyo.

A la futura licenciada Orangelys Sarache, por su apoyo en las buenas y malas, gran amistad y hermandad a lo largo de estos años y de igual manera a la familia Sarache Goitia por su apoyo y ayuda.

A mi amigos y compañeros estudio por todos los momentos vividos a lo largo de nuestra carrera y por su apoyo en todo momento.

A la Dra. Melania Marín gracias por todos sus conocimientos y enseñanzas en mi formación y que no debemos arrojarnos con la cobija de la ignorancia.

*María Verónica García García.*

## DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de demostrarme que con él, todo es posible y que no hay un imposible para el cuándo así se quiere.

A mí familia: mí Madre Isabel y mi padre Henry: por siempre estar para mí y por mí, en lo que necesite; por apoyarme y educarme y recordarme todos los días que soy capaz de lograr lo que me proponga. A mi hermana Estefany: por cada una de esas oportunidades dónde no dijiste que no y me cociste con tanto amor cada uno de esos hermosos quimonos, que fueron parte de cada uno de mis días durante la carrera e internado, simplemente ¡gracias! A mí hermano Christian, aunque está lejos, permanece presente en mí corazón, espero podamos volver a vernos en persona ya siendo tu médico de confianza.

A mí hijo Santhiago: por ser un impulso a querer terminar una carrera que no es fácil e igual que la maternidad, dónde no te explican las letras pequeñas del contrato, ya una vez estando en el camino, sólo queda seguir y ser un ejemplo para ti.

A mis amigos: Yendry , Adriana , Verónica , ellos saben que los cuento con las manos y me sobran dedos, cada uno cumplió un rol en esta carrera y sin lugar a dudas, no es fácil, pero cuando hay empatía, padece y celebra cada logro como si fuese suyo , sabes que algo estás haciendo bien.

A mí reciente agregada amiga de hace casi un año Alexandra, el internado no es fácil, pero conocer a alguien lo hace más ameno, y recordar que una nota mala, una revista no tan perfecta no nos define como persona ni como futuros médicos.



A mí persona vital, esa que aunque estaba ocupada saco tiempo para mí, que me ama, se preocupa por mí, me apoya y cree en mí ¡Gracias!

A mis profesores: gracias por la formación académica, en especial a la Dra. Melania Marín, por inculcarme que debo buscar siempre el ¿por qué de las cosas? y no debo arrojarme con la sábana de la ignorancia.

*Irene del Carmen García Guiland*

**FRECUENCIA DE RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO  
INTRAUTERINO EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES  
CON LUES, SERVICIO DE PERINATOLOGÍA I Y II, COMPLEJO  
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ DE CIUDAD BOLÍVAR,  
ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2018 A DICIEMBRE 2022.  
Tutor: Dr. Pedro López. Autores: Br. García, M. y García, I.**

**RESUMEN**

La población de madres adolescentes y sífilis congénita, considerados tema de relevancia, dado que asocia en corto plazo a morbilidad-mortalidad neonatal, así como en incidencia en patologías crónicas del adulto, provocando consecuencias familiares, sociales, biológicas y económicas de gran impacto. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino producto de madres adolescentes con diagnóstico de sífilis, en el complejo hospitalario universitario Ruíz y Páez entre enero 2018 a diciembre 2022. **Metodología:** Estudio de tipo retrospectivo, descriptivo, corte transversal. **Resultados:** De 656 madres adolescentes, 27,75% presentaron sífilis y sus recién nacidos restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) 74,72%, de procedencia urbana 90,10%, solteras 53,81%, dedicadas a oficios del hogar 77,50%, con un grado de instrucción de secundaria incompleta 39,56%, pertenecían al estrato IV socioeconómico 90,60%, refirieron 49,40% 2 – 3 controles prenatales. Alrededor de 69,12% de las madres adolescentes con sífilis y RCIU tienen una edad comprendida entre los 17 – 19 años, en un 70,88 % se les hacía el diagnóstico de sífilis gestacional a partir de las 34 semanas, 80,77% de los recién nacidos obtuvieron 8 puntos en el primer minuto después del nacimiento según la escala de APGAR y al quinto minuto 80,77% 9 puntos, neonatos con RCIU cursaron con bajo peso un 72,80% y 80,15% RCIU simétrico, 46,15 % de las madres recibieron penicilina benzatínica, una dosis 22,53% y tiempo de última aplicación, menor de 1 mes antes del nacimiento 26,92%. Al interpretar el VDRL 56,04% materno presentaron una dilución 1:8, mientras que 38,46% fue 1:64 del recién nacido, el 49,45% mostraron reactividad ante la prueba treponémica por FTA – Abs. Los recién nacidos presentaron ictericia 40%, fiebre 20%, hepatomegalia 14,54%, afectación neurológica 10,91%, exantema maculopapular 1,82%. Durante los 5 años estudiados hubo 9 casos de neurosífilis 20,93%. **Conclusiones:** Se encontró una alta prevalencia de casos maternos y neonatales de sífilis durante el desarrollo de este estudio.

Palabras clave: restricción, recién nacidos, madres adolescentes, sífilis.

## INTRODUCCIÓN

La historia de la sífilis sigue siendo controversial, existiendo diferentes hipótesis, la del Intercambio Colombino, en el siglo XV, la cual sostiene que la sífilis se originó en América y fue llevada a Europa por la tripulación de Cristóbal Colón; la Precolombina, sostienen que la enfermedad ya existía en Europa mucho antes del regreso de Colón al Continente Europeo. Una tercera hipótesis sugiere que la sífilis fue llevada al Nuevo Mundo en la época de la conquista española; otra hipótesis sostiene que la sífilis y otras formas de treponematosis endémicas no venéreas ya existían independientemente en el Viejo y en el Nuevo Mundo desde tiempos muy antiguos. (Hackett, 1963)

Siendo definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), como una infección bacteriana de transmisión sexual (ITS), causada por *Treponema pallidum*, que generalmente se contagia por el contacto con úlceras infecciosas de los órganos genitales, el ano, el recto, los labios o la boca; por transfusiones de sangre, o mediante la transmisión vertical materno infantil durante el embarazo, con una morbimortalidad de alto impacto en salud pública (OMS/OPS, 2022)

Es muy preocupante, aun tratándose de una mujer en estado de gestación con diagnóstico positivo, dado el impacto en salud pública que genera este evento, tanto a nivel humano, social y económico, generando en el futuro complicaciones, para el binomio madre hijo, así lo reseña, en el trabajo, identificación y pronóstico de sífilis congénita mediante técnicas de Aprendizaje Automático para las localidades de Usme, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Sumapaz Bogotá D.C. de (Macana, 2022).

En este mismo orden de ideas, para el Instituto Nacional de Salud (INS) y para la OMS, durante el trascurso del embarazo, se pone en riesgo tanto la vida de la mujer

como el producto de la concepción, puede transmitirse a través de la placenta provocando sífilis congénita, desencadenando abortos, parto prematuro, rotura prematura de membranas, recién nacidos con bajo peso, restricción del crecimiento intrauterino, hidrops fetal, muerte perinatal, además, complicaciones adversas y severas, cuyas consecuencias están relacionadas con una afectación en la calidad de vida y enfermedades como masas abdominales, anomalías esqueléticas y dolores óseos, inflamación articular, ceguera, sordera, anomalías congénitas, neurosífilis, corioretinitis, miocarditis, pseudo-parálisis de Parrot , anemia, convulsiones, lesiones en piel, sepsis neonatal, infección respiratoria entre otras (INS, 2018) (OMS (2019)).

Ahora bien, para la OMS, la adolescencia: “es el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad, distinguiendo tres etapas: temprana, media y tardía, donde ocurren cambios que tienen gran variación.” (OMS, 2012); y para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, es una etapa necesaria e importante para hacernos adultos; con valor y riqueza en sí misma, que brinda infinitas posibilidades para el aprendizaje y el desarrollo de fortalezas, desafiante, de muchos cambios e interrogantes para los adolescentes, pero también para sus padres y adultos cercanos, (UNICEF, 2021).

Del mismo modo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), mencionan el informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), sobre la situación de América Latina y el Caribe por continuar siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes, liderando en América Central, Guatemala, Nicaragua y Panamá; en el Caribe, República Dominicana y Guyana, y en América del Sur, Bolivia y Venezuela. Las tasas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el

Caribe van de 15.8 cada 1000 mujeres a 100,6 cada 100 mujeres para el período 2010 - 2015 (OPS/OMS, 2016).

Tal como lo manifiestan Martínez – Moreno y Zambrano, muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo, encuentran múltiples dificultades para adaptarse a esta etapa, iniciando prácticas sexuales a muy temprana edad, que en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad, así como del uso correcto de métodos anticonceptivos; exponiéndolos a un embarazo no planeado, un aborto provocado o a una infección de transmisión sexual como lo es la sífilis. (Martínez – Moreno y Zambrano, 2020)

Cabe señalar, que la OMS, refiere que hubo alrededor de 374 millones de nuevas infecciones de transmisión sexual, siendo la sífilis la que ocupa el tercer lugar con 7.1 millones, resaltando que en el año 2016 se produjo 5,6 millones de nuevos casos de sífilis en adolescentes y adultos de 15 a 49 años, lo que corresponde a 2 millones de casos nuevos de sífilis en la región de las Américas; con una tasa de incidencia mundial de 1,5 casos por 1000 mujeres; estimando que hubo unos 22.800 casos que se complicaron con sífilis congénitas para en el 2015, de las cuales, aproximadamente un 50% de las embarazadas con sífilis no tratadas transmitieron la infección a su hijo antes del nacimiento, (OMS, 2020).

En ésta infección intervienen factores que propician su aparición, tal como, lo describen los investigadores peruanos, en el artículo Sífilis gestacional, análisis de factores de riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015-2020), relacionados con las probabilidades de adquirir la infección por sífilis, las cuales se incrementan en embarazadas con determinadas características sociodemográficas, obstétricas y conductuales, (Erazo, L., et al., (2023). Igualmente, es reportado otro estudio, donde las probabilidades de infección por sífilis fueron más altas en mujeres

divorciadas, residentes rurales, con antecedentes de múltiples parejas sexuales, abortos y otras infecciones de transmisión sexual, según (Tareke, et al., 2019). Muy semejante fue otro estudio, quienes encontraron como factor de riesgo el consumo de alguna sustancia nociva, que se consideró riesgo conductual (Lendado, T., et al., 2022)

Ésta enfermedad tiene etapas: la sífilis primaria, caracterizada por un chancro en genitales, boca, piel, recto, aparece unas tres semanas después del contagio inflamación de ganglios linfáticos; en caso de no realizar ningún tratamiento, en un periodo entre 3 y 6 semanas éstas lesiones desaparecen, pero avanza la enfermedad. La sífilis secundaria entre 2 y 8 semanas después de la aparición del chancro, se caracteriza por erupción que afecta a piel y mucosas, indoloras sin prurito; hay un paso del *treponema pallidum* al torrente sanguíneo por lo que puede aparecer clínica sistémica. La sífilis terciaria o latente en la que desaparecen los síntomas y que puede durar años, si ésta no se trata, la bacteria se reproduce y se acumula en diversos órganos, lesiones en piel, mucosas y huesos llamadas gomas las cuales se pueden fistulizar y ulcerar, lesiones cardiovasculares y del sistema nervioso central y la sífilis cuaternaria que puede presentar tabes dorsal, atrofia del nervio óptico y demencia progresiva. (Bombí, 2021)

Así mismo, la madre puede transmitir la infección al feto a través de la placenta o durante el paso por el canal del parto, por contacto del recién nacido con una lesión genital, que no ha sido tratada adecuadamente; desarrollando la enfermedad causantes de graves secuelas y discapacidades si no es detectada y tratada adecuadamente. El riesgo de transmisión vertical varía de acuerdo con el estadio en que se encuentra la infección de la madre durante el embarazo. La probabilidad de transmisión durante la sífilis primaria o secundaria no tratada es de 60 a 90%; en la sífilis latente temprana es de 40%, y en la sífilis latente tardía se reduce a menos de 10%. El *Treponema*

pallidum, tiene acceso al compartimiento fetal desde las semanas 9 a 10 de gestación. (Casas, 2009)

En cuanto a los cambios morfológicos que sufre la placenta en una paciente con sífilis se puede observar que ésta, está grande y pálida, microscópicamente las vellosidades parecen haber perdido su aspecto arborescente característico, están gruesas y cuadradas además de presentar disminución de los vasos sanguíneos por endarteritis y proliferación de células del estroma. (Villadiego, 2015)

De la misma forma, en el trabajo investigativo: Situación actual de la sífilis congénita del departamento de Paysandú, años 2015 – 2019, un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo, con el objetivo de describir la incidencia de casos, características epidemiológicas y clínicas de las embarazadas y sus recién nacidos, con diagnóstico de sífilis congénita, historias clínicas de ingreso. Como resultado, se obtuvieron 30 RN con Sífilis congénita, 27 del subsector público y 3 del privado. Casi la mitad fue embarazo mal o no controlados. El 37% de las madres eran consumidoras de drogas, incluso en el embarazo, y el 73% desconocía o no se había realizado tratamiento de la pareja sexual. Se concluyó que, para alcanzar el objetivo sanitario, se debe hacer hincapié en la planificación, control y seguimiento del embarazo, así como el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la infección. (Sequeira, A., Canziani, C., et al., Brasil, 2020)

Como es sabido, existen numerosas pruebas diagnósticas, que actualmente se han implementado, pruebas serológicas no treponémicas como lo es la Prueba de laboratorio de investigación de enfermedades venéreas, (VDRL, por sus siglas en inglés) y la prueba reagin rápida en plasma, (RPR, por sus siglas en inglés), y otras pruebas treponémicas. Las pruebas no treponémicas se tornan reactivas 4 a 8 semanas después de adquirida la infección. La sensibilidad de éstas para el diagnóstico de la sífilis primaria, latente temprana y tardía es del 60 a 90%; en la sífilis secundaria es

cercana al 100%, es decir, que la especificidad de estas pruebas es de 98%. (Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC Argentina, 2019).

