



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

ACTA

TG-2024-06-11

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. LILIANA CASTILLO Prof. ANA VASQUEZ y Prof. ANA SANTOS,
 Reunidos en: Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez
3ro piso Salón de Ginecología
 a la hora: 2 pm
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

INCIDENCIA DE NEUROSIFILIS COMO COMPLICACIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA. SERVICIO DE PERINATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. AGOSTO – OCTUBRE 2023.

Del Bachiller **MARCANO SALAZAR ADRIANA GERALDINE** C.I.: 24512519, 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	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 18 días del mes de Junio de 2024.

Prof. LILIANA CASTILLO
 Miembro Tutor

Prof. ANA VASQUEZ
 Miembro Principal

Prof. ANA SANTOS
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMATE RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL DACE

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"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-06-11

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. LILIANA CASTILLO Prof. ANA VASQUEZ y Prof. ANA SANTOS,
 Reunidos en: Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez
3ro piso Salón de Ginecología
 a la hora: 2pm
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**INCIDENCIA DE NEUROSIFILIS COMO COMPLICACIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA.
 SERVICIO DE PERINATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y
 PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. AGOSTO – OCTUBRE 2023.**

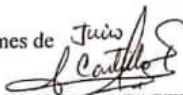
Del Bachiller MARTINEZ JAIMES YURVIS NAIROVI C.I.: 26129033, como requisito parcial para optar
 al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO


REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 18 días del mes de Juio de 2024.


Prof. LILIANA CASTILLO
 Miembro Tutor

Prof. ANA VASQUEZ
 Miembro Principal


Prof. ANA SANTOS
 Miembro Principal


Prof. IVÁN AMADOR RODRIGUEZ
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado



ORIGINAL TESISTA



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

**INCIDENCIA DE NEUROSIFILIS COMO COMPLICACIÓN DE
SÍFILIS CONGÉNITA. SERVICIO DE PERINATOLOGÍA. COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR,
ESTADO BOLÍVAR. AGOSTO – OCTUBRE 2023.**

Tutor académico:
Dra. Liliana Castillo

Trabajo de Grado Presentado por:
Br: Marcano Salazar, Adriana Geraldine
C.I: 24.512.519
Br: Martínez Jaimes, Yurvis Nairovi
C.I: 26.129.033

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, mayo de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	xi
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACION.....	13
OBJETIVOS.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
MATERIALES Y METODOS.....	16
Diseño de la investigación.....	16
Población.....	16
Muestra.....	16
Criterios de inclusión.....	16
Criterios de exclusión.....	17
Procedimientos.....	17
Análisis de resultados y tabulación.....	17
RESULTADOS.....	18
Tabla 1.....	20
Tabla 2.....	21
Tabla 3.....	22
Tabla 4.....	23
Tabla 5.1.....	24
Tabla 5.2.....	25
Tabla N°6.....	26
Tabla 7.....	27

Tabla 8	28
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
APÉNDICES	40
Apéndice A	41
Apéndice B	42

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios todopoderoso por permitirme llegar a este momento tan importante en mi vida, luego de pasar durísimas pruebas que se fueron superando con mucha fe y humildad y las cuales me han hecho una persona más madura y fuerte ante las adversidades.

Agradezco inmensamente a mi madre Adriana Salazar, mi pilar, mi apoyo incondicional, mi protectora y sobre todo mi guía durante toda mi vida, sin duda la persona más valiosa a lo largo de todo este proceso, si no hubiera sido por ella no habría tenido la fuerza de voluntad necesaria para lograr todo lo que he logrado. No me alcanzan las palabras para agradecerle todo lo que me ha dado, ni para explicarle que estoy donde estoy por ella. Porque no me dejó cuando la necesite, porque cambio toda su vida sin pensarlo dos veces Por mí, por enseñarme que madre solo hay una. Nunca dejare de estar agradecida con ella.

A mi padre Neptali Marcano, otro pilar importante en mi vida, por su confianza, por su sabiduría, por su apoyo, por haberme retado a esta carrera, por estar desde el primer hasta el último día, por no haber dudado de mí en ningún momento, por acompañarme en cada paso y vivir conmigo cada fracaso y cada logro como si fuera el suyo. Sin él, tampoco hubiera llegado tan lejos.

A mi hermana Stephanie por acompañarme en este proceso, ayudarme y soportarme en toda la carrera, por ser un pilar en mi vida de Ciudad Bolívar, porque no dudo que lo lograría, por vivir conmigo cada experiencia, por aplaudirme cada paso que daba, por alentarme a no renunciar y por ofrecerme su apoyo incondicional.

A mí hermano Andrés por acompañarme y ser un apoyo y estar conmigo cuando lo necesite a pesar de la distancia. A mí sobrina por ser mi compañera en casa y alegrar mis días grises

A mi hijo Aaron por darme la fuerza y la motivación que necesitaba para poder hacer todo esto posible y que se ha convertido en mi inspiración. Por sacarme siempre una sonrisa de la cara en los días difíciles y por enseñarme que siempre se puede dar más. Este logro es de ustedes.

A mis abuelos por siempre apoyarme y ayudarme económicamente y sentimental.

A mí prima Aleidys por estar siempre para mí, por acompañarme en todo momentos y por estar allí cuando necesitaba una palabra de consuelo y de ánimo.

A la señora Ana y Keila por ser parte de este último proceso y brindarme todo su apoyo

A mí primera amiga y hermana que me regaló la UDO Yanelis gracias por estar siempre, a mis compañeras y ahora colegas Neudys y Anna por su apoyo y cariño.

A mí compañera de tesis Yurvis Martínez por aceptar este reto y soportarme pero sobre todo por darlo todo para lograr nuestra meta.

Y muy especialmente a la Dra. Liliana Castillo por ser mi tutora, una gran maestra, un ejemplo de liderazgo y amor al prójimo que me permitió terminar de manera muy gratificante esta tesis.

Adriana Marcano

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser mi principal fortaleza, mi aliento, por mostrarme que sus decisiones son perfectas, por abrirme puertas donde nunca imaginé, por hacerme entender que ha estado a mi lado siempre dando pasos firmes.