Por otra parte, el comité científico reunido en Costa Rica, realizaron una revisión bibliográfica donde exponen que las pruebas confirmatorias para esta patología son las pruebas treponémicas convencionales: Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS) y la Prueba de aglutinación de partículas de *Treponema Pallidum*(TPPA), altamente específicas, que miden IgG e IgM. Éstas van a permanecer positivas de por vida, por lo que no son adecuadas para el seguimiento de la enfermedad. En donde el FTA-ABS se basa en la detección de anticuerpos por inmunofluorescencia indirecta y el TPPA es un ensayo de aglutinación indirecta que se utiliza para la detección y titulación de anticuerpos contra el agente causante de la sífilis, *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*. (Gutiérrez, L., Viquez, M. y Valdeverde, K. 2022)

Por otra parte, dentro de una de las consecuencias de la sífilis en el embarazo, está la Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU), que consiste en la falta de crecimiento fetal normal que afecta a todos o algunos segmentos corporales; es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal, también llamado crecimiento intrauterino restringido (CIUR) (Valenti, E., et al., 2017)

Así pues, que el feto tiene un potencial de crecimiento intrínseco, que bajo circunstancias normales, termina en un recién nacido saludable de peso apropiado, además, el crecimiento fetal depende de factores genéticos, placentarios y maternos que actuando en armonía proveen al feto de lo que necesita para soportar los cambios fisiológicos de la madre, lo manifiesta en su artículo: Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo (Pimiento, L., y Beltran, M., 2015).



Así mismo, en Chile, presentaron un estudio, titulado: Retardo de crecimiento intrauterino: consecuencias a largo plazo. Con el objetivo de determinar cuáles factores maternos, influyen en el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU). Determinando que se asocia a factores de riesgo maternos y a causas placentarias y dependientes del feto. La aparición de esta patología es de relevancia dado que se asocia en el corto plazo a morbilidad-mortalidad neonatal, así como en la incidencia en patologías crónicas de la vida adulta, estableciendo, que el retardo de crecimiento intrauterino es un tema de salud pública, dado que lo que ocurre en la vida intrauterina va a tener consecuencias en la salud individual y poblacional, por este motivo que es fundamental un adecuado control obstétrico para su prevención, detección y manejo precoz. (Rybertt, T., Azua, E y Rybertt, F., Chile, 2016).

Para la identificación del RCIU, se utilizan tablas de crecimiento intrauterino, aceptándose como crecimiento normal el peso para la edad gestacional entre los percentiles 10 y 90. Para evaluar el crecimiento fetal se utilizan elementos clínicos como la medición de la altura uterina y la estimación del peso fetal, complementado con la fetometría ultrasonográfica y la medición de flujos sanguíneos de ciertos territorios vasculares fetales.

Así mismo, los fetos pequeños para la edad gestacional son aquellos cuyo peso se encuentra entre los percentiles 3 y 10, con una valoración anatómica dentro de límites normales, pruebas de bienestar fetal satisfactorias y persistencia del crecimiento dentro de los mismos percentiles durante la gestación. (Pimiento, L. y Beltrán, M., 2015)

Cuando se compromete el crecimiento fetal, la circunferencia abdominal fetal (AC) es menor de lo esperado debido al agotamiento del tejido adiposo abdominal y la disminución del tamaño hepático relacionado con la reducción de almacenamiento

de glucógeno en el hígado. La AC es el indicador morfométrico solo más sensible para RCIU. (Lemus, M., 2020)

Dentro de las causas del RCIU, se encuentra el deterioro de la perfusión placentaria donde las anomalías histomorfológicas de la placenta, como infartos y fibrosis de las vellosidades terminales, nódulos del sincitiotrofoblasto aumentados, proliferación del citotrofoblasto, hipovascularización de las vellosidades, engrosamiento de la membrana basal trofoblástica de las vellosidades, endarteritis obliterante y depósitos de fibrina perivellositarios, engrosamiento de la membrana basal, están bien documentadas en el RCIU. El desarrollo vellositario reducido se correlaciona con velocimetría Doppler anormal de la arteria umbilical, y es grave en los casos de flujo de fin diástole inverso o ausente. (Madazli, R., 2004)

Ahora bien, en vida extrauterina, los recién nacidos con RCIU presentan alteración en el crecimiento, disminución de la grasa subcutánea, tamaño pequeño para su edad gestacional, estado metabólico anormal, índice ponderal bajo, y el período posnatal complicado mientras que el pequeño para la edad gestacional presenta crecimiento no siempre alterado, grasa subcutánea normal, siempre es pequeño, su estado metabólico puede ser normal, índice ponderal normal y período posnatal normal (Pimiento, L., y Beltrán, M. 2015)

En la esfera nacional, la OMS, indica que para el año 2016, Venezuela ocupó el 3er lugar a nivel latinoamericano con mayor número de mujeres gestantes con Sífilis con una prevalencia de 2,29% detrás de Paraguay con el primer lugar con un 3,24% de prevalencia en gestantes y Panamá con el segundo lugar con un 2,75% de prevalencia; Venezuela superó en el 2016 a Haití el cual ocupó el cuarto en Latinoamérica con una prevalencia de 2,01%. De ello, la OMS indicó que en Venezuela se reportaron 605.044 mujeres gestantes, de las cuales 13.850 eran gestantes que padecieron Sífilis y nacieron 1.643 niños con Sífilis congénita; no

menos importante que en el 2016 solo el 30% del total de mujeres gestantes tuvieron acceso a pruebas de VDRL para la detección de dicha enfermedad, la cual se refleja como la cobertura más baja de toda Latinoamérica. A nivel global, la incidencia de sífilis el 2017 fue de 134,33 casos por 100.000 habitantes, con una tasa de mortalidad de 1,49 por 100.000 habitantes. En la última década, a nivel global ha habido un aumento de casos de sífilis lo que se debe a un aumento de los factores de riesgo, siendo mayor la prevalencia en hombres que en mujeres, (OMS, 2016).

Continuando con las investigaciones en Venezuela, Silva, A., determinó el grupo de recién nacidos con sífilis congénita, en el servicio neonatología. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” junio 2013 – junio 2015. Con el objetivo: 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. 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 evidenció una incidencia de 1,79%, madres procedentes del municipio Naguanagua, con antecedentes de embarazos mal controlados, y como único criterio diagnóstico el VDRL. (Silva, A., 2016).

El estado Bolívar no escapa a esta situación, específicamente según el Programa de Infecciones de transmisión sexual VIH – SIDA de este estado se registraron para los años 2020 y 2021, 326 embarazadas con sífilis, siendo el principal centro de referencia el Hospital Ruiz y Páez, reportándose en dicha institución 288 casos de

sífilis congénita (Registro de Historias Médicas del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, 2023)

La sífilis congénita es un reto de salud pública debido al aumento de su incidencia a pesar de ser una enfermedad de fácil prevención, diagnóstico y tratamiento; este aumento está asociado a desigualdades sociales y la carente cobertura de atención prenatal ofrecida en algunos sectores de la población, destacando como factor clave de ineficiencia la falta de solicitud de realización del examen serológico durante la atención prenatal y la falta de seguimiento en mujeres con diagnóstico confirmado. Para eliminar la sífilis congénita de la lista de enfermedades que generan discapacidad permanente, es necesario el desarrollo de acciones durante el control prenatal, hacer búsqueda activa de las mujeres embarazadas con sífilis y proporcionar tratamiento completo y oportuno. (Maronezzi, G. et al., 2020)

Por otro lado se considera que la sífilis es una patología que está lejos de ser erradicada en el país y que, por el contrario, su incidencia ha ido en aumento durante los últimos años, lo que la convierte en una enfermedad de gran importancia epidemiológica. Por otro lado, se ha visto que la mortalidad ha disminuido. Todo esto confirma la importancia de continuar realizando una pesquisa activa de la infección, ya que mientras antes se realice el tratamiento, menores van a ser las consecuencias y mortalidad asociada que tiene esta enfermedad. (Valenzuela, C. et al., 2021)

Es sabido, que la embarazada infectada de sífilis, puede reducir el riesgo de complicaciones por sífilis congénita y mortinatos; siendo necesario la atención médica prenatal para la salud y el bienestar general del binomio madre hijo. Mientras más pronto comience a recibir atención médica durante el embarazo, mejores serán los resultados para su salud y la de su bebé en gestación, además hacerse la prueba y recibir el tratamiento para la sífilis para prevenir complicaciones graves, según, la

División para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, Centro Nacional para la Prevención de VIH/SIDA, Hepatitis Virales, ETS y Tuberculosis, (CDC, 2015).

Ahora bien, posteriormente a lo antes expuesto, tomando en cuenta la información a la que se ha podido tener acceso a partir de diferentes fuentes como textos, artículos científicos e investigaciones realizadas, pese a la escasa información institucional, se ha logrado estructurar en materia de pediatría y puericultura, sobre el crecimiento intrauterino de recién nacidos en madres adolescentes con sífilis, relacionando factores de riesgo maternos asociados con la RCIU, tratamiento materno oportuno para la sífilis, así como también, Apgar al primer y quinto minuto después del nacimiento y sus manifestaciones clínicas; en virtud del incremento de ésta patología en los últimos tiempos y sus repercusiones en el binomio madre hijo, así pues, nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la frecuencia de la restricción del crecimiento intrauterino en recién nacidos de madres adolescentes con Lues, en el servicio de perinatología I y II, complejo hospitalario universitario Ruíz y Páez de Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2018 a diciembre 2022

## JUSTIFICACIÓN

Las estadísticas reflejadas colocan a Venezuela como el primer país con más alto índice de embarazo en adolescentes contando con un 28,7% en todo el continente latinoamericano, además de cifras donde muestran a nivel nacional que el 21% de nacimientos vivos, ocurren en adolescentes entre 15 y 19 años, y un 6,4% de las adolescentes han tenido un aborto siendo la 3° causa de muerte en las mujeres de 15 a 19 años, por complicaciones obstétricas (UNFPA, 2018). Estas cifras alarmantes confirman la situación existencial de las adolescentes venezolanas, donde las mujeres jóvenes tienen relaciones sin tomar en cuenta la prevención, lo cual constituye un riesgo inminente, porque así como pueden quedar embarazadas por falta de cuidados anticonceptivos, así mismo pueden contraer algunas infecciones de transmisión sexual como la sífilis, esto por no tener una información y concientización sobre la necesidad de esperar la madurez adecuada para iniciarse en este aspecto de su vida (Matos, 2020)

En virtud a la magnitud del alto índice registrado no solo en Venezuela, sino también a nivel mundial, en respecto a la población de madres adolescentes y la sífilis congénita, se considera este tema de relevancia, dado que se asocia en el corto plazo a morbilidad-mortalidad neonatal, así como en la incidencia en patologías crónicas de la vida adulta, provocando consecuencias familiares, sociales, biológicas y económicas de gran impacto (Reyes, A., 2016)

La reprogramación fetal que ocurre en fetos sometidos restricción del crecimiento, determina consecuencias que se expresan de forma perinatal, mediano y largo plazo. En el neurodesarrollo infantil se ha evidenciado diferencias significativas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), resultados de pruebas cognitivas y comportamiento. En las comorbilidades del adulto se ha

descrito mayor prevalencia de HTA, injuria renal, Diabetes Mellitus tipo II y, en suma, mayor riesgo cardiovascular. El retardo de crecimiento intrauterino es un tema de salud pública, dado que lo que ocurre en la vida intrauterina va a tener consecuencias en la salud individual y poblacional. Es por este motivo que es fundamental un adecuado control obstétrico para su prevención, detección y manejo precoz. (Rybertta, T., Ryberttb, F., 2016)

La sífilis congénita y el RCIU son un problema latente asociado a embarazos no controlados y a infecciones tardías, mal tratadas o no tratadas. Por tal motivo, el presente trabajo, mediante la revisión de variables; como la situación de salud del recién nacido con sífilis, los factores de riesgo sociodemográficos maternos, edad, estado civil, grado de instrucción, número de parejas sexuales, número de gestación y de controles prenatales, además, variables del recién nacido como edad gestacional, sexo, peso al nacer; todos estos, con laboratorios reactivos para sífilis; permitirán determinar la incidencia de restricción del crecimiento fetal en embarazadas con sífilis en el Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez en el período comprendido de enero 2018 a diciembre 2022, con la finalidad de concientizar la población y así evitar las consecuencias de un mal control prenatal que repercutirá para ambos en su curso de vida. Tomando en cuenta la gran incidencia de este problema en Venezuela, especialmente en el municipio Heres, Estado Bolívar, el embarazo en la adolescencia y la sífilis congénita son unas de las principales causas de morbilidad-mortalidad de las jóvenes entre los 15 y 19 años de edad.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la frecuencia de recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino producto de madres adolescentes con diagnóstico de sífilis, en el complejo hospitalario universitario Ruíz y Páez entre enero 2018 a diciembre 2022.

### **Objetivos específicos**

1. Estimar la incidencia de recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino producto de madres adolescentes con diagnóstico de sífilis.
2. Describir los factores de riesgo sociodemográficos maternos que predisponen a la sífilis congénita.
3. Determinar que etapa de la adolescencia que presenta mayor incidencia de recién nacidos con RCIU producto de madres adolescentes con sífilis.
4. Conocer la edad gestacional al momento del diagnóstico de sífilis materna.
5. Analizar el puntaje de Apgar, en el primer y quinto minuto, de los recién nacidos de madres con sífilis en la adolescencia.
6. Averiguar la frecuencia de madres adolescentes con sífilis y sus recién nacidos con RCIU y peso normal.



7. Identificar la frecuencia de RCIU simétrico y asimétrico producto de madres adolescentes con y sin sífilis.
8. Relacionar el tratamiento materno oportuno para la sífilis y tiempo de la última aplicación antes del nacimiento con la restricción de crecimiento intrauterino.
9. Establecer la proporcionalidad de las diluciones del VDRL materno y neonatal, de las madres adolescentes y recién nacidos, con diagnósticos presuntivos del lues connatal.
10. Confirmar el diagnóstico de lues connatal, con la prueba treponémica FTA-Abs materna.
11. Mencionar las manifestaciones clínicas más prevalentes del recién nacido con restricción de crecimiento intrauterino y sífilis congénita.
12. Determinar la frecuencia de neurosífilis en los recién nacidos productos de madres adolescentes.

# METODOLOGÍA

## **Diseño y tipo de investigación**

Retrospectivo, descriptivo, de corte transversal.

## **Universo**

El universo estuvo conformado por todos los recién nacidos producto de madres adolescentes con y sin sífilis hospitalizados en el servicio de neonatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, durante el período de enero 2018 a diciembre 2022.

## **Muestra**

La muestra estuvo constituida por el total de pacientes, recién nacidos productos de madres adolescentes con diagnóstico de sífilis y restricción del crecimiento intrauterino (N=n), hospitalizados en el servicio de neonatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, durante el período de estudio, contenidas en las historias clínicas, que cumplan con los criterios de inclusión.

## **Criterios de inclusión**

- Recién nacidos producto de madres adolescentes con diagnóstico de sífilis y recién nacidos con restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), edad gestacional y peso.

### **Criterios de exclusión**

- Recién nacidos producto de madres mayores o iguales a 20 años.
- Recién nacidos producto de madres menores de 10 años
- Recién nacidos producto de embarazo gemelar.
- Madres que no tengan las pruebas serológicas
- Recién nacidos con normo peso
- Recién nacidos macrosómicos

### **Procedimientos**

Se utilizó como instrumento, un formato de recolección de datos obtenidos de la revisión de las historias clínicas, elaborado por las autoras, para la obtención de la información pertinente al tema. Éste formato incluyó datos maternos como: edad, área de residencia, características socio-demográficas, número de gestación, número de controles prenatales, número de parejas sexuales, edad gestacional al momento del diagnóstico de sífilis, tratamiento recibido, tiempo de aplicación de la última dosis del tratamiento antes del nacimiento, laboratorios; y en relación al recién nacido: datos antropométricos, puntaje de Apgar al minuto y cinco minutos, edad gestacional, manifestaciones clínicas y resultados de laboratorio (Apéndice A).

Para medir el nivel socio económico se utilizó la Escala de Graffar modificado para Venezuela, por Méndez Castellanos, con el fin de medir la pobreza, compuesto por variables económicas, sociales, principal fuente de ingreso del hogar (Anexo N° 1). Donde cada variable está constituida por cinco categorías, con una puntuación del uno al cinco, y cada una de ellas evaluada con su puntaje reflejará una característica y /o condición que tipificará a un grupo o estrato socioeconómico, por lo tanto su sumatoria permitirá determinar a cual estrato pertenece la madre y su grupo familiar.

La puntuación total se divide por estratos, así el estrato I correspondiente a la clase alta con un puntaje de 4 a 6 puntos; el estrato II a la clase media alta, que va de 7 a 9 puntos; el estrato III propio a la clase media baja, con un puntaje de 10 a 12 puntos, el estrato IV concerniente a situación de pobreza con una puntuación de 13 a 16 puntos y el último estrato V equivalente a situación de pobreza crítica con un alto nivel de privación.

Para la clasificación de las etapas de la adolescencia se utilizó la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2012): etapa temprana de 10 a 13 años, etapa media de 14 a 16 años y etapa tardía de 17 a 19 años, dichos datos fueron obtenidos a través del formato de recolección.

En cuanto al puntaje del test de Apgar del recién nacido, prueba que lleva el nombre de su creadora Virginia Apgar, la cual fue recogida a través de la información recabada de la historia clínica, que consiste en un examen físico rápido realizado al primer y quinto minuto del nacimiento, evaluándose el esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, respuesta a los estímulos y color de piel, en cada una de éstas categorías se le da un puntaje de 0, 1 o 2 puntos según el estado observado. Se considera que un recién nacido es normal cuando la puntuación está por encima de 7 puntos. De 4 a 6 puntos moderadamente deprimidos y menos de 4 puntos severamente deprimidos (Anexo N° 2).

Para la clasificación del recién nacido según la edad gestacional, se empleó la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien clasifica a los recién nacidos en:

- RN de pretérmino: menos de 37 semanas.
- RN de término: 37 – 41 semanas y
- RN posttérmino: 42 semanas o más.

Así mismo, para clasificar al recién nacido según peso al nacer y edad gestacional, se utilizó las gráficas de patrones de crecimiento infantil de la OMS (2009):

- Adecuados para la edad gestacional (AEG): entre percentiles 10 – 90
- Grandes para la edad gestacional (GEG): superior a percentil 90
- Pequeños para la edad gestacional (PEG) inferior al Percentil 10
- Para los recién nacidos pretérminos se utilizaron las tablas de crecimiento de Fenton (Anexo N° 3).

Además, se clasificó el estado nutricional del recién nacido según su peso al nacimiento, categorizándolos:

- Extremadamente bajo: menos de 1.000 gramos
- Muy bajo peso; menor de 1.500 gramos
- Bajo peso al nacer: a los menores de 2.500 gramos.
- Normo peso: mayores de 2.500 a 3.999 gramos
- Macrosómicos: 4.000 gramos o más.

Los criterios para diagnosticar el RCIU post natal se tomó en cuenta los datos antropométricos: peso al nacer, talla al nacer y perímetro cefálico, los perímetros torácicos y abdominal no estaban plasmados en las historias clínicas. Dichos datos antropométricos relacionados con la edad gestacional ubicados en la tabla de percentil de OMS. Donde Peso/Edad Gestacional por debajo del percentil 10. Talla/Edad Gestacional por debajo de percentil 10 y Perímetro Cefálico/Edad Gestacional por debajo del percentil 10. Si los tres datos antropométricos se ubicaban por debajo del percentil 10 corresponde a RCIU Simétrico y Asimétrico si peso y uno de los otros datos antropométricos por debajo del percentil 10

En relación a la ictericia del recién nacido se reportaron los resultados de laboratorio de bilirrubina total y fraccionada y se asociará con la descripción del tinte icterico según la zona descrita en la Escala de Kramer, el cual fue descrito por Kramer, Ll. (1969), dividido en el infante en 5 zonas (Anexo N° 4).

Se realizó una carta de autorización dirigida al jefe del Departamento de Neonatología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, para conseguir los permisos para la realización del trabajo de investigación, así mismo para el servicio de Historias Médica, para la revisión de las historias médicas (Apéndice B). Seguidamente se realizó el llenado del formato de recolección de datos para obtener la información necesaria. Por último, vaciamiento de los datos obtenidos en la matriz de codificación, se procesarán los datos obtenidos bajo la asesoría de un experto estadístico.

### **Análisis Estadístico**

Se presentó una tabulación numérica y porcentual, acompañada de un registro descriptivo y representado gráficamente a través de tablas.

Para la elaboración de datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2010 y para el paquete estadístico SPSS Windows, versión 22.0 para su análisis.

## RESULTADOS

Durante el período de estudio se registraron un total de 656 madres adolescentes con y sin el diagnóstico de sífilis, en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez” de las cuales un 72,25% (n= 474) corresponde a madres adolescentes sin sífilis y un 27,75% (n=182) con sífilis. A su vez a cada grupo mencionado se dividió los recién nacidos con y sin restricción del crecimiento intrauterino, obteniendo como resultado en las madres adolescentes con sífilis, un 74,72% (n=136) de recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino y un 25,27% (n=46) de recién nacidos sin restricción del crecimiento intrauterino. En relación a las madres adolescentes sin sífilis se obtuvo como resultado que el 28,90% (n=137) fueron recién nacidos con restricción de crecimiento intrauterino y el 71.10% (n=337) correspondió a recién nacidos sin restricción del crecimiento intrauterino (Tabla N°1).

Con respecto a los factores de riesgo sociodemográficos que predisponen a la sífilis congénita se caracterizó que en el grupo de madres adolescentes con sífilis predominó la procedencia urbana con un 90,10% (n=164), en relación al estado civil el grupo de madres adolescentes solteras ocuparon un 53,81% (n=106), dedicadas al oficios del hogar 77,50 % (n=141), las cuales poseían un grado de instrucción de secundaria incompleta representando un 39,56% (n=72), ocupando el IV estrato socioeconómico en la escala de Graffar un 90,60 % (n=165) y quienes refirieron haberse realizado entre 2 – 3 controles durante el embarazo equivalente a un 49,40 % (n=90) en las madres adolescentes con sífilis. (Tabla N°2).

En cuanto a la distribución de madres adolescentes con sífilis y restricción del crecimiento intrauterino según edad un 69,12 % (n=94) prevaleció la edad comprendida entre los 17 – 19 años de edad, etapa de la adolescencia tardía. La etapa

media cuyas edades van desde 14 a 16 años presentó 22,80% (n=31) y la etapa temprana de la adolescencia representó un 8,08% (n=11) (Tabla N°3).

Para el momento del diagnóstico de sífilis materna, la edad gestacional que prevaleció con un 70,88 % (n=129) fue la de mayor de 34 semanas (Tabla N°4).

Se puede evidenciar que 80,77 % (n=147) de los recién nacidos con el diagnóstico de sífilis fue de 8 puntos en el primer minuto después del nacimiento, y de ser evaluado según la escala de APGAR, y posteriormente a los 5 min después del nacimientos fue de 9 puntos con un 80,77 % (n=147), seguidos de 17,03% (n=31) para el puntaje de 8 puntos (Tabla N°5).

Con respecto al peso, el 72,80 % (n=99) de los recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) cursaron con bajo peso, mientras que el restante 27,20% (n= 37) estaban con un peso normal (Tabla N°6).

Referente al tipo de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) simétrico y asimétrico los resultados de las madres con sífilis fueron un 80,15% (n=109) una restricción de crecimiento intrauterino simétrico, mientras que el 19,85% (n=27) presentaron una restricción de crecimiento intrauterino asimétrico, que bajo esta misma premisa, se pudo evidenciar este patrón simétrico en el 69,34 % (n=95) y asimétrico 30,65 % (n= 42) de las pacientes que se encontraban sin sífilis (Tabla N°7).

En la tabla número 8 se puede apreciar que en el 46,15 % (n=84) de las madres adolescentes se administró penicilina benzatínica, dosis empleada de mayor prevalencia fue la monodosis (una aplicación), representando el 22,53 % (n=41) y cuyo tiempo de última administración fue menor de 1 mes en el 26,92 % (n=49) (Tabla N°8).



El 56,04 % (n=102) de las madres adolescentes presentaron una dilución 1:8 a la prueba VDRL, mientras que en el recién nacido lo más prevalente fue la dilución 1:64 en el 38,46 % (n=70) (Tabla N°9).

Alrededor de un 49,45 % (n=90) de las madres estudiadas presentaron reactividad ante la prueba treponémica por FTA – Abs, mientras que el resto estaban negativas (Tabla N°10).

En relación a la presencia o no de sintomatología de los recién nacidos con serología positiva un 64,78% (n=139) fueron asintomáticos y un 23,63% (n=43) presentaron sintomatología. Ahora bien, el grupo con RCIU y sintomático ocupó un 86,05% (n=37) y el grupo RCIU asintomático fue el 13,95 % (n=6). Dentro de las manifestaciones clínicas detectadas en recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino y sífilis congénita, el 37,93% (n=22) correspondió a la ictericia, un 18,97% (n=11) a la fiebre, un 13,79% (n=8) a la palidez, un 12,10% (n=7) a la hepatomegalia, un 15,51% (n=9) a la afectación neurológica y un 1,70% (n=1) a la presencia de exantema maculopapular (Tabla N°11).

Se pudo evidenciar durante los 5 años sometidos en estudio la presencia de 9 casos de neurosífilis, representando el 20,93 % (n=9) del total de 43 casos de sífilis sintomáticos, diagnosticados por clínica y a través del estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR), donde se determinaron hallazgos como linfocitosis > 5 células/ $\mu$ l, hiperproteínorraquia >45 mg/dl, hipogluconorraquia, VDRL reactivo, presuntivos de neurosífilis, en los 9 casos 100% (n=9). (Tabla N°12).

Tabla N°1

**Incidencia de recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino producto de madres adolescentes con diagnóstico de sífilis. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Periodo enero 2018 - diciembre 2022.**

<b>Población</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Madres adolescentes sin sífilis	474	72,25
Madres adolescentes con sífilis	182	27,75
<b>Total</b>	<b>656</b>	<b>100</b>
<b>Madres adolescentes con sífilis</b>		
Recién nacidos con restricción de crecimiento intrauterino	136	74,72
Recién nacidos sin restricción de crecimiento intrauterino	46	25,27
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100</b>
<b>Madres adolescentes sin sífilis</b>		
Recién nacidos con restricción de crecimiento intrauterino	137	28,90
Recién nacidos sin restricción de crecimiento intrauterino	337	71,10
<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.

Tabla N°2

**Características sociodemográficas de madres adolescentes con diagnóstico de sífilis y sus recién nacidos con y sin restricción del crecimiento intrauterino. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Periodo enero 2018 - diciembre 2022.**

<b>Procedencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Madres adolescentes con sífilis</b>		
Urbana	164	90,10
Rural	18	9,90
<b>Total:</b>	182	100
<b>Estado civil</b>		
<b>Madres adolescentes con sífilis</b>		
Soltera	106	53,81
Casada	3	2,74
Unión libre	73	43,59
<b>Total</b>	182	100
<b>Ocupación</b>		
<b>Madres adolescentes con sífilis:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Oficios del hogar	141	77,50
Estudiantes	31	18,35
Trabajo informal	7	3,60
Trabajo formal	3	0,63
<b>Total</b>	182	100
<b>Grado de instrucción</b>		

<b>Madres adolescentes con sífilis:</b>		
Primaria Completa	23	12,64
Primaria incompleta	15	8,24
Secundaria Completa	70	38,46
Secundaria Incompleta	72	39,56
Educación superior	1	0,55
Ninguno	1	0,55
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100</b>
<b>Estrato socioeconómico</b>		
<b>Madres Adolescentes con sífilis:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
I	-	-
II	-	-
III	7	3,85
IV	165	90,60
V	10	5,55
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100</b>
<b>Numero de controles</b>		
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.

**Tabla N°3**

**Distribución según la etapa de la adolescencia de madres adolescentes con sífilis y sus recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Periodo enero 2018 - diciembre 2022.**

<b>Edad</b>	<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
10 – 13	11	8,08
14 – 16	31	22,80
17 – 19	94	69,12
<b>Total</b>	136	100

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.