A mis padres Feliciano Martínez y Santa Trinidad Jaimes por ser aparte de Dios el motor que impulsa mis deseos de superación, por acercarme desde mi nacimiento al que me creó y por el cuál aún vivo, por enseñarme con el ejemplo los buenos valores y costumbres. Gracias papá por trabajar incansablemente para que yo cumpliera mis sueños, Gracias mamá por pasar hora tras hora en una máquina de coser para ayudar con mis gastos y gracias por esas primeras batas que atesoro en mi corazón.

A mis hermanos: Junior Martínez por su amor y ayuda incondicional, por hacer mi infancia perfecta, por obsequiarme a mi sobrino Junaikel Martínez quien con sus ocurrencias alegra nuestros días. Y Divanni Martínez por sus mensajes diarios llenos de amor, el cuál junto a mí cuñada Francelis Padilla me han apoyado totalmente, creyendo siempre en mis capacidades.

A Gregorio Rodríguez por compartir su vida conmigo, por ese amor que me demuestra cada día, por los pequeños detalles que llenan mi corazón, por brindarme su hombro y comprensión en los peores momentos, por celebrar como un niño cada uno de mis logros, pero sobre todo por la paciencia y apoyo absoluto en mi carrera, te amo. Y a mi suegra Zobeida Labrador por considerarme una hija más y por su completa disposición en ayudarnos.

A mis tías: Sexia Herrera, por el amor de madre que me ha brindado elevando cada día sus oraciones al Altísimo por mi bienestar, y a Cruz Herrera (Neri) por su apoyo, por dejar a mi disposición su internet para cuando lo pudiera necesitar, por querer siempre vestirme colocando todo su amor en cada hebra de hilo, en cada corte, en cada trazo y sobre todo por regalarme a la personita que más recarga mis baterías, Gabriela Granado (mi hermana menor) a quien amo de una manera indescriptible. Gracias Gaby por ese amor tan sincero que me tienes, por tus dibujos, por todos tus videos, por decirme “te amo” tan solo con sonreír.

A mi tío Alberto Jaimes por todo su cariño y a mis primas Irma Garcia, Dioni Jaimes y María Jaimes por su colaboración y disposición en ayudarme.

A las familias Caña y Rodríguez García: Quienes fueron las primeras en abrirme las puertas de su casa en una ciudad completamente desconocida para mí, gracias por la estancia, los consejos y ayuda.

A la familia Maury Cermeño quienes me adoptaron en Ciudad Bolívar, brindándome su amistad, aprecio, techo, comida, ropa y calzado. Gracias Betania Maury por un día decir: “puedes venir a mi casa” y no sólo regalarme tu cariño sino una familia. La vida no me alcanzará para agradecerles cada uno de los gestos que tuvieron hacia mí y mi familia sin ni siquiera conocerla, pido a Dios que donde quiera que vayan su amor y misericordia los acompañe siempre. Gracias por hacerme sentir una Maury más.

A Yurilis Maury piña porque a pesar de las circunstancias sigue al pendiente de mí, agradezco cada uno de tus detalles. Y al Sr José Rojas porque desde los inicios de mis estudios me brindó su ayuda alegando siempre que estaba seguro de que podía lograrlo

A los pastores González, los cuales han sido parte importante en mi vida desde mi niñez en conjunto con los pastores Bastardo quien uno de ellos se encuentra descansando (Mi querido David, conservo en mi corazón todos tus consejos) agradezco cada una de sus bendiciones que a pesar de la distancia y el tiempo sigo presente en sus oraciones.

A los amigos que se han convertido en familia: Karla Amundaraín, gracias hermana por apostar por mí siempre, por los años de amistad, por las veces que me dijiste: “tú puedes Gordis” y porque el cariño a traspasado fronteras y desde Perú sigues tan presente. A mis compañeras de básico Nordelia B, Maghluis A, Karla V y Jennifer M, por todos esos buenos momentos y cariño que aún sigue vigente. A mi grupo de estudio María M, Luisana M, Aurinell M, Génesis M, Elinette M, no saben lo terapéuticas que han sido en mi vida. Y a la mejor compañera de internado que pude tener: Marieli Medina, sin ti el internado no hubiera sido perfecto, gracias por ser siempre mi mejor equipo. Gracias a todos por convertirse en amigos que han dejado una huella imborrable en mí.

A Adriana Marcano por ser mi compañera de tesis y a la mejor tutora que pudimos tener, la Dra Liliana Castillo. A quien admiro y Agradezco por toda su ayuda.

A mis vecinas Rosa de Torres e Ingrid Torres por su cariño, por sus deliciosos casabes y por sus habilidades para hacerme lucir bella.

Yurvis Martínez

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso creador del universo sin el nada de esto sería posible.

A mi querida madre la mujer más importante en mi vida, que a través de su apoyo incondicional y su infinito saber es que estoy donde estoy hoy en día.

A mi querido padre por servir de apoyo para llegar a este mundo, por estar en cada paso que he dado y por acompañarme en este largo camino.

A mi hermana, por su gran fe en mí, por escucharme y aplaudirme en cada logro que he tenido. A mí hermano por estar siempre para mí

Pero especialmente a mi hijo Aarón, mi motor, mi inspiración, mi vida entera, esto es por ti y para ti.

Adriana Marcano

DEDICATORIA

Al forjador de mi camino, al que me acompaña y sostiene mi mano para no dejarme caer, a quien me cuida con amor, a mi Padre Celestial.

A mis padres Feliciano Martínez y Santa Trinidad Jaimes por todo su esfuerzo en darme educación y enseñarme que con perseverancia y fe en Dios todo es posible, dándome cada día todas las herramientas para dejarme salir del nido y verme volar para alcanzar mis metas. Sin Ustedes nada hubiera sido posible.

A mis hermanos y tíos por ser parte de mi sueño, por siempre tener la seguridad y la confianza de que lo lograría, aún cuando yo en ocasiones lo dudaba.

A mi amor, Gregorio Rodríguez por todos los días ser partícipe de mis sueños, por recordarme a diario todo lo que debía llevar a clases, asegurándose que no olvidara nada; este logro también es tuyo.

A los que no están pero han sido realmente importantes:

A Victoria Herrera; mi abuela, mi Maita, cuánto me gustaría que tuvieras aquí, pero tu amor, tu bendición y tu delicioso aroma a café me acompañan siempre. Gracias porque aunque tu cerebro borró muchas cosas, sé que hasta el final me recordaste, guardo cada momento junto a ti como mi mayor tesoro.

A Irma Contrera, mi abuela paterna “Mamá”, por todos esos bellos recuerdos de mi niñez, aún conservo en mi memoria tu amor y ternura.

A Dominith Martínez, mi sobrino y el ángel más hermoso del cielo, Quién fue mi mayor miedo en la carrera y luego se convirtió en mi mayor inspiración. Te llevo presente cada día observando tu mirada y tu sonrisa en cada niño de hospital. Un día por ti quise dejarlo todo y hoy puedo decir, por ti lo logré.

A mis tíos Benigna Herrera y Ricardo García, quienes fueron unos segundos padres y en mi corazón siguen tan presente. Los días en el campo forman parte de los recuerdos más hermosos de mi infancia y adolescencia.

A mi hermana Yusmari Martínez y mi abuelo Alejo Espinoza Con quienes me faltó mucho por compartir pero en mi corazón guardan un lugar importante.

A Eduardo Maury por su apoyo incondicional. “Don estoy eternamente agradecida, hoy la negrita del trueno le dedica su tesis porque gran parte de este logro se lo debo a usted”.

A Alida Piña, mi cariñito amado, el ser más dulce que he conocido quien más que una abuelita era la niña más tierna. Gracias por dedicarme canciones, por prometerme no olvidarte de mí y que a pesar de tu enfermedad sé que la promesa la cumpliste.

Yurvis Martínez

**INCIDENCIA DE NEUROSIFILIS COMO COMPLICACIÓN DE
SÍFILIS CONGÉNITA. SERVICIO DE PERINATOLOGÍA. COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR,
ESTADO BOLÍVAR. AGOSTO – OCTUBRE 2023.**

Tutor: Dra. Liliana Castillo Autores: Marcano, A., Martínez, Y.

RESUMEN

Introducción: la neurosífilis es una condición poco común pero aun presente sobre todo en pacientes pediátricos, el cual debe considerarse el diagnóstico en casos atípicos de meningitis aséptica, evento vascular agudo sin factores de riesgo cardiovascular y contexto clínico adecuado, pacientes con deterioro cognitivo rápido o ataxia sensorial y con ello establecer una adecuada terapéutica proporcionándole mejoría a quienes lo padezcan. **Objetivo:** Establecer la incidencia de neurosífilis como complicación de sífilis congénita. Servicio de perinatología. Complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Agosto – octubre 2023. **Metodología:** Es una investigación de tipo prospectivo, descriptivo, de corte transversal. **Resultados:** Se obtuvo que 79,41 % de las pacientes entrevistadas tienen entre 18 – 27 años de edad, el cual tuvieron un embarazo parcialmente controlado (94,12 %), donde 82,35 % de estas refirieron haber tenido 2 gestas a lo largo de su vida, con un número de parejas mayor de 2 (86,36 %). Estas señalaron haber tenido infecciones concurrentes en el 78,13 %. El 85,30 % de estas adquirieron la enfermedad durante el embarazo en el tercer trimestre. 5,88 % de los neonatos con neurosífilis se complicaron con manifestaciones cutáneas crónicas y 2,94 % presentaron sepsis. Dentro de las manifestaciones clínicas más resaltantes se tiene las manifestaciones cutáneas (64,71 %), ictericia (26,47 %), palidez (20,59 %) y fiebre (20,59 %). Un 91,18 % de los pacientes cursaron una con hemoglobina mayor de 12 gr/dL, hematocrito mayor de 35 %, seguido de 88,24 % glóbulos blancos mayor de 15.000, 82,35 % neutrófilos por encima del 60 % y 52,94 % linfocitos menor de 40 %. El 50 % de las pacientes tuvieron VDRL reactivo, en el 8,82% se confirmó VDRL reactivo en LCR y solo un 2,94 % tuvo IgM contra *T. pallidum*. El 94,12 % de las madres fueron tratadas con penicilina benzatínica, mientras que en el 100 % de los neonatos se empleó penicilina cristalina. 100 % de los neonatos sobrevivieron ante el padecimiento de neurosífilis. **Conclusión:** Se pudo constatar una baja incidencia de casos de neurosífilis durante el desarrollo de este estudio.

Palabras clave: neurosífilis, neonatos, sífilis congénita.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una serie de patologías de etiología variable, con más de 30 agentes que pueden transmitirse por vía sexual, durante el embarazo, el parto, o a través de productos sanguíneos y tejidos. Su sintomatología y complicaciones dependen del agente y pueden presentarse de forma asintomática o subclínica con gran potencial para su transmisión (Baudo et al., 2005).

Las consecuencias de la infección varían entre las diferentes poblaciones debido a la influencia de los factores biológicos, sociales, conductuales y económicos en los individuos. Si no se manejan adecuadamente, las Infecciones de transmisión sexual pueden generar costos altos, directos o indirectos, así como otras repercusiones para las personas y las comunidades. Estas infecciones influyen en las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno - infantil y tienen consecuencias tales como infertilidad, embarazo ectópico, bajo peso al nacer, e infección por el VIH cuando no se tratan de forma correcta y a tiempo. Esta situación se presenta en muchos países en desarrollo donde las Infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las primeras cinco razones por las que los adultos acuden en busca de servicios de atención de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Se calcula que la incidencia mundial de las Infecciones de transmisión sexual es de 498 millones de casos curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis) lo cual es motivo de gran preocupación debido a que las Infecciones de transmisión sexual no tratadas facilitan la transmisión del VIH, aumentan los costos asociados con las infecciones no detectadas, no tratadas o mal tratadas por automedicación y representan una carga para las personas, las comunidades y los gobiernos (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Las infecciones de transmisión sexual son una gran carga para los sistemas de salud, especialmente en países en desarrollo, en los que pueden representar hasta un 17 % de las pérdidas económicas por la falta de salud. Sólo en Estados Unidos durante el 2015 se reportaron cerca de 20 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual, de los cuales la mitad se presenta en jóvenes de 15 a 24 años (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2016).