**Tabla N°4**

**Distribución de madres adolescentes según edad gestacional y primer momento de diagnóstico de sífilis. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez.  
Periodo enero 2018 - diciembre 2022.**

<b>Edad gestacional (Semanas)</b>	<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Menor de 12	14	7,69
12 – 34	39	21,43
Mayor de 34	129	70,88
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.

Tabla N°5

**Distribución de recién nacidos de madres adolescentes con diagnóstico de sífilis según puntaje de APGAR. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Periodo enero 2018 - diciembre 2022.**

<b>APGAR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Primer minuto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
8 puntos	147	80,77
7 puntos	31	17,03
6 puntos	1	0,55
5 puntos	3	1,65
4 puntos	-	-
<b>Total:</b>	182	100
<b>Quinto minuto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
9 puntos	147	80,77
8 puntos	31	17,03
7 puntos	1	0,55
6 puntos	3	1,65
5 puntos	-	-
<b>Total:</b>	182	100

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.

**Tabla N°6**

**Frecuencia de madres adolescentes con sífilis y sus recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y peso normal. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Período enero 2018 - diciembre 2022.**

<b>Peso</b>	<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Bajo peso	99	72,80
Normo peso	37	27,20
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.



**Tabla N°7**

**Distribución de madres adolescentes según tipo de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) de sus recién nacidos. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Período enero 2018 - diciembre 2022.**

<b>Tipo de RCIU</b>		
<b>Con sífilis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Asimétrico	27	19,85
Simétrico	109	80,15
<b>Total:</b>	136	100
<b>Sin sífilis</b>		
Asimétrico	42	30,65
Simétrico	95	69,34
<b>Total:</b>	137	100

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.

Tabla N°8

**Distribución de madres adolescentes con diagnóstico de sífilis según el tratamiento empleado y tiempo de última aplicación. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Periodo enero 2018 - diciembre 2022.**

<b>Tratamiento empleado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Penicilina benzatínica	84	46,15
Ceftriaxona	2	1,10
Ninguna	96	52,75
<b>Total:</b>	<b>182</b>	<b>100</b>
<b>Dosis empleada</b>		
1 dosis	41	22,53
2 dosis	26	14,29
3 dosis	18	9,89
Ninguno	97	53,30
<b>Total:</b>	<b>182</b>	<b>100</b>
<b>Tiempo de última aplicación</b>		
Menor de 1 mes	49	26,92
Mayor de 1 mes	37	20,33
Ninguna	96	52,75
<b>Total:</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.

Tabla N°9

**Proporcionalidad de las diluciones del VDRL materno y neonatal con diagnósticos presuntivos del lues connatal. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Periodo enero 2018 - diciembre 2022.**

<b>Diluciones VDRL Materno</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1: 2	18	9,89
1: 4	39	21,43
1: 8	18	9,89
1: 16	102	56,04
1: 32	5	2,75
<b>Total:</b>	182	100
<b>Diluciones VDRL Neonatal</b>		
1: 2	-	-
1: 4	-	-
1:8	13	7,14
1:16	47	25,82
1:32	52	28,57
1:64	70	38,46
<b>Total:</b> 182	100	

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.

**Tabla N°10**

**Distribución de madres adolescentes con diagnóstico de lues connatal confirmado por prueba treponémica FTA-Abs. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Periodo enero 2018 - diciembre 2022.**

<b>Prueba treponémica FTA Abs materna</b>	<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Reactivo	90	49,45
No reactivo	92	50,55
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.

Tabla N°11

**Manifestaciones clínicas detectadas en recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y sífilis congénita. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Período enero 2018 - diciembre 2022.**

	N	%
<b>Asintomática</b>	139	64,78
<b>Sintomática</b>	43	23,63
<b>Total:</b>	182	100
<b>RCIU</b>		
<b>Sintomático</b>	37	86,05
<b>Asintomático</b>	6	13,95
<b>Total:</b>	43	100
<b>Manifestaciones clínicas del RCIU</b>		
Ictericia	22	37,93
Fiebre	11	18,97
Palidez	8	13,79
Hepatomegalia	7	12,10
Afectación neurológica	9	15,51
Exantema maculopapular	1	1,70
<b>Total:</b>	58	100

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.

Tabla N°12

**Distribución de recién nacidos con neurosífilis producto de madres adolescentes con diagnóstico de sífilis. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Período enero 2018 - diciembre 2022.**

<b>Casos de neurosífilis</b>	<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Confirmado	9	4,95
No confirmado	173	95,05
<b>Total</b>	182	100
<b>Neurosífilis</b>	9	20,93
<b>Otras</b>	34	79,07
<b>Total Rn Sintomáticos</b>	43	100
<b>Hallazgos del LCR</b>		
<b>Punción Lumbar</b>	9	100%
Linfocitosis >5 células/ $\mu$ l,	9	
Hiperproteinorraquia >45 mg/dl	9	
VDRL Reactivo	9	
	<b>Total: 9</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Hoja protocolar de datos.

## DISCUSIÓN

La sífilis ha venido en aumento en los últimos años, durante el período de estudio se registraron un total de 182 madres adolescentes con el diagnóstico de sífilis, en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez” representando un 27,75% de la población universal estudiada (n=656) tomando en cuenta la presencia o no de restricción del crecimiento intrauterino en los recién nacidos, obteniendo como resultado en éstas madres adolescentes con sífilis, un 74,72% de recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino y un 25,27% de recién nacidos sin restricción, situación similar se presentó en el estudio de Forte et al (2012) quienes reportaron en su investigación en el estado Carabobo (Venezuela), que más del 30% de las mujeres embarazadas son adolescentes, propensas a tener problemas en salud sexual y reproductiva.

Así mismo Henríquez (2020), en su estudio “Caracterización clínica y epidemiológica de la sífilis congénita en neonatos” en el estado Lara (Venezuela) refiere sobre la recrudescencia de la sífilis adquirida por contacto sexual y por ende hay aumento de la sífilis congénita, reportando 40 embarazadas con sífilis y a su vez, 33 casos de sífilis congénita para el mismo año.

Del mismo modo resultados de un estudio desarrollado en Paraguay y realizado por Montiel, M. et al., (2019) señalan que en los últimos años se ha sumado 3.128 casos de sífilis en edades muy tempranas en relación con los infractores inmigrantes procedentes de Venezuela, pues en la institución donde se llevó a cabo la investigación los infectados por sífilis aumentó en un 4.8 % para los individuos entre 15 y 19 años, demostrando que en los últimos años los adolescentes han apresurado el inicio de su vida sexual, aumentando el riesgo de contraer sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual.

Un artículo publicado por el portal armando.info, (2020) el cual se titula "Sin prevención ni defensa, la sífilis recorre las salas de parto venezolanas", expone: "En Venezuela durante el año 2019 se han contabilizado 10.967 personas (adultos) que contrajeron alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS), de los cuales 1.725 resultaron positivos al VIH frente a los 1.038 que resultaron reactivos a Sífilis." Él mismo, contrasta con el reporte de 338 casos de Sífilis en adultos durante todo el 2018, y que solo para el mes de agosto de 2019 se tenían registrados 1.038 casos de Sífilis en adultos. Esto hace entender que a mayor número de adultos con Sífilis, el reporte de casos de Sífilis congénita también es sumamente alta. Igualmente hace referencia que según ONUSIDA Venezuela, la prevalencia de la Sífilis en la población adulta del país es de entre 5% y 7%.

Mientras, que para el MPPS solo en el 2019 se registraron 309 mujeres gestantes que padecían Sífilis, de los cuales se reportan solo 176 niños nacidos con Sífilis congénita (hasta el mes de agosto), que representa un aumento del 54% respecto al 2018 en el que se registraron 80 niños nacidos con Sífilis congénita de los cuales fallecieron solo 52 (esto a su vez contrasta con el registro de 14 niños fallecidos por causa de Sífilis congénita en el año 2014), contrastando en la misma investigación que en tan solo tres centros hospitalarios de la ciudad de Caracas, capital de la República Bolivariana de Venezuela, se contabilizaron un total de 136 niños con Sífilis congénita, lo cual representa el 77% de la data obtenida del MPPS. Aparte, hasta la primera semana del mes de diciembre de 2019, solo en el Hospital Miguel Pérez Carreño se registraron 33 hospitalizados por Sífilis congénita, en el Hospital Universitario de Caracas 26 y 7 en Hospital JM de los Ríos (todos estos ubicados en la ciudad de Caracas).

Con respecto a los factores de riesgo sociodemográficos que predisponen a la sífilis congénita se caracterizó que el 90,10% del grupo de madres adolescentes con sífilis predominó la procedencia urbana, solteras en un 53,81%, dedicadas al oficios



del hogar en un 77,50 %, las cuales poseían un grado de instrucción de secundaria incompleta 39,56% ocupando el IV estrato socioeconómico en la escala de Graffar, en un 90,60 % y quienes refirieron haberse realizado entre 2 – 3 controles durante el embarazo equivalente a un 49,40 %, hecho que se aproxima a los resultados obtenidos en el estudio de Silva (2016) quien encontró que 93 % eran de la localidad, 61 % con un estado civil soltera y un 63 % con estudios a nivel de secundaria, siendo el 83 % de los embarazos estaban mal controlados, asimismo Carrillo y Fuentes (2021) determinó que el 50% de las féminas afirmaron un embarazo no controlado a pesar de haber presentado infecciones durante el desarrollo del embarazo, siendo gran parte de estas solteras, dedicadas a los oficios del hogar, no obstante, difiere del trabajo de investigación propuesto por Aguilar (2014) quien resaltó que el 93,5 % de las pacientes estudiadas eran amas de casa, con un grado de instrucción a nivel de secundaria (56 %), en su mayoría solteras (77 %) y un estrato socioeconómico medio (68 %), a su vez, Rojas (2023) resaltó que el 56,7 % de las pacientes tenían estudios universitarios y de procedencia urbana en 58,7 %, por otro lado, Solis (2019) indicó que el 41 % tienen un grado de instrucción a nivel de primaria, con un estado civil soltera en 45 %, dedicadas al hogar en el 94 %.

Con respecto a la distribución de madres adolescentes con sífilis y restricción del crecimiento intrauterino según edad un 69,12 % (n=94) prevaleció la edad comprendida entre los 17 – 19 años de edad, donde 70,88 % y tenían una edad gestacional mayor de las 34 semanas al momento de realizar el diagnóstico de sífilis, hecho que se aproxima al trabajo de investigación de Silva (2016) quien encontró que el promedio de edad fue de  $24,2 \pm 6,93$  años de edad, con un mínimo de 16 años, un máximo de 33 años con una edad gestacional superior a las 37 semanas en la mayoría de los casos, pero difiere del estudio de Linares (2017) donde indicó que 68,33 % tiene una edad superior a los 24 años, en el cual, 75 % de las mujeres embarazadas se controlaron el embarazo. Así como también, al estudio de Rojas (2023) que exclamó que el mayor número de gestantes con serología positiva para sífilis se encontró en el

rango de 18 - 29 años (72,4%) y 38,5 % de las pacientes tenían menos de 16 semanas de gestación. A su vez, Solis (2019) determinó que el 76 % de las pacientes estudiadas eran menores de 25 años y destacó que 44 % de las gestantes estaban entre las 33 – 42 semanas, mientras que Aguilar (2014) describió que la mayoría de pacientes con sífilis tenía entre 20 a 35 años de edad equivalente a 64.5%, en el cual, 61,5 % tuvieron un embarazo mal controlado.

Se puede evidenciar que 80,77 % de los recién nacidos con el diagnóstico de sífilis fue de 8 puntos en el primer minuto después del nacimiento, y de ser evaluado según la escala de APGAR, y posteriormente a los 5 min después del nacimiento fue de 9 puntos con un 80,77 % seguidos de 17,03% para el puntaje de 8 puntos, el cual se aproxima a los resultados obtenidos en el estudio de Rojas (2023) quien determinó que el 67 % de los recién nacidos presentaron 8 puntos en el primer minuto posterior a la aplicación del test de Apgar, es decir, la mayoría de los pacientes tenían valores normales lo cual coincide con lo señalado por Silva et al (2016). Por otro lado, difiere del estudio de Solis (2019) establece que el 97 % de los neonatos presentaron 9 puntos en el primer minuto al aplicar la escala de APGAR.

Con respecto al peso, el 72,80 % de los recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), cursaron con bajo peso, y referente al tipo de RCIU simétrico y asimétrico, los resultados de las madres con sífilis fueron un 80,15% de restricción de crecimiento intrauterino simétrico, mientras que el 19,85% presentaron una restricción de crecimiento intrauterino asimétrico, dichos resultados son similares obtenidos por Torales, G. y Zacur, M. (2010) donde 64% de los RN fueron prematuros, con una media de edad de  $33,1 \pm 3,1$  semanas, 84,9% presentaron RCIU simétrico, cuyas causas más frecuentes de RCIU fueron la hipertensión materna 33,5%, madre adolescente 25,9%, madre añosa 17%, embarazo gemelar 13%, e infecciones del grupo TORCHS 6,5%. En diferencia del estudio de Rybertt et al., (2016) quien señaló una incidencia de 53 % de RCIU simétrico en las mujeres

estudiadas, asimismo Chacón (2019) determinó que 51 % de los nacimientos fueron de sexo masculino y 49 % de sexo femenino, el peso medio al nacer fue de  $2261.31 \pm 464$  gramos considerándose bajo peso, debido a la restricción del crecimiento que estos mismos poseían, mientras que Henríquez et al. (2019) señalaron que 52% de los neonatos eran de sexo masculino, cuyo peso del neonato osciló entre 2501 a 4000 gramos, con una tendencia hacia el peso normal estándar.

En 46,15 % de las féminas se administró penicilina benzatínica VIM, en monodosis en 22,53 %, cuyo tiempo de última aplicación fue menor de 1 mes antes del nacimiento en un 26,92%, predominando ninguna aplicación de tratamiento antes del nacimiento en un 52,75%, el cual, difiere del estudio de Silva (2016) quien señaló que 91 % de las pacientes se les administro penicilina benzatínica VIM en una proporción de 2 a 3 dosis, a su vez, Canales (2021) estableció que el tratamiento tanto para la madre como en los hijos fue a base de penicilinas en un 100 %, con un intervalo de aplicación semanal en un periodo de tiempo menor de 1 mes, mientras que Rojas (2023) resaltó que 61,32 % de las pacientes cumplieron con el tratamiento para sífilis durante su embarazo a base de penicilina benzatínica, siendo indispensable para la prevención de complicaciones en el neonato.