En los países subdesarrollados la población que presenta un mayor riesgo son los trabajadores sexuales y sus clientes aunque, en general, el número de casos en la población heterosexual ha disminuido (Bardales, 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2019 reportó que cada día, más de un millón de personas contraen una Infección de transmisión Sexual y que en el año 2016 hubieron 376 millones de usuarios infectados, siendo más prevalente el virus del papiloma humano (HPV) con 300 millones, la hepatitis B crónica con 240 millones, la tricomoniasis con 156 millones, la clamidiasis con 127 millones, la gonorrea con 87 millones, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con 36,6 millones y la sífilis con 6,3 millones,. De estas infecciones de trasmisión sexual; el sector salud presta mayor atención al VIH y a la sífilis, porque producen efectos profundos en la salud de la población y generan un costo alto en su tratamiento (Martínez, 2021).

Esta última enfermedad puede causar complicaciones y aumentar la mortalidad, por ello, constituye un eje de las metas en salud de la Organización Panamericana de la Salud, en las que se sugiere para América Latina y el Caribe reducir la incidencia de sífilis a la más mínima expresión (Callejos et al., 2017).

La sífilis es una enfermedad infecciosa aguda ó crónica cuyo agente causal es *Treponema pallidum* perteneciente a la familia *Treponemataceae*, junto con otros treponemas, borrelias y leptospiras, Es un microorganismo móvil que, dadas sus dimensiones, 5 - 15 micras de largo por 0,2 micras de diámetro, se encuentra en el

límite de resolución óptica de los microscopios convencionales. Tampoco es cultivable según el concepto tradicional. Su movilidad se debe a 10 flagelos periplásmicos y su tiempo de generación en los tejidos humanos es de unas 8 horas, por lo que su multiplicación es lenta (Albornoz y Lazarte, 2018).

La multiplicación bacteriana tiene lugar preferentemente en el punto de inoculación, dando lugar a una úlcera genital primaria tras un periodo de incubación de 9 a 90 días. Sin embargo, la sífilis debe considerarse una enfermedad general, ya que la bacteria causal entra en el torrente sanguíneo poco después de la infección (Asociación Colombiana de Dermatología, 2019).

A partir de aquí, el microorganismo se disemina por el cuerpo humano a través de los vasos linfáticos ó sanguíneos. En la práctica, cualquier órgano del cuerpo humano puede ser invadido incluyendo el sistema nervioso central (SNC). Clínicamente, la sífilis se divide en una serie de etapas, la fase de incubación, sífilis primaria, secundaria, sífilis latente y tardía (Contreras et al., 2008).

La fase primaria consiste en el desarrollo de la primera lesión en la piel o las mucosas, conocida como chancro, y que aparece en el lugar de inoculación, pudiendo ser única o múltiple. Se acompaña a veces por el desarrollo de una adenopatía regional. Las espiroquetas son fácilmente demostrables en dichas lesiones y el chancro cura espontáneamente entre dos y ocho semanas. Generalmente las pruebas serológicas se hacen positivas en este período pasadas 3-4 semanas de la infección (Cherneskie, 2007).

En el paciente no tratado, el segundo estadio o fase comienza con la aparición de una de las manifestaciones parenquimatosas, constitucionales y mucocutáneas propias de la enfermedad como lo es la erupción en piel, palmas y plantas, la roseola sifilítica, acompañada de síntomas generales y, frecuentemente, de otros signos

localizados (condilomas genitales). Las lesiones abiertas de este período son muy contagiosas. Comienza al cabo de 2 a 12 semanas después del contacto. Es posible demostrar la presencia de treponemas en la sangre y otros tejidos, como la piel y los ganglios linfáticos (López y Frasquet, 2005).

Tras la sífilis secundaria, el paciente entra en un período latente durante el primer y segundo año, el cual el diagnóstico sólo se puede hacer mediante pruebas serológicas. Este período se divide, a su vez, en latente precoz y tardío. La recaída de una sífilis secundaria es más probable en esta fase precoz y se produce como consecuencia de una disfunción inmunológica hasta que desaparecen totalmente todos los signos y síntomas (fase de latencia tardía). Mientras que la sífilis tardía solo se presenta en unos pocos pacientes, se refiere a la aparición de manifestaciones clínicas, aparentes o inaparentes, que se desarrollan en más de un tercio de los pacientes no tratados, y cuya base patológica son las alteraciones en los vasa vasorum y las lesiones características denominadas gomas (López y Frasquet, 2005).

Esta enfermedad suele transmitirse como resultado del contacto sexual con una lesión infecciosa de las mucosas o de la piel abrasionada, por vía trasplacentaria, de la madre al feto. La infección por *Treponema pallidum* puede producirse en el feto de cualquier madre infectada y no tratada, pero es más probable durante el primer año después de haber adquirido la enfermedad 85-90% de los casos de sífilis congénita, si existe una situación inmunológica deficitaria de base y después de las 16-20 semanas de embarazo. También es posible la infección durante el parto por contacto directo del RN con lesiones contagiosas (Asociación Colombiana de Dermatología, 2019).

Esta cronología sugiere que la patogenia de la sífilis congénita depende más de la respuesta inmunitaria del hospedador que del efecto tóxico directo de *T. Pallidum*. En países subdesarrollados se puede mencionar como factor de riesgo la ausencia de un diagnóstico precoz en los controles prenatales y la poca información hacia esta

enfermedad, sobre todo en las madres adolescentes; la cual puede avanzar hacia la muerte fetal intrauterina o al nacimiento con múltiples alteraciones del recién nacido. La Sífilis congénita sigue siendo un gran problema de salud pública generando morbilidad, mortalidad y discapacidad infantil a corto y largo plazo (Fontalvo et al., 2013).

Por lo general, se transmite la sífilis materna primaria o secundaria no tratada, pero la sífilis latente o terciaria solo se transmite en un 20% de los casos. La tasa de sífilis congénita en los Estados Unidos ha aumentado drásticamente en los últimos años con un incremento de más del 500% en los casos desde 2010. Se informaron más de 2000 casos en 2020, incluyendo al menos 149 muertes fetales y muertes de lactantes. La sífilis congénita también se ha generalizado geográficamente y afecta de manera desproporcionada, lo que es probable que refleje el acceso diferencial a la atención de la salud en lugar de una predisposición intrínseca (Tesini, 2022).

Si la mujer adquiere la infección y no recibe tratamiento, la muerte del feto o del neonato acontece en el 40% de los casos; del 60% restante las dos terceras partes estarán asintomáticos al nacer. En los recién nacidos infectados, las manifestaciones de sífilis se clasifican en congénitas precoces, es decir, del nacimiento a los 2 años de edad y congénitas tardías después de los 2 años. En el feto las manifestaciones pueden ser nulas o llegar al hídrops y muerte. El niño con infección congénita puede presentar síntomas precoces en los dos primeros años o tardíos si aparecen después de los dos años (Contreras et al., 2008).

Pocos recién nacidos presentan manifestaciones precoces como coriza, pénfigo palmoplantar, hepatoesplenomegalia, ictericia, adenopatías generalizadas, condilomas planos, meningitis, neumonitis, síndrome nefrótico, anemia hemolítica, trombocitopenia, prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino, falta de medro, sífilides que aparecen a partir de la segunda semana y lesiones óseas periostitis y

ostecondritis en el 90% de los casos no tratados, pero a veces no se observan hasta los 3 meses. En ellos la muerte neonatal puede ocurrir por fallo hepático, neumonía grave o hemorragia pulmonar. También existen los casos donde ocurre afectación del SNC. La mayoría de infectados están asintomáticos al nacer pero pueden presentar manifestaciones tardías (Cherneskie, 2007).

Las manifestaciones tempranas corresponden a meningitis e hidrocefalia, que pueden dejar secuelas como convulsiones, sordera y retraso en el desarrollo psicomotriz pudiendo ser de leve a severo. La neurosífilis se desarrolla en un 10 a 20 % de lactantes o niños infectados con sífilis congénita. La neurosífilis asintomática puede diagnosticarse en los primeros meses o años de vida, efectuando sistemáticamente exámenes de líquido cefalorraquídeo de niños de madres con sífilis. Pero, como ocurre con la neurosífilis adquirida, los síntomas y signos aparecen después de un período de latencia; en el caso 3-5 de la parálisis juvenil puede ser hasta de 20 años. En recién nacidos la forma de presentación temprana es difícil de caracterizar (Fontalvo et al., 2013).

Se describe que la neuroinfección por *T. pallidum* tras la invasión del líquido cefalorraquídeo (LCR), puede ocurrir en estadios tempranos de la infección y posiblemente horas después de la infección inicial; se ha identificado la espiroqueta por métodos de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) hasta en un 25% de las muestras de LCR de grupos de pacientes con sífilis temprana. Algunos autores sostienen que la invasión del sistema nervioso central (SNC) ocurre casi de manera universal a todos los infectados por *T. pallidum*, por lo que no se debería considerarlo una manifestación exclusiva de la sífilis tardía (Galindo et al., 2017).

La neurosífilis se puede clasificar entre formas tempranas: sífilis asintomática, meningitis sintomática, sífilis ocular, otosífilis y sífilis meningovascular y tardías: paresia generalizada y tabes dorsal. Las formas tempranas de la neurosífilis ocurren

los primeros meses y años después de la primera infección y afectan a las meninges y los vasos sanguíneos; no obstante, con el transcurrir de los años también se afectan el cerebro y el parénquima de la médula espinal (Galindo et al., 2017). Debido a la significativa reducción del número de casos después de la introducción de antibióticos la mayor parte del conocimiento sobre esta entidad patológica es obtenido de investigaciones y publicaciones de mediados de 1900 (Antezana et al., 2017).

El diagnóstico es complejo y se basa en el estudio del líquido cefalorraquídeo. Debido a la dificultad para hacer un diagnóstico con certeza se han establecido diferentes criterios diagnósticos, en los que juega un papel fundamental la serología para *T. pallidum*. La experiencia describe que, en la mayoría de las ocasiones, existen dificultades o no es posible realizar el diagnóstico directo, por lo que el diagnóstico indirecto serológico de la enfermedad se ha convertido en el procedimiento más frecuente, cuyos marcadores necesitan, aproximadamente, de unos 14 a 20 días para hacerse reactivos (Fuertes, 2009).

El diagnóstico de sífilis se basa en los signos y síntomas clínicos, examen microscópico y pruebas serológicas (luéticas) utilizando métodos indirectos ya que *T. Pallidum* no se puede cultivar *in vitro*. Las pruebas serológicas consisten en dos tipos: las reagínicas o no treponémicas, y las específicas o treponémicas (Apita et al., 2020). Dentro de las pruebas no treponémicas o reagínicas están la reacción de Wasserman, la prueba de la reagina plasmática rápida (RPR), la prueba VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y la prueba del rojo de toluidina en suero no calentado (TRUST); y dentro de las pruebas treponémicas está la FTA-Abs, el ensayo de hemaglutinación de *T. pallidum* (TPHA), la prueba de aglutinación pasiva de partículas de *T. pallidum* (TPPA), el ELISA, la quimioluminiscencia y la gran mayoría de pruebas diagnósticas en el punto de atención o pruebas rápidas que se comercializan hoy en día (OPS / OMS, 2014)

A diferencia de las pruebas no treponémicas, se considera que las pruebas treponémicas son más específicas. Sin embargo, en raros casos se han registrado resultados positivos falsos en las pruebas treponémicas, que pueden ser pasajeros y de causa desconocida o pueden asociarse a conectivopatías (OPS / OMS, 2014).

Las pruebas treponémicas se utilizan principalmente para confirmar los resultados positivos obtenidos con las pruebas reagínicas. Todas ellas deben realizarse previa absorción del suero para eliminar la reacción cruzada con otros treponemas. No son útiles para seguir los tratamientos, ya que suelen permanecer positivas en el 85 - 90% de los pacientes tratados y curados (Bardales, 2019). Todas las pruebas treponémicas actuales usan lisados celulares completos de *T. pallidum* o antígenos treponémicos recombinantes únicos (o una mezcla de ellos) para detectar los anticuerpos contra componentes celulares treponémicos específicos (OPS / OMS, 2014).

Algunas pruebas treponémicas pueden hacerse reactivas antes que las pruebas no treponémicas como la prueba de absorción de anticuerpos antitreponémicos fluorescentes (FTA-Abs) que puede hacerse reactiva aproximadamente 3 semanas después de la infección, y algunos pacientes con infección primaria muy precoz pueden ser seronegativos en las pruebas no treponémicas y seropositivos en las treponémicas. Sin embargo, se debe tener mucha precaución al interpretar los resultados de estas pruebas, pues encontrar un resultado negativo en una prueba no treponémica y un resultado positivo en una prueba treponémica indica la mayoría de las veces que se trata de una sífilis precoz previamente tratada, a no ser que haya signos obvios de una infección primaria actual (Asociación Colombiana de Dermatología, 2019).