Al interpretar el VDRL 56,04 % de las madres presentaron una dilución 1:16, mientras que en el recién nacido fue de 1:64 (38,46 %), asimismo mostraron reactividad ante la prueba treponémica por FTA – Abs (49,45 %), hecho que se aproxima a los resultados obtenidos en el estudio de Carrillo y Fuentes (2021) quienes obtuvieron que 54 % de los pacientes tuvieron prueba VDRL reactivo con diluciones que oscilaban entre 1:6 y 1:8, evidenciándose el proceso infeccioso en el 34 % de los casos, no obstante, Canales (2021) señaló la presencia de VDRL en el 13,2 % de los pacientes con una dilución 1:8 en el 59,4 % de los casos y un FTA positivo en el 53 % de los casos estudiados, siendo significativo ya que proporciona

información infalible sobre la incidencia de dicha enfermedad y con ello establecer medidas preventivas en un futuro.

Por otro lado, difiere del estudio de Rojas (2023) quien determino que el trimestre en el que se diagnosticaron la mayor parte de los casos fue el primero (38,5%) con un VDRL reactivo en 1:8 diluciones siendo lo más significativo encontrado, a su vez, Solis (2019) señaló que 19 % de las pacientes tuvieron VDRL positivo durante su embarazo confirmado con un FTA – Abs en el 7 % de los casos. En otro estudio descrito por Aguilar (2014) indicó que 67,7 % de los casos el diagnostico de sífilis fue en el puerperio inmediato con prueba FTA confirmatoria en el 62 % de las madres. Linares (2017) resaltó que del total de mujeres embarazadas evaluadas solo 0,9 % fueron reactivas, mientras que Henríquez et al. (2019) señalaron que 78,4% de los casos presentaron VDRL no reactivo en LCR mientras que 72,5% mostraron VDRL reactivo en sangre, siendo lo más predominante obtenido en este estudio.

La presencia o no de sintomatología de los recién nacidos con serología positiva un 64,78% fueron asintomáticos y un 23,63% presentaron sintomatología, relacionando las manifestaciones clínicas detectadas en recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino y sífilis congénita, el 40% correspondió a la ictericia, un 20% a la fiebre, un 14,54% a la hepatomegalia, un 10,91% a la afectación neurológica y un 1,82% a la presencia de exantema maculopapular, hecho similar de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación de Silva (2016) quien señalo que las manifestaciones clínicas más llamativas ictericia 20%, anemia 15% y asintomáticos 32,5%, así mismo, Henríquez et al. (2019) menciona, que las manifestaciones clínicas y paraclínicas más frecuentes fueron ictericia (41,2%), leucocitosis (16,7%) y periostitis (12,8%). Igualmente, Arévalo (2019) determinó que de los pacientes que ingresaron solo 8 presentaron signos clínicos de sífilis precoz como descamación palmar, hepatomegalia, petequias, eritema ampolloso y

alteraciones óseas, no obstante, Canales (2021) indicó que la anemia estuvo presente en 13 % y la disnea un 39,6%,

Durante los 5 años que fueron estudiados se observó 9 casos de neurosífilis representando un 20,93% (n=9) del total de 43 casos de sífilis sintomáticos, diagnosticados por clínica y a través del estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR), donde se determinaron hallazgos como linfocitosis > 5 células/ $\mu$ l, hiperproteinorraquia > 45 mg/dl, hipogluconorraquia, VDRL reactivo, presuntivos de neurosífilis, Estos resultados similares al estudio de los Vallejo, C. (2013) donde se diagnosticaron en total 30 casos compatibles con SC, con una frecuencia en la institución de 1 caso por cada 64 nacimientos, de estos 66% fueron asintomáticos, 13,3% prematuros y 16,6% tuvieron bajo peso al nacer. Se hizo el seguimiento a 19 de 28 niños (67,8%), incluyendo a la mayoría de los sintomáticos y los dos casos con neurosífilis. Todos los pacientes tuvieron curación de la enfermedad sin secuelas clínicas cumpliendo con la definición de curación. Se evidencia la alta incidencia de la enfermedad, la falla en la prevención de la misma, la expresión variada en su presentación y la efectividad del tratamiento en el periodo neonatal.

## CONCLUSIONES

- En el período de estudio de un total de 656 madres adolescentes, en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez” un 27,75% (n=46) se les diagnosticó sífilis, y cuyos recién nacidos presentaron un 74,72% (n=136) de restricción del crecimiento intrauterino.
- La distribución de madres adolescentes con sífilis y restricción del crecimiento intrauterino según edad un 69,12 % (n=94) prevaleció la edad comprendida entre los 17 – 19 años de edad
- Los factores de riesgo sociodemográficos que predisponen a la sífilis congénita de mayor prevalencia fueron: procedencia urbana 90,10% (n=164), solteras 53,81% (n=106), dedicadas a oficios del hogar 77,50% (n=141), con un grado de instrucción a nivel de secundaria incompleta 39,56% (n=72), en un estrato socioeconómico IV 90,60% (n=165) quienes refirieron realizarse 2 – 3 controles en un 49,40% (n=90).
- La edad gestacional que prevaleció para realizar el diagnóstico de sífilis con un 70,88% (n=129) fue la de mayor de 34 semanas
- Al aplicar la escala de APGAR, se pudo evidenciar en el primer minuto 80,77% (n=147) cursaron con un valor 8 puntos, y al quinto minuto prevaleció 9 puntos con un 80,77% (n=147) en los neonatos.
- En los neonatos, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), producto de madres adolescentes con sífilis, cursaron con bajo peso en un 72,80%

(n=99) y dentro de ésta restricción predominó con un 80,15% (n=109) el tipo simétrica.

- Las madres adolescentes con sífilis 46,15% (n=84), recibieron penicilina benzatínica en monodosis 22,53% (n=41), cuyo tiempo de última aplicación fue menor de 1 mes antes del nacimiento, en 26,92% (n=49).
- Al interpretar el VDRL el 56,04% (n=102) de las madres presentaron una dilución 1:16, asimismo mostraron reactividad ante la prueba treponémica por FTA – Abs en un 49,45% (n=90), mientras que en el recién nacido la dilución mayormente observada en 38,46% (n=70) fue de 1:64.
- En cuanto a la presencia o no de sintomatología de los recién nacidos con serología positiva un 64,78% (n=139) fueron asintomáticos y un 23,63% (n=43) sintomáticos. Dentro de las manifestaciones clínicas (signos y síntomas) presentadas en los recién nacidos con RCIU y sífilis congénita, en orden descendentes tenemos: con un 40 % (n=22) ictericia, un 20% (n=11) fiebre, un 14,54% (n=8) hepatomegalia, un 10,91% (n=6) afectación neurológica y un 1,82% (n=1) exantema maculopapular.
- Se registraron 9 casos de neurosífilis durante el desarrollo del estudio que representa el 20,93 % (n=9) del total de 43 casos de sífilis sintomáticos, diagnosticados por clínica y a través del estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR), se determinaron hallazgos como linfocitosis > 5 células/ $\mu$ l, hiperproteínorraquia >45 mg/dl, hipogluconorraquia, VDRL reactivo en LCR presuntivos de neurosífilis.

## RECOMENDACIONES

- Implementación de la consulta diferenciada y amigable de adolescente las cuales van apoyar las diferentes estrategias que van encaminadas a proteger la salud del adolescente, para promover la atención a los adolescentes, abordar la salud sexual y reproductiva, disminuir la incidencia de embarazo precoz, así como también de otras enfermedades
- Promover servicios de salud sexual y reproductiva con acceso a la anticoncepción, métodos de prevención de Infección de transmisión sexual, así como de asesorías y consejerías adecuada a las necesidades y expectativas de los adolescentes incluyendo la familia y comunidad.
- Fomentar en las pacientes a mantener un control adecuado antes, durante y después del embarazo, siendo fundamental la evaluación del estado de salud, detectar factores de riesgo y así prevenir complicaciones y garantizar un embarazo saludable y el bienestar del binomio madre hijo.
- Promoción de los derechos sexuales y reproductivos a través de la implementación de políticas públicas focalizadas en los adolescentes, a través de charlas educativas, actualización de los programas de salud sexual y reproductiva.
- Fortalecimiento de la educación desde edades tempranas basadas en las habilidades para la vida que favorezcan, poniendo en práctica los conocimientos, sobre la sexualidad y sus derechos.



- Monitorizar las pacientes que padezcan de alguna enfermedad de transmisión sexual de manera rigurosa.
- Educar a las pacientes acerca de la importancia de los mecanismos de barrera y las relaciones sexuales durante el embarazo.
- Concientizar a la población sobre la importancia de protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual durante el embarazo.
- Explorar otras áreas de estudio que involucren otras enfermedades de transmisión sexual y su grado de afectación al neonato.
- Fomentar la recolección completa de las medidas antropométricas al momento de la evaluación de los recién nacidos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilante, C., Durán, J., Ahumada, E., Sandoval, A. 2021. Recién nacido con pénfigo sifilítico en tiempos de pandemia Rev Chilena Infectol. 38(6):800-804.
- Aguilar, R. 2014. Factores de riesgo de Sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. Trabajo de Grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Andrade, F., García, J., Ramos, R., Segura, J., Urbano, G., Pérez, V., García, M., Camargo, L. 2011. Diagnóstico y Tratamiento de la Restricción Del Crecimiento Intrauterino. Evidencias y Recomendaciones. Instituto Mexicano del seguro social. Catalogo Maestro De Guías De Práctica Clínica: IMSS-500-11. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
- Arellano, J., López, C., Barreras, B. 2017. Prevalencia de sífilis congénita en tres hospitales públicos de Baja California, México, 2012-2015 Salud pública Méx, 59(5): 503-504.
- Arévalo, K. 2019. Prevalencia de sífilis congénita en neonatos atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales. Hospital Abel Gilbert Pontón. 2013 – 2015. [Documento en línea] Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/1160/1089> [Mayo, 2024].

- Ayala, F., Guevara, E., Carranza, C., Luna, A., Moreno, K. 2021. Prevalencia y factores obstétricos asociados a restricción del crecimiento fetal intrauterino. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 10(4):36-43.
- Berman, S. 2004. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ.* 82(6):433-8.
- Breeze AC. 2007. Infectious diseases of the fetus and newborn infant, 6th edn. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* Mar; 92(2):F156. doi: 10.1136/adc.2006.102566. PMID: PMC2675473.
- Bombí, I. 2021. Sífilis: etapas, síntomas, tratamiento y más. *Salud Blogs Mapfre.* Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/trnsmisión-sexual/sífilis/>
- Cáceres-Burton, Karen. (2019). Informe: Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017. *Revista chilena de infectología*, 36(2), 221-233. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000200221>
- Canales, C. 2021. Caracterización de sífilis congénita en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. 2018 – 2019. Trabajo de Grado. Universidad Nacional Autónoma de México. Hermosillo, México. 41 pp.
- Cárdenas, E., Bedoya, E., Domínguez, Y., Manrique, E. 2020. Identificación de acciones de salud en el Programa de Control de Sífilis en gestantes, Cartagena de Indias, 2016. *Nova.* 18 (33) Bogotá Jan/June 2020

- Carrillo, L., Fuentes, Y. 2021. Caracterización de la sífilis congénita en recién nacidos hijos de madres venezolanas atendidos en la ESE Hospital Niño Jesús de Barranquilla. Años 2016 – 2019. Trabajo de Grado. Universidad Libre de Colombia. Barranquilla, Colombia. 61 pp.
- Catán, C., Seitz, S., Sapag, F., González, J., Salas, F., Contreras, F. 2021. Situación epidemiológica de la sífilis en Chile. *Revista Confluencia*, 4(2): 26-29.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) 2019. Diagnóstico y tratamiento de ictericia neonatal. Evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPCIMSS-262-19/ER.pdf> [Agosto 2023]
- Cifuentes, M., Ojeda, C. 2013. Sífilis congénita en el Instituto Materno Infantil-Hospital la Victoria, Bogotá. [Documento en línea] Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis.pdf> [Mayo, 2024].
- Conde, A., Belizán, J., Díaz, J. 2000. Epidemiology of fetal death in Latin America. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 79(5):371-378.
- Desay, N. 2004. Intrauterine Growth Retardation (Small for Gestational Age Infant). *Neonatology: Management, procedures, on-call problems, diseases and drugs*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill. 5th ed.

- Di Mario, S., Say, L., Lincetto, O. 2007. Risk factors for stillbirth in developing countries: a systematic review of the literature. *Sex Transm Dis.* 34 (7):11-21.
- Enbiale, M., Getie, A., Haile, F., Tekabe, B., Misekir, D. 2021. Magnitude of syphilis sero-status and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Jinka town public health facilities, Southern Ethiopia, 2020. *Plos one* 2021; 16 (9): e0257290. doi: 10.1371/journal.pone.0257290. PMID: 34506600; PMCID: PMC8432762.
- Erazo, L., García, J., Sotelo, S., Rivera, S., Reyes, S., Campos, K. 2023. Sífilis gestacional: análisis de factores de riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015-2020) *Ginecol. Obstet. Méx.* 90 (11).
- Flores, M., Nava, G., Arenas, L. 2017. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública *Rev. Salud Pública.* 19 (3): 374-378.
- Fenton, T., Kim, J. 2013. Tablas de crecimiento para infantes prematuros. *BMC Pediatrics* 13:59
- Fondo de las Naciones Unidas (Unicef Venezuela) 2018. Adolescencia una etapa fundamental. UNICEF Nueva York. Disponible en: [https://www.unicef.org/pub\\_adolescence\\_sp.pdf](https://www.unicef.org/pub_adolescence_sp.pdf) [Agosto 2023]
- Fondo de las Naciones Unidas (Unicef Venezuela) 2019. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia

documento oficial. Disponible en:  
<https://www.unicef.org/venezuela/informes/protocolos-de-atenci%C3%B3n-cuidados-prenatales-y-atenci%C3%B3n-obst%C3%A9trica-de-emergencia> [Documento en línea] [Agosto 2023]

Fundación Centro de Estudios Sobre Crecimiento y Desarrollo Humano de la Población Venezolana. (FUNDACREDESA) 1994. Sociedad y Estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas Venezuela. Disponible en: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAS1798.pdf> [Octubre 2023]

Gigena, S., Moyano, M., Rodríguez, Y., Romero, V. 2022. Proyecto de investigación conocimientos y actitudes sobre sífilis adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años. Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Lucini. Ciudad de Córdoba. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/29599/LIBRO%20CONOCIMIENTO%20Y%20ACTITUDES%20GIGENA%20MOYANO%20RODRIGUEZ%20ROMERO..pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Septiembre 2023]

Godfrey, J., Walker, G., Walker, D. 2007. Congenital syphilis: A continuing but neglected problem. *Rev Semin Fetal Neonatal Med*; 12(3):198-206.