Por otro lado, las pruebas reagínicas son fundamentales para evaluar la eficacia de los tratamientos. Si es eficaz los títulos deberán disminuir significativamente

(hasta 8 veces) durante los 6 - 12 meses siguientes a su inicio. Suele persistir reactividad a títulos muy bajos o en suero no diluído. Si el tratamiento se inicia en estadios latentes o tardíos lo habitual es conseguir una disminución de los títulos, de forma muy lenta, y sólo en un 25 - 40 % de los pacientes. En el resto, la persistencia de la seropositividad no indica ni fallo del tratamiento ni reinfección (Fuertes, 2009).

En los estudios de evolución natural de la enfermedad se ha visto que aproximadamente un 33% de los pacientes curan de forma espontánea con negativización de las pruebas reagínicas. Otro 33% no desarrolla síntomas de progresión de la enfermedad aunque las pruebas no treponémicas permanecen positivas y otro 33% desarrolla una enfermedad tardía más o menos grave (17% sífilis tardía benigna, 8% neurosífilis y 8% sífilis cardiovascular) (Contreras et al., 2008).

Las pruebas no treponémicas son utilizadas a escala mundial como métodos de pesquisa para el diagnóstico serológico de la sífilis, tanto en pacientes con sospecha clínica-epidemiológica como en aquellos en los que se desea evaluar su estado de salud como es el caso de las pruebas VDRL. Estas pruebas detectan anticuerpos inespecíficos que reaccionan con antígenos no treponémicos compuestos por cardiolipina, lecitina y colesterol, por lo que tienen la desventaja de que pueden conducir a falsos biológicos positivos (Rodríguez et al., 2005).

Estas a su vez miden simultáneamente inmunoglobulinas IgG e IgM frente a estas sustancias que son producidas en los tejidos dañados por el treponema o por otras enfermedades. Puesto que no miden anticuerpos específicos frente a *T. pallidum* su positividad no asegura la enfermedad sifilítica (Cherneskie, 2007).

Para la realización de la prueba VDRL, el suero del paciente es mezclado con el antígeno en un soporte circular de diámetro estándar. Si existen anticuerpos se combinan formando una floculación que es leída microscópicamente (100 x). El

antígeno VDRL debe de prepararse frecuentemente aunque puede estabilizarse, para su conservación durante unos días, mediante la adición de ácido benzoico al 1%. Cabe destacar que sólo la prueba VDRL está validada para la detección de anticuerpos no treponémicos en LCR y, en consecuencia, es el único útil para el diagnóstico de la neurosífilis (Espinosa et al., 2021).

La sensibilidad de estas pruebas está entre el 85 - 100% dependiendo del estadio de la enfermedad, mientras que la especificidad es del 95 – 99 %. En ocasiones, en la sífilis primaria temprana o la sífilis secundaria las pruebas no treponémicas pueden ser negativas con el suero no diluido y positivizarse tras la dilución del suero (fenómeno de prozona). El resultado de estas pruebas puede ser negativo durante el periodo de incubación, en pacientes con sífilis precoz y en algunos casos de sífilis terciaria (Torralba et al., 2018).

La titulación varía en función de la fase de la enfermedad y del tratamiento, por ello son muy útiles para analizar la actividad de la infección y monitorizar la respuesta al tratamiento. Títulos mayores suelen reflejar mayor actividad de la enfermedad. En el caso de la sífilis latente, el título de anticuerpos no treponémicos parece estar relacionado con el tiempo de evolución, de manera que títulos altos de VDRL se asocian a infecciones recientes (Torralba et al., 2018).

Ante el diagnóstico de la infección se debe tener presente que realizar en suero solo pruebas no treponémicas puede conducir a obtener falsos negativos en sífilis latentes tardías o en los periodos terciarios de la enfermedad. Así como también se puede obtener falsos positivos que no superan por lo general los títulos de 1/4 y pueden ser transitorios o permanentes según persistan o no más de seis meses. Las muestras hemolizadas pueden producir también este tipo de resultados. Por lo general la prueba RPR tiende a dar títulos más elevados que la prueba VDRL. Cuando se emplean para estudiar poblaciones todos los sueros reactivos deberán confirmarse con

una prueba treponémica. Por esta razón, no existe un punto de corte específico, y cualquier titulación debe investigarse como un caso de sífilis (Sampalo et al., 2021).

Son diversas las causas que pueden ocasionar un resultado falso positivo por VDRL, tanto de carácter infeccioso como no infeccioso, encontrándose así falsos positivos agudos y crónicos. Entre las principales causas se pueden citar infecciones virales, bacterianas, parasitarias, reacciones de hipersensibilidad, posvacunación y enfermedades sistémicas. Otras causas son los posibles errores técnicos en la realización de la prueba, por lo que es importante tener en cuenta los diferentes factores que pueden ocasionarlos, donde los de mayor influencia son una temperatura inapropiada del laboratorio, no conservación correcta de los reactivos, preparación incorrecta de la emulsión de antígeno VDRL, no uso de sueros humanos controles con reactividades conocidas, empleo de muestras no transparentes, lipémicas o contaminadas, así como dificultades en la lectura de este ensayo. También se han descrito falsos positivos de las pruebas no treponémicas durante el embarazo, en UDVP, en pacientes con lupus y en caso de infecciones como la tuberculosis o pacientes mayores de 70 años (Torralba et al., 2018).

El seguimiento de la respuesta al tratamiento es obligatorio y debe realizarse en toda la red asistencial ambulatoria. Este examen se empezó a realizar a partir de chequeos médicos preoperatorios, preempleos, entre otros; seguimientos de embarazos, o controles generales de salud, no por seguimiento serológico ni por presentar sospechas clínicas de sífilis, que luego tomo mayor importancia ante el aumento de dicha enfermedad en la población (Espinosa et al., 2021).

El tratamiento más eficaz y de elección es la penicilina cristalina, se recomienda un seguimiento posterior clínico y licuoral. Finalmente, se describen los cambios en la incidencia y presentación clínica, así como las dificultades diagnósticas

que pueden darse en los enfermos portadores del VIH que además sufran esta enfermedad (Conde et al., 2018).