Goldenberg, R., Thompson, C. 2003. The infectious origins of stillbirth. *Rev Am J Obstet Gynecol*. 189(3): 861–873.

- Gomella, T., Cunningham, M., Eyal, F., Tuttle, D. 2013. Restricción del crecimiento intrauterino (pequeño para la edad gestacional). *Neonatología: Manejo, Procedimientos, Problemas de Guardia, Enfermedades y Medicamentos*, 7e. McGraw-Hill. Disponible en: <https://accesspediatrics.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1303&ionid=79658817>
- Gutiérrez, L., Víquez, M., Valverde, K. 2022. Sífilis congénita: una enfermedad engañosa *Revista Médica Sinergia* 7(6) e: 846.
- Guzmán, L. 2015. Programa de educación sexual dirigido a padres, madres y representantes para la prevención del embarazo en adolescentes de educación media general. Universidad Central de Venezuela. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/18378/1/Completa.pdf> [Septiembre 2023]
- Hackett, C.J. 1963. On the origin of the human treponematoses. *Bulletin World Health Organization*. 29(1):7-41.
- Hailu, K., y Gebretsadik, A. 2020. Determinants of gonorrhoea and syphilis infections among pregnant women attending antenatal clinic at Dilla University Referral Hospital, Ethiopia: Unmatched case-control study. *Womens Health (Lond)*; 16: 1745506520940095.
- Henríquez, C., García, F., Carnevalle, M. 2019. Caracterización clínica y epidemiológica de la sífilis congénita en neonatos. Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. *Boletín Médico De Postgrado*, 36(1), 19-25. Disponible en:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119376/henriquez-et-al.pdf>

Herrera, A., Rodríguez, T., Suárez, A., Hernández, B. 2013. El sistema inmune neonatal y su relación con la infección. *Alergia, Asma e Inmunol Pediatr.* 22 (3): 101-113.

Ingall, D., Sánchez, P. 2001. Syphilis. In: Remington JS, Klein JO, eds. *Infectious diseases of the fetus and newborn infant.* 5th ed. Philadelphia: Saunders; p. 643-81

Jiménez, A., Granados, J., Rosales, R. 2017. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. *Salud pública Méx* 59 (1).

Lattari, A. 2022. Recién Nacido Pequeño Para La Edad Gestacional. Manual MSD. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ve/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacido-peque%C3%B1o-para-la-edad-gestacional-peg> [Octubre 2023]

Leal, E., Campos, I., Pardo, M., Vázquez-Rodríguez, E. y García-Jiménez, E. 2011. Sífilis y embarazo. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 38 (3) 114-117

Lee, W., Schwartz, D., Rice, R., Larsen, S. 1994. Syphilitic endometritis causing first trimester abortion: a potential infectious cause of fetal morbidity in early gestation. *South Med J.* 87(12):1259-61.



- Lendado T., Tekle, T., Dawit, D., Daga, W., Diro, Ch., Arba, M., Tekle, T. 2022. Determinants of syphilis infection among pregnant women attending antenatal care in hospitals of Wolaita zone. Southern Ethiopia.17 (6): e0269473. doi: 10.1371/journal.pone.0257290. PMID: 34506600; PMCID: PMC8432762
- Linares, M. 2018. Test de Apgar. Atención Temprana UMA. Universidad de Málaga.
- Linares, N. 2017. Prevalencia de sífilis gestacional en la clínica santa Beatriz de Palmira. [Documento en línea] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n1/0120-8705-cesm-31-01-00.pdf> [Mayo, 2024].
- Madazli, R. 2004. Correlación de la histomorfología de la placenta y del lecho placentario con la velocimetría doppler de las arterias uterinas y umbilical. Sociedad Iberoamericana de información científica. Department of Obstetrics and Gynecology Cerrahpasa Medical Faculty University of Istanbul, Turkey. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/70413>
- Macana, C. 2022. Identificación y pronóstico de sífilis congénita mediante técnicas de Aprendizaje Automático para las localidades de Usme, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Sumapaz (Bogotá D.C.). Los Libertadores Fundación Universitaria. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11371/5170>.
- Macêdo, V., Cabral, P., Germano, P., Delgado, L., Ferreira, S., Alencar, R. 2017. Risk factors for syphilis in women: case-control study. Rev Saúde Pública; 51: 78.

- Maddaleno, M. 2007. Salud Sexual y Reproductiva. OEA más derechos para más gente. Disponible en: [https://www.oas.org/es/youth/Salud\\_Sexual\\_y\\_Reproductiva.asp](https://www.oas.org/es/youth/Salud_Sexual_y_Reproductiva.asp) [Agosto 2023]
- Maronezzi, G., Bricchi, G., Martins, D., Do Prado, C. Molena, C. 2020. Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia. *Enferm. glob.* 19 (57)
- Mendoza, L., Arias, M. Mendoza, L. 2012. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 77 (5)
- Ministerio del Poder Popular para la Salud, UNFPA, OMS, UNICEF 2013. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Primera edición. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf> [Octubre 2023]
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA 2014. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. GPC-2014-41 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-guia-corta-sifilis.pdf> [Agosto 2023]
- Morales, A. 2009. Factores sociodemográficos maternos que predisponen a la presencia de sífilis congénita en el neonato *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 17 Octubre 2009 - Marzo 2010 Disponible

en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5021215>  
[Septiembre 2023]

Muñoz, D. 2012. Evaluación en atención temprana. Banco de recursos sobre la Evaluación en Atención Temprana .Disponible en: <https://evaluacionatenciontemprana.wordpress.com/2012/10/18/test-de-apgar> [Octubre 2023]

Neira, M., Donaires, L. 2019. Sífilis materna y complicaciones durante el embarazo. An. Fac. med. 80 (1) Lima ene/mar.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS) 2022. Sífilis Congénita. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sifilis>. [Agosto 2023]

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS) 2022. Ante tendencia de aumento de sífilis y sífilis congénita en algunos países de las Américas, la OPS pide reforzar acciones de salud pública. Boletín 5 de julio 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-7-2022-ante-tendencia-aumento-sifilis-sifilis-congenita-algunos-paises-americas-ops-pide> [Agosto 2023]

Osorio, M., Santos, G., Torres, D., González, G., Moreno, E., Heredia, D. 2020. Sífilis congénita temprana, serie de casos y descripción anatomopatológica. Rev Latin Infect Pediatr. 33(3):149-155.

- Pimiento, L., Beltrán, M. 2015. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo Rev. chil. obstet. ginecol. 80 (6).
- Pineda, R., Villasis, M. 2017. Sífilis congénita: un problema vigente. Rev Mex Pediatr. 84(2):45-47.
- Porter, S., Qureshi, R. Benenson, I. 2018. Comprender la sífilis congénita. Rev. Infants & Young Children, 31 (4), 287-296.
- Rodríguez, M., Insaurralde, A., Páez, M., Mendoza, L., Castro, A., Giménez, G. 2012. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sífilis materna: adolescentes embarazadas. Hospitales de referencia en Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 10(1) Junio 2012: 76-84.
- Rojas, A. 2023. Prevalencia de sífilis gestacional en la región Lambayeque, Perú en el período 2016-2019. Trabajo de Grado. Universidad Católica Santo Toribio de Mongrovejo. Chiclayo, Perú.
- Romero, M., Galeano, H., Rott, M., Villalba, E., Maldonado, F. 2021. Caracterización de madres y recién nacidos con sífilis congénita, alojados en internación conjunta en una maternidad de la ciudad de Corrientes, en el período Enero a Diciembre de 2019. Libro de Artículos Científicos en Salud. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes Argentina. Disponible en: [https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2021/10/2021\\_04.pdf](https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2021/10/2021_04.pdf) [Septiembre 2023]

- Salvia, M., Álvarez, E., Bosch, J., Goncé, A. 2008. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neonatología. p. 177-187
- Scacchi, M., Velde, J., Vergara, R., Rivas, M., Analis, S., López, P. 2020. Restricción de crecimiento intrauterino. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 1(5).
- Sheffield, J., Sanchez, P., Wendel, G., Fong, D., Margraf, L., Zeray, F., McIntire, D. 2002. Histopatología placentaria de la sífilis congénita. Rev Obstet Gynecol. 100(1):126-33.
- Silva A, Boisb F, Duroc E. 2016. Seguimiento de casos. Diagnóstico de situación en un hospital de la provincia de sífilis congénita. Rev Hosp Niños (B. Aires); 58(262): 127-135.
- Solis, L. 2019. Prevalencia de la sífilis en las embarazadas que consultan en el Hospital Distrital de la Ciudad de Hernandarias [Documento en línea] Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/artie/view/405> [Mayo, 2024].
- Soto, M., Contreras, M. Becerra, R. 2017. Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/los-cambios-en-el-proyecto-de-vida-de-la-adolescente-embarazada/> [Agosto 2023]
- Tareke, K., Munshea, A. Nibret, E. 2019. Seroprevalence of syphilis and its risk factors among pregnant women attending antenatal care at

Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Res Notes* 12, (69).

Tesini, B. 2022. Sífilis en recién nacidos. Manual MSD. Disponible en: [https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/salud-infantil/infecciones-de-losreci%C3%A9n-nacidos#S%C3%ADntomas\\_v40477997\\_es](https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/salud-infantil/infecciones-de-losreci%C3%A9n-nacidos#S%C3%ADntomas_v40477997_es)

Ticona M., y Huanco, D. 2007. Retardo de Crecimiento Intrauterino en el Perú según curva nacional de crecimiento fetal. Incidencia y resultados perinatales. *Et Vita* 2(2).

Torales, G., Galarza, P., Soto, V. 2019. Diagnóstico y tratamiento de sífilis. Recomendaciones para los equipos de salud. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina. Disponible en: <https://www.sau-net.org/capitulos/infecciones/guia-sifilis-2019.pdf> [Agosto 2023]

Torales, G., Zacur, M. 2010. Restricción de crecimiento intrauterino. Causas, características clínicas, y evaluación de factores asociados a policitemia sintomática. *Rev. bol. ped.* 49 (3), 218-230. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752010000300006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752010000300006&lng=es&tlng=es).

Uribe, G., Gómez, R., Bernal, B., Saldarriaga, O., Núñez, L., Traslaviña, C., Zabala, G. 2014. Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS. Colombia Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/CA/gpc-completa-evidencia-cientifica-vih-sida-adolescentes-adultos.pdf> [Octubre 2023]

Valenti, E., Avila, N., Amenabar, S., Zanuttini, E., Crespo, H. 2017. Actualización de Consenso de Obstetricia FASGO 2017: “RCIU (Restricción del Crecimiento intrauterino)” Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: [https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion\\_consenso\\_RCIU\\_FASGO\\_2017.pdf](https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_consenso_RCIU_FASGO_2017.pdf) [Octubre 2023]

Velásquez, C. 2013. Sífilis congénita. *Rev Peru Investig Matern Perinat* 2(1):49-56

Wijesooriya, N., Rochat, R., Kamb, M., Turlapati, P., Temmerman, M., Broutet, N., Newman, L. 2016. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *Lancet Glob Heal.* 4 (8): e525-e533. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30135-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30135-8). PMID: 27443780; PMCID: PMC6759483.

## **APÉNDICES**



**Apéndice A**

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
«Dr. Francisco Battistini Casalta»  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA

**FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nombre y apellido del R.N: \_\_\_\_\_

No. De la historia clínica: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la madre: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

**Edad de la madre:**

Entre 10 y 13 años: \_\_\_\_\_

Entre 14 y 16 años: \_\_\_\_\_

Entre 17 y 19 años: \_\_\_\_\_

**Área de residencia:**

1. Urbano: \_\_\_\_\_

2. Rural: \_\_\_\_\_

**Ocupación de la madre:**

1. Oficios del Hogar: \_\_\_\_\_

2. Estudiante: \_\_\_\_\_

3. Trabajadora Informal: \_\_\_\_\_
4. Trabajadora formal: \_\_\_\_\_
5. Otro: \_\_\_\_\_

**Nivel educativo de la madre:**

1. Primaria completa: \_\_\_\_\_
2. Primaria incompleta: \_\_\_\_\_
3. Secundaria completa: \_\_\_\_\_
4. Secundaria incompleta: \_\_\_\_\_
5. Educación superior: \_\_\_\_\_
6. Ninguno: \_\_\_\_\_

**Estrato socioeconómico:**

1. Estrato 1: \_\_\_\_\_
2. Estrato 2: \_\_\_\_\_
3. Estrato 3: \_\_\_\_\_
4. Estrato 4: \_\_\_\_\_
5. Estrato 5: \_\_\_\_\_

**Antecedentes prenatales:**

Nº de Gestación: \_\_\_\_\_

**Número de controles prenatales en el embarazo actual**

1. 0-1 controles: \_\_\_\_\_
2. 2-3 controles: \_\_\_\_\_

3. 4-5 controles: \_\_\_\_\_

3. 6- 7 controles: \_\_\_\_\_

4. > 8 controles: \_\_\_\_\_

**Número de compañeros sexuales (CS):**

1. 1-2 CS: \_\_\_\_\_

2. >2 CS: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico de Sífilis Gestacional:**

1. Sí: \_\_\_\_\_

2. No: \_\_\_\_\_

**Edad gestacional al momento del diagnóstico de Sífilis:**

<12 semanas: \_\_\_\_\_

12-34 semanas: \_\_\_\_\_

> 34 semanas: \_\_\_\_\_

**Edad gestacional al momento del parto:**

< 28 semanas: \_\_\_\_\_

28 – 34 semanas: \_\_\_\_\_

34 – 37 semanas: \_\_\_\_\_

> 37 semanas: \_\_\_\_\_

**Tratamiento recibido en caso de Sífilis:**

1. Penicilina benzatínica: \_\_\_\_\_

2. Ceftriaxona: \_\_\_\_\_
3. Eritromicina: \_\_\_\_\_
4. Otro: \_\_\_\_\_
5. Ninguno: \_\_\_\_\_

**N° de dosis recibidas de Penicilina benzatínica:**

1. Una dosis: \_\_\_\_\_
2. Dos dosis: \_\_\_\_\_
3. Tres dosis: \_\_\_\_\_
4. Ninguna: \_\_\_\_\_

**Tiempo de la última de aplicación de Penicilina Benzatínica antes del nacimiento:**

Mayor de 1 mes \_\_\_\_\_

Menor de 1 mes \_\_\_\_\_

**Laboratorio materno:**

VDRL: \_\_\_\_\_ Diluciones: \_\_\_\_\_

FTA: \_\_\_\_\_

**Recién Nacido**

Sexo: \_\_\_\_\_

**Peso al nacer:** \_\_\_\_\_

1. < 1500 gramos: \_\_\_\_\_
2. 1500- 2499 gramos: \_\_\_\_\_

3. 2500 g-3999 gramos: \_\_\_\_\_

4. > 4000 g: \_\_\_\_\_

**Percentil del Peso al nacer/ de acuerdo a su edad gestacional**

Por debajo del Percentil 3 \_\_\_\_\_

Percentil 3 \_\_\_\_\_

Entre Percentil 3 y 10 \_\_\_\_\_

Percentil 10 \_\_\_\_\_

Entre percentil 10 y 25 \_\_\_\_\_

Percentil 25 \_\_\_\_\_

Entre percentil 25 y 50 \_\_\_\_\_

Percentil 50 \_\_\_\_\_

Entre 50 y 75 \_\_\_\_\_

Percentil 75 \_\_\_\_\_

Entre Percentil 75 y 90 \_\_\_\_\_

Percentil 90 \_\_\_\_\_

Entre Percentil 90 y 97 \_\_\_\_\_

Percentil 97 \_\_\_\_\_

Por encima del percentil 97 \_\_\_\_\_

**Talla al nacer:**

Talla registrada al nacer: \_\_\_\_\_

Percentil de la Talla al nacer / de acuerdo a su edad gestacional

Por debajo del Percentil 3 \_\_\_\_\_

Percentil 3 \_\_\_\_\_

Entre Percentil 3 y 10 \_\_\_\_\_

Percentil 10 \_\_\_\_\_

Entre percentil 10 y 25 \_\_\_\_\_

Percentil 25 \_\_\_\_\_

Entre percentil 25 y 50 \_\_\_\_\_

Percentil 50 \_\_\_\_\_

Entre 50 y 75 \_\_\_\_\_

Percentil 75 \_\_\_\_\_

Entre Percentil 75 y 90 \_\_\_\_\_

Percentil 90 \_\_\_\_\_

Entre Percentil 90 y 97 \_\_\_\_\_

Percentil 97 \_\_\_\_\_

Por encima del percentil 97 \_\_\_\_\_ -

**Perímetro:**

P.C.: \_\_\_\_\_

**Percentil del Perímetro cefálico/ según edad gestacional**

Por debajo del Percentil 3 \_\_\_\_\_

Percentil 3 \_\_\_\_\_

Entre Percentil 3 y 10 \_\_\_\_\_

Percentil 10 \_\_\_\_\_

Entre percentil 10 y 25 \_\_\_\_\_

Percentil 25 \_\_\_\_\_

Entre percentil 25 y 50 \_\_\_\_\_

Percentil 50 \_\_\_\_\_

Entre 50 y 75 \_\_\_\_\_

Percentil 75 \_\_\_\_\_

Entre Percentil 75 y 90 \_\_\_\_\_

Percentil 90 \_\_\_\_\_

Entre Percentil 90 y 97 \_\_\_\_\_

Percentil 97 \_\_\_\_\_

Por encima del percentil 97 \_\_\_\_\_

**Edad Gestacional:** (Por Capurro o Ballard)

41 o más semanas \_\_\_\_\_

40 semanas: \_\_\_\_\_

39 semanas: \_\_\_\_\_

38 semanas: \_\_\_\_\_

37 semanas: \_\_\_\_\_

36 semanas: \_\_\_\_\_

35 semanas: \_\_\_\_\_

34 semanas: \_\_\_\_\_

33 o menos semanas: \_\_\_\_\_

**Apgar al nacer:**

\_\_\_\_\_ 1min \_\_\_\_\_ 5min

**Examen físico del recién nacido compatible con sífilis congénita:**

1. Asintomático: \_\_\_\_\_
2. Sintomático: \_\_\_\_\_

**Presencia de RCIU:**

1. Sí: \_\_\_\_\_
2. No: \_\_\_\_\_

**Presencia de Fiebre:**

1. Si: \_\_\_\_\_
2. No: \_\_\_\_\_

**Manifestaciones clínicas en piel:**

1. Rosado: \_\_\_\_\_
2. Ictérico: \_\_\_\_\_
3. Cianótico: \_\_\_\_\_
4. Palidez: \_\_\_\_\_

**Grado según escala de Kramer:**

Grado I/V: \_\_\_\_\_

Grado II/V: \_\_\_\_\_

Grado III/V: \_\_\_\_\_



Grado IV/V: \_\_\_\_\_

Grado V/V: \_\_\_\_\_

**Presencia de Rinitis sifilítica:**

1. Sí: \_\_\_\_\_

2. No: \_\_\_\_\_

**Presencia de Exantema maculopapular:**

1. Sí: \_\_\_\_\_

2. No: \_\_\_\_\_

**Presencia de Hepatomegalia:**

1. Sí: \_\_\_\_\_

2. No: \_\_\_\_\_

**Afectación Musculoesquelética:**

3. Sí: \_\_\_\_\_

4. No: \_\_\_\_\_

**Afectación Neurológica:**

1. Sí: \_\_\_\_\_

2. No: \_\_\_\_\_

**Laboratorio del R.N.**

Prueba treponémica

FTA-ABS: \_\_\_\_\_

**Títulos de prueba no treponémica del recién nacido:**

Si cumple (VDRL o RPR del recién nacido con títulos 4 veces mayores que los títulos de la madre o 2 diluciones por encima del título materno al momento del parto.

VDRL: \_\_\_\_\_ Diluciones: \_\_\_\_\_

2. No cumple: \_\_\_\_\_

Hematología Completa:

Leucocitos: \_\_\_\_\_ Fórmula Blanca: \_\_\_\_\_

Hemoglobina: \_\_\_\_\_ Hematocrito: \_\_\_\_\_

Plaquetas: \_\_\_\_\_ PCR: \_\_\_\_\_

Bilirrubina total y fraccionada: \_\_\_\_\_

TGO: \_\_\_\_\_ TGP: \_\_\_\_\_

LCR: Citoquímico: \_\_\_\_\_

Gram: \_\_\_\_\_

Cultivo del LCR: \_\_\_\_\_

**Apéndice B**

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
«Dr. Francisco Battistini Casalta»  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

Ciudad Bolívar, noviembre 2023

Dr. Pedro López

Jefe del servicio de Neonatología

Hospital Universitario Ruíz y Páez

Sirva esta para saludarle mientras le solicitamos con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación titulada: FRECUENCIA DE RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES CON LUES, SERVICIO DE PERINATOLOGIA I Y II, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ DE CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR. ENERO 2018 A DICIEMBRE 2022, que será presentada a posteriori como trabajo de grado como requisito parcial para optar por el título de médico cirujano. En el mencionado trabajo a realizar contaremos con la asesoría del Dr. Pedro López y Dra. Saireth Palmare, y el periodo de recolección de muestra abarca desde enero 2018 a enero 2022, utilizando como instrumento un formato de recolección de datos, escala de Graffar modificado, escala de Kramer, percentiles de peso fetal según la edad gestacional. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea. Se despide, atentamente:

---

Br. María Verónica García

---

Br. Irene García

---

Dra. Saireth Palmare

---

Dr. Pedro López

Docente

Jefe del departamento.

## Apéndice C

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

«Dr. Francisco Battistini Casalta»

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

Ciudad Bolívar, noviembre 2023

Lic. Nellys Ramirez

Jefe del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Hospital Universitario Ruíz y Páez

Su despacho.

Sirva esta para saludarle mientras le solicitamos con el debido respeto, permiso para obtener data estadística de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita, madres con VDRL y FTA positivo, así como el acceso a las historias clínicas de las mismas, en el período enero 2018 – enero 2022, agradeciéndole toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación titulada: FRECUENCIA DE RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES CON LUES, SERVICIO DE PERINATOLOGIA I Y II, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ DE CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR. ENERO 2018 A DICIEMBRE 2022, que será presentada a posteriori como trabajo de grado como requisito parcial para optar por el título de médico cirujano. En el mencionado trabajo a realizar contaremos con la asesoría del Dr. Pedro López y Dra. Saireth Palmare. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea. Se despide, atentamente:

---

Br. María Verónica García

---

Br. Irene García

---

Dra. Saireth Palmare.

---

Dr. Pedro López

---

Lic. Nellys Ramírez

## **ANEXOS**

## Anexo N°1

## ESCALA DE GRAFFAR MODIFICADO POR MÉNDEZ Y CASTELLANOS

VARIABLES	PUNTAJE	ITEMS
<b>1. PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA</b>	1	Profesión Universitaria, financista, banqueros, comerciantes, todas de alta productividad. Oficiales de las Fuerzas Armadas
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
<b>2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE</b>	1	Enseñanza universitaria o su equivalente
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica superior.
	4	Enseñanza primaria o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
<b>3. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DE LA FAMILIA</b>	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales <sup>33</sup>
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
<b>4. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO</b>	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.

	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Viviendas con ambientes espaciados o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Instrucciones: seleccione con una "X" en la casilla de puntaje la aseveración opcional que más se parezca a su situación actual.

<b>ESTRATO</b>	<b>TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO</b>
<b>ALTO</b>	4-6
<b>MEDIO ALTO</b>	7-9
<b>MEDIO BAJO</b>	10-12
<b>OBRERO</b>	13-16
<b>MARGINAL</b>	17-20

**Fuente:** Sociedad y Estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano.  
Caracas Venezuela, FUNDACREDESA. (1994).

## Anexo N° 2

## TEST DE APGAR

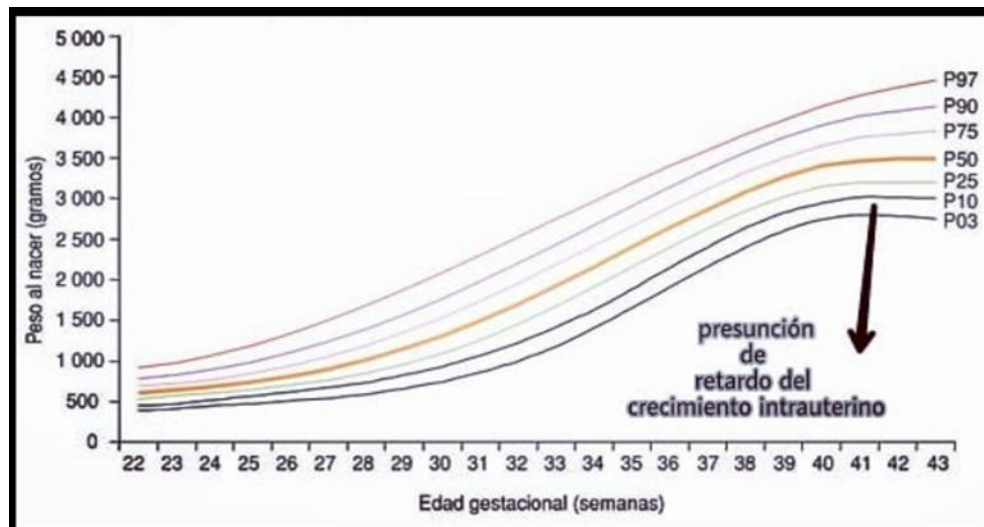
Test de APGAR					
Acrónimo	Parámetros Puntuación	0	1	2	↓
<b>Apariencia</b>	Color de piel	Cianosis o palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosado o sonrosado	
<b>Pulso</b>	Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 lpm lento	> 100 lpm rápido	
<b>Gesticulación</b>	Irritabilidad Refleja	Sin respuesta	Muecas	Llanto	
<b>Actividad</b>	Tono muscular	Flácido	Flexión de extremidades	Movimientos activos	
<b>Respiración</b>	Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento e irregular	Llanto vigoroso	
<b>Depresión severa</b>		0 a 3 puntos		RCP neonatal avanzado más medicación, monitoreo en UCI.	
<b>Depresión moderada</b>		4 a 6 puntos		Puede ser necesario algunas maniobras RCP neonatal y monitoreo post recuperación.	
<b>Normal</b>		7 a 10 puntos		Recién nacido en buenas condiciones.	

**Fuente:** Linares, M. Atención Temprana UMA. Universidad de Málaga (2018).



### Anexo N° 3

## PERCENTILES DE PESO FETAL SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL



Fuente: Ticona, M. y colaboradores. Retardo de crecimiento intrauterino según curva de crecimiento fetal.

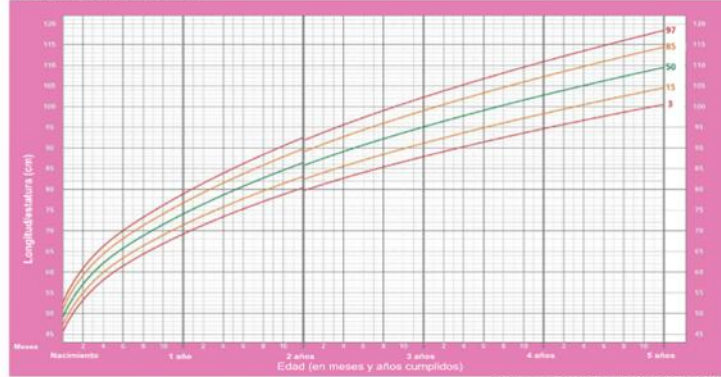
## DISTRIBUCIÓN PERCENTILAR DE PESO AL NACER PARA LA EDAD DE GESTACIÓN.