En vista a todo lo descrito anteriormente, la realización de este trabajo busca establecer la incidencia de neurosífilis como complicación de sífilis congénita en neonatos del área de perinatología del complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez procedentes de zona rural. Agosto- octubre 2023

JUSTIFICACION

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo y tiene consecuencias médicas y psicológicas graves para millones de hombres, mujeres y niños, siendo la sífilis una de las enfermedades que tiene mayores repercusiones sobre las personas (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

La sífilis congénita ocurre en todo el mundo, variando la incidencia con la distribución geográfica y el entorno socioeconómico. La enfermedad puede ser adquirida por contacto directo durante el parto o a través de la placenta durante el embarazo, generando graves consecuencias en el feto en función del tiempo, con un nivel de afectación a los sistemas del cuerpo humano, siendo ampliamente susceptible el nervioso, que pudiera generar un nivel de incapacidad funcional arraigado a lo largo de su vida.

Actualmente la neurosífilis es una condición poco común pero aun presente sobre todo en pacientes pediátricos, el cual debe considerarse el diagnóstico en casos atípicos de meningitis aséptica, evento vascular agudo sin factores de riesgo cardiovascular y contexto clínico adecuado, pacientes con deterioro cognitivo rápido o ataxia sensorial y con ello establecer una adecuada terapéutica proporcionándole mejoría a quienes lo padezcan. Es por ello que el desarrollo de este trabajo permitirá establecer la incidencia de neurosífilis como complicación de sífilis congénita. Servicio de perinatología. Complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Agosto – octubre 2023.

OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer la incidencia de neurosífilis como complicación de sífilis congénita. Servicio de perinatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, agosto – octubre 2023.

Objetivos específicos

- Identificar el perfil materno de los neonatos con infección por *Treponema pallidum* (edad e infecciones concurrentes).
- Señalar el perfil obstétrico de las pacientes (control del embarazo, número de gestas y número de parejas sexuales de las pacientes).
- Determinar el periodo donde la madre obtuvo el diagnóstico de sífilis
- Establecer las complicaciones generadas en los neonatos a partir de la identificación del lapso en que fue la madre infectada por *treponema pallidum*
- Analizar los hallazgos clínicos y para-clínicos en los neonatos con neurosífilis.
- Indicar las pruebas diagnósticas realizadas a los Neonatos con neurosífilis.

- Especificar el tratamiento aplicado a la madre y a los Neonatos con neurosífilis.
- Identificar el porcentaje de mortalidad de los recién nacidos diagnosticados con neurosífilis.

MATERIALES Y METODOS

Diseño de la investigación

La estrategia que fue ejecutada para el desarrollo de este trabajo corresponde al tipo de investigación prospectiva, descriptiva y transversal.

Población

Parella y Martins (2012), definen la población como el conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar conclusiones, ésta puede ser definida como un conjunto finito o infinito de elementos y que generalmente suele ser inaccesible. Esta estuvo representada por todos aquellos neonatos que hayan sido hospitalizados en el servicio de perinatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez en el estado bolívar, Agosto- octubre 2023.

Muestra

La muestra, Arias (2012) la define como un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible, permitiendo hacer inferencias o generalizar los resultados al resto de la población. Las muestras fueron representadas por casos de neurosífilis como complicación de sífilis congénita en neonatos del servicio de perinatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez en el Estado Bolívar, Agosto- octubre 2023.

Criterios de inclusión

- Criterios clínicos de neurosífilis.

- Edad gestacional: 37 – 41 semanas.
- Partos intramurales.
- Ambos sexos.

Criterios de exclusión

- Otras patologías de índole neurológico.
- Malformaciones congénitas.
- Niños sanos.
- Pacientes con historia clínica incompleta.

Procedimientos

Se realizó un acta dirigida al Jefe del Departamento de Perinatología (Apéndice A), con la finalidad de solicitarle el permiso correspondiente y con ello estudiar los casos de neurosífilis como complicación de sífilis congénita en todos aquellos neonatos que se hayan encontrado en el área de perinatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez en el Estado Bolívar durante el periodo establecido, así como también la aplicación de una ficha de recolección para la obtención de los datos pertinentes (Apéndice B).

Análisis de resultados y tabulación

Los datos fueron analizados por medio del programa Microsoft Excel, aplicando estadística descriptiva, para luego ser presentados en cuadros y con ello lograr una correcta interpretación de los mismos.

RESULTADOS

En nuestra investigación se pudo evidenciar que de 34 madres entrevistadas el 79,41 % (n=27) tienen entre 18 – 27 años de edad, seguido de un 17,65 % (n=6) entre los 28 – 37 años. El 78,13 % (n=25) señalaron haber tenido infecciones concurrentes (ver tabla 1)

No obstante, las mujeres tuvieron un embarazo parcialmente controlado en el 94,12 % (n=32) de los casos. A su vez, el 82,35 % (n=28) de estas refirieron haber tenido 2 gestas a lo largo de su vida, con un número de parejas mayor de 2 representado el 88,24 % (n=30) (ver tabla 2)

Además, se determinó que 85,30 % (n=29) de las pacientes entrevistadas adquirieron la enfermedad durante el tercer trimestre de embarazo, siendo lo más predominante observado (ver tabla 3)

Dentro de las complicaciones, se observó que en el 5,88 % (n=2) de los neonatos con neurosífilis se presentaron manifestaciones cutáneas crónicas, no obstante, 1,94 % (n=1) presentaron sepsis (ver tabla 4)

Dentro de las manifestaciones clínicas más resaltantes se tiene las manifestaciones cutáneas representando un 64,71 % (n=22), seguido de un 26,47 % (n=9) que presentaron ictericia y 20,59 % (n=7) palidez y fiebre cada una respectivamente (ver tabla 5.1)

Asimismo, se pudo evidenciar que 91,18 % (n=31) de los pacientes cursaron una con hemoglobina mayor de 12 gr/dL y un hematocrito mayor de 35 %, seguido de un 88,24 % (n=30) quienes arrojaron unos glóbulos blancos mayor de 15.000. No

obstante, 82,35 % (n=28) arrojaron un valor de neutrófilos por encima del 60 % y linfocitos menor de 40 % representando el 52,94 % (n=18) de los casos, mientras que el total de pacientes presentaron valores de basófilos y eosinófilos menor al valor establecido (ver tabla 5.2)