### Hembras



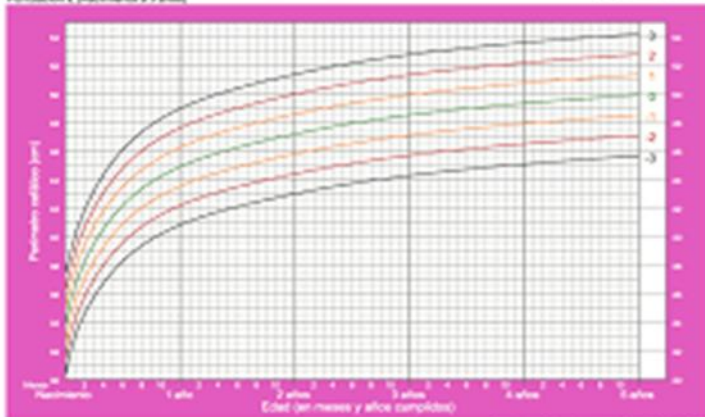
### Longitud/estatura para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



### Perímetro cefálico para la edad Niñas

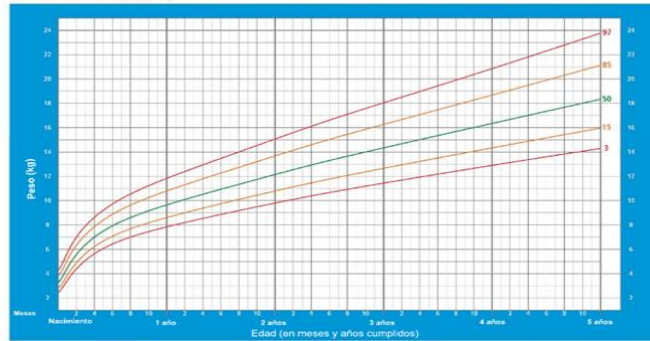
Percentiles 2 (Nacimiento a 5 años)



## Varones

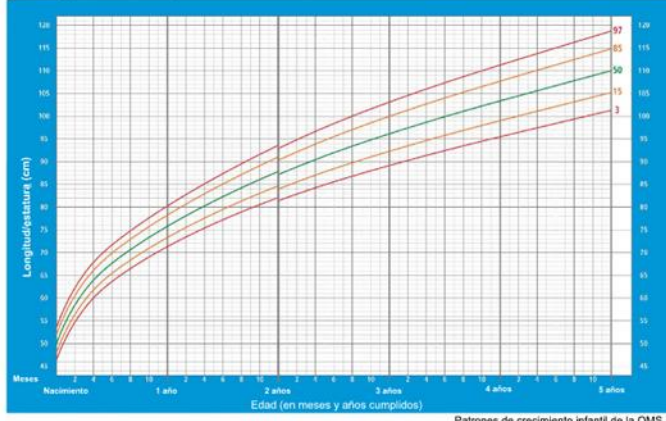
### Peso para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



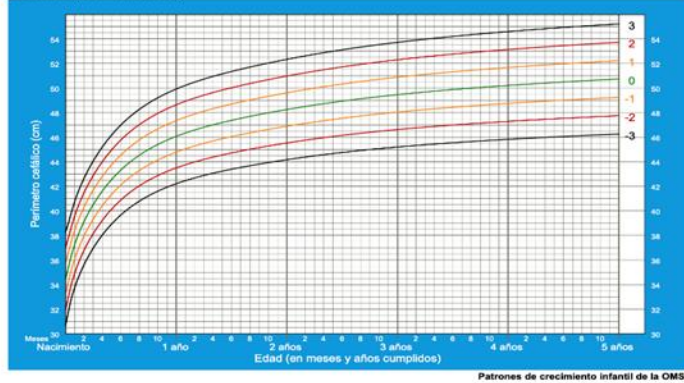
### Longitud/estatura para la edad Niños

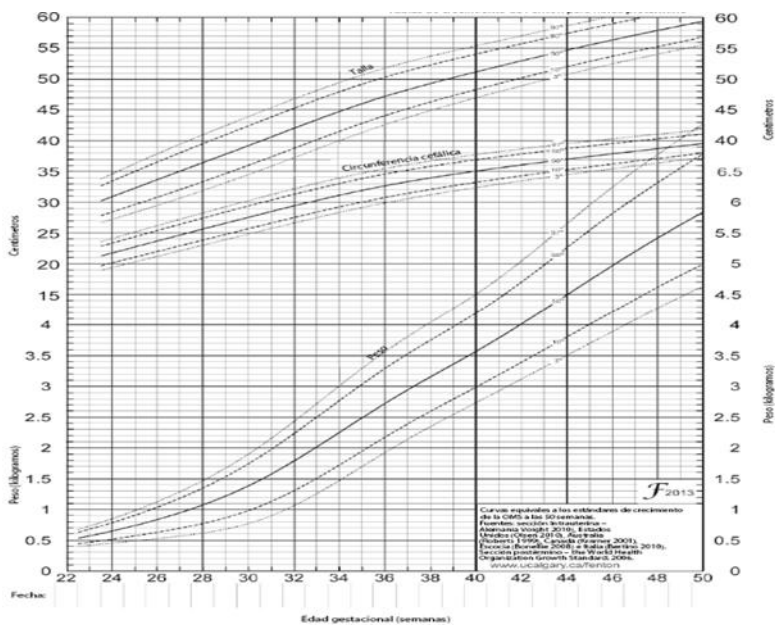
Percentiles (Nacimiento a 5 años)



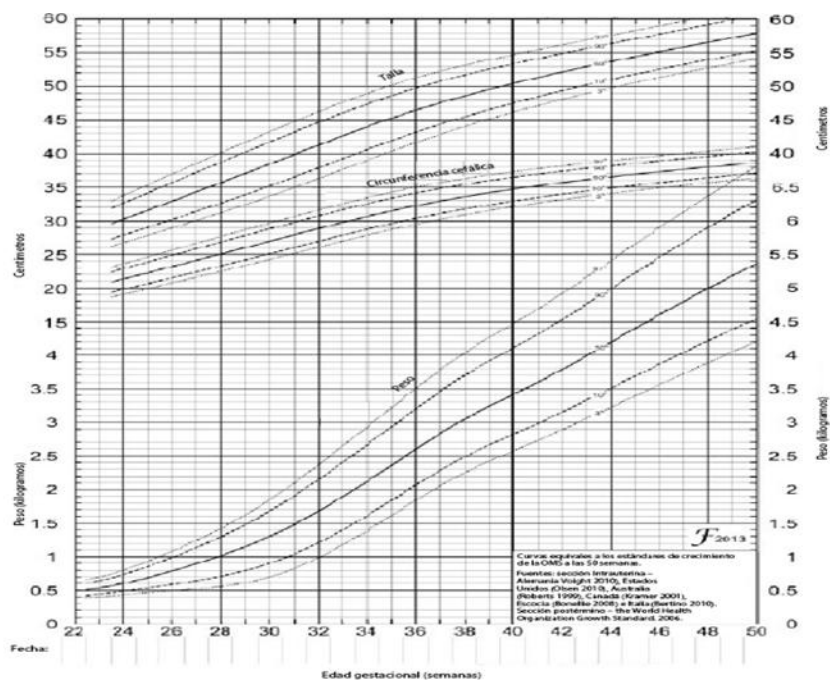
### Perímetro cefálico para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)





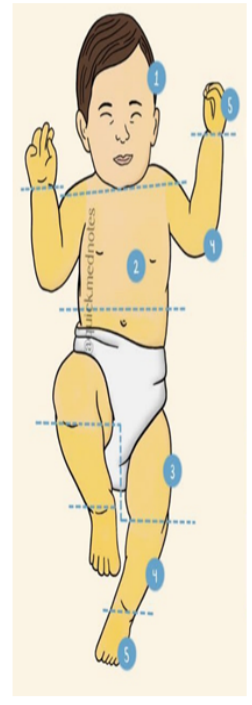
**Fuente:** Tabla de crecimiento de Fenton, para niños prematuros. BMC Pediatrics 13:53, (2013)



**Fuente:** Tabla de crecimiento de Fenton, para niñas prematuros. BMC Pediatrics 13:53, (2013)

## Anexo N° 4

## ESCALA DE KRAMER

 ZONA	DEFINICIÓN	BILIRRUBINAS TOTALES
1	Cabeza y cuello	5,8 mg/dl (100 umol/l)
2	Parte posterior del tronco hasta el ombligo	8,8,mg/dl (150 umol/l)
3	Parte inferior del tronco desde el ombligo hasta las rodillas	11,7 mg/dl (200 umol/l)
4	Brazos y piernas	14,7 mg/dl (250 umol/l)
5	Palmas y plantas	Mayor de 14,5 mg/dl (Mayor de 250 umol/l)

**Fuente:** Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).  
 Diagnóstico y tratamiento de ictericia neonatal. Evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: Secretaria de Salud, (2019).

## HOJAS DE METADATOS

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

<b>Título</b>	FRECUENCIA DE RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES CON LUES, SERVICIO DE PERINATOLOGÍA I Y II, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ DE CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2018 A DICIEMBRE 2022.
<b>Subtítulo</b>	

Autor(es)

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código ORCID / e-mail</b>	
García García María Verónica	<b>ORCID</b>	
	<b>e-mail:</b>	veronicalovato97@gmail.com
García Guiland Irene del Carmen	<b>ORCID</b>	
	<b>e-mail:</b>	iregarsanthi@gmail.com

#### **Palabras o frases claves:**

Restricción
Recién Nacidos
Madres Adolescentes
Sífilis

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de pediatría y puericultura	Servicio de Perinatología I y II
<b>Línea de Investigación:</b>	

### Resumen (abstract):

La población de madres adolescentes y sífilis congénita, considerados tema de relevancia, dado que asocia en corto plazo a morbilidad-mortalidad neonatal, así como en incidencia en patologías crónicas del adulto, provocando consecuencias familiares, sociales, biológicas y económicas de gran impacto. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino producto de madres adolescentes con diagnóstico de sífilis, en el complejo hospitalario universitario Ruíz y Páez entre enero 2018 a diciembre 2022. **Metodología:** Estudio de tipo retrospectivo, descriptivo, corte transversal. **Resultados:** De 656 madres adolescentes, 27,75% presentaron sífilis y sus recién nacidos restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) 74,72%, de procedencia urbana 90,10%, solteras 53,81%, dedicadas a oficios del hogar 77,50%, con un grado de instrucción de secundaria incompleta 39,56%, pertenecían al estrato IV socioeconómico 90,60%, refirieron 49,40% 2 – 3 controles prenatales. Alrededor de 69,12% de las madres adolescentes con sífilis y RCIU tienen una edad comprendida entre los 17 – 19 años, en un 70,88 % se les hacía el diagnóstico de sífilis gestacional a partir de las 34 semanas, 80,77% de los recién nacidos obtuvieron 8 puntos en el primer minuto después del nacimiento según la escala de APGAR y al quinto minuto 80,77% 9 puntos, neonatos con RCIU cursaron con bajo peso un 72,80% y 80,15% RCIU simétrico, 46,15 % de las madres recibieron penicilina benzatínica, una dosis 22,53% y tiempo de última aplicación, menor de 1 mes antes del nacimiento 26,92%. Al interpretar el VDRL 56,04% materno presentaron una dilución 1:8, mientras que 38,46% fue 1:64 del recién nacido, el 49,45% mostraron reactividad ante la prueba treponémica por FTA – Abs. Los recién nacidos presentaron ictericia 40%, fiebre 20%, hepatomegalia 14,54%, afectación neurológica 10,91%, exantema maculopapular 1,82%. Durante los 5 años estudiados hubo 9 casos de neurosífilis 20,93%. **Conclusiones:** Se encontró una alta prevalencia de casos maternos y neonatales de sífilis durante el desarrollo de este estudio.

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dr. Pedro López	ORCID				
	e-mail	drpedrorlopezr@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Ana Vasquez	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	anmilvasquez@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Carlos Rodríguez	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	crr506@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación:

2024	07	23
<b>Año</b>	<b>Mes</b>	<b>Día</b>

**Lenguaje: español**



## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo
Frecuencia de restricción del crecimiento intrauterino en RN de madres adolescentes con LUES Svo de Perinatología I y II CHURYP Cdad Bol Edo Bol Ene 2018 a Dic 2022.

Alcance:

**Espacial:**

Servicio de Perinatología I y II, Complejo Hospitalario Universitario Ruíz Y Páez De Ciudad Bolívar, Estado Bolívar

**Temporal:**

Enero 2018 a Diciembre 2022.

**Título o Grado asociado con el trabajo:**

Médico Cirujano

**Nivel Asociado con el Trabajo:**

Pregrado

**Área de Estudio:**

Dpto. de Medicina

**Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:**

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SISTEMA DE BIBLIOTECA  
RECIBIDO POR *Martínez*  
FECHA *5/8/09* HORA *5:30*

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

*Juan A. Bolaños Cunele*  
Secretario



C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6


De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)  
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

### AUTOR(ES)

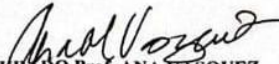
  
Br. García García María Verónica  
C.I.26030735  
AUTOR

  
Br. García Guiland Irene Del Carmen  
C.I.24541928  
AUTOR

### JURADOS

  
TUTOR: Prof. PEDRO LÓPEZ  
C.I.N. 26.773.677

EMAIL: drpedrolopez@quasil.com

  
JURADO Prof. ANA VASQUEZ  
C.I.N. 8872972

EMAIL: anavazquez@unab.edu.ve

JURADO Prof. CARLOS RODRIGUEZ

~~C.I.N. 8850170~~

~~EMAIL: crs@quasil.com~~



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS  
Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.  
EMAIL: [trabajodegradodosaludbolivar@gmail.com](mailto:trabajodegradodosaludbolivar@gmail.com)