De acuerdo a las pruebas diagnósticas realizadas se puede observar que 100 % (n=34) de los pacientes se les realizó VDRL, de los cuales, 17 de ellos resultaron reactivos, donde solamente 8,82 % (n=3) fueron confirmados por medio del estudio de LCR (ver tabla 6)

También, se determinó que El 94,12 % (n=32) de las madres fueron tratadas con penicilina benzatínica, mientras que en el 100 % (n=34) de los neonatos se empleó penicilina cristalina (ver tabla 7)

Del mismo modo, Se pudo observar que el 100 % (n=34) de los neonatos sobrevivieron ante el padecimiento de neurosífilis (ver tabla 8)

Tabla 1

**Perfil materno de neonatos con neurosífilis. Servicio de perinatología.
Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado
Bolívar. Agosto – octubre 2023.**

Edad	N	%
Menor de 18 años	-	-
18 – 27 años	27	79,41
28 – 37 años	6	17,65
Mayor de 37 años	1	2,94
Infecciones concurrentes		
Si	25	78,13
No	9	21,87

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tabla 2

Perfil obstétrico de madres de neonatos con neurosífilis. Servicio de perinatología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Agosto – octubre 2023.

Control de embarazo		
No controlado	-	-
Parcialmente controlado	32	94,12
Controlado	2	5,88
Número de gestas		
1	1	2,94
2	28	82,35
Mayor de 2	5	14,71
Número de parejas		
1	1	2,94
2	3	8,82
Mayor de 2	30	88,24

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tabla 3

Etapa de diagnóstico de madres de neonatos con neurosífilis. Servicio de perinatología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Agosto – octubre 2023.

Etapa de diagnóstico	n	%
Antes del embarazo	3	8,82
Durante del embarazo		
Primer trimestre	-	-
Segundo trimestre	2	5,88
Tercer trimestre	29	85,30

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tabla 4

Complicaciones neonatales en pacientes con neurosífilis según lapso de infestación de la madre. Servicio de perinatología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Agosto – octubre 2023.

Complicaciones neonatales	Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre	
	N	%	N	%	n	%
Sepsis	-	-	-	-	1	2,94
Alteraciones cardiovasculares	-	-	-	-	-	-
Alteraciones cutáneas	-	-	-	-	2	5,88
Alteraciones visuales	-	-	-	-	-	-
Microcefalia	-	-	-	-	-	-
Hidrocefalia	-	-	-	-	-	-
Sin complicaciones	-	-	-	-	31	91,18

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tabla 5.1

Manifestaciones clínicas encontradas en neonatos con neurosífilis. Servicio de perinatología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Agosto – octubre 2023.

Manifestaciones clínicas	Presente		Ausente	
	N	%	N	%
Palidez	7	20,59	27	79,41
Manifestaciones cutáneas	22	64,71	12	35,29
Restricción del crecimiento intrauterino	1	2,94	33	97,06
Disnea	2	5,88	32	94,12
Ictericia	9	26,47	25	73,53
Rinorrea	-	-	34	100
Fiebre	7	20,59	27	79,41
Hepatoesplenomegalia	-	-	34	100
Asintomático	6	17,65	28	82,35

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tabla 5.2

Resultados de laboratorio obtenido en neonatos con neurosífilis. Servicio de perinatología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Agosto – octubre 2023.

Hematología			
	Menor de 12 g/dL	3	8,82
	Mayor de 12 g/dL	31	91,18
Hematocrito			
	Menor de 35 %	3	8,82
	Mayor de 35 %	31	91,18
Glóbulos blancos			
	Mayor de 15.000	4	11,76
	Menor de 15.000	30	88,24
Neutrófilos			
	Mayor de 60 %	6	17,65
	Menor de 60 %	28	82,35
Eosinófilos			
	Mayor de 3 %	-	-
	Menor de 3 %	34	100
Basófilos			
	Mayor de 1 %	-	-
	Menor de 1 %	34	100
Linfocitos			
	Mayor de 40 %	16	47,06
	Menor de 40 %	18	52,94

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tabla N°6

Pruebas diagnósticas realizadas en neonatos con neurosífilis. Servicio de perinatología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Agosto – octubre 2023.

Pruebas diagnósticas	Parámetro			
	Realizada		No realizada	
	N	%	N	%
VDRL	34	100	-	-
VDRL en LCR	3	8,82	31	91,18
IgM contra T. pallidum	1	2,94	33	97,06
Identificación de T. pallidum en placenta	-	-	34	100
Identificación de T. pallidum en cordón umbilical	-	-	34	100
Biopsia mediante microscopia de campo oscuro	-	-	34	100

VDRL reactivo = 17 pacientes. **Fuente:** Hoja de recolección de datos.

Tabla 7

Tratamiento empleado en madres y neonatos con neurosífilis. Servicio de perinatología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Agosto – octubre 2023.

Tratamiento		
Madre	n	%
Penicilina cristalina	2	5,88
Penicilina benzatínica	32	94,12
Otro	-	-
Neonato		
Penicilina cristalina	34	100
Penicilina benzatínica	-	-
Otro	-	-

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tabla 8

**Mortalidad en neonatos con neurosífilis. Servicio de perinatología.
Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado
Bolívar. Agosto – octubre 2023.**

Mortalidad	N	%
Vivo	34	100
Muerto	-	-
Total	34	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se obtuvo que 79,41 % de las pacientes entrevistadas tienen entre 18 – 27 años de edad, el cual tuvieron un embarazo parcialmente controlado (94,12 %), donde 82,35 % de estas refirieron haber tenido 2 gestas a lo largo de su vida, con un número de parejas mayor de 2 (88,24 %). Estas señalaron haber tenido infecciones concurrentes en el 78,13 %, el cual se acerca a los resultados obtenidos en el estudio 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 cuyo embarazo fue parcialmente controlado en 83 %, pero difiere del estudio de Carrillo y Fuentes (2021) que obtuvieron que el 50% de las madres habían tenido por los menos 2 compañeros sexuales y el 50% afirmaron un embarazo no controlado a pesar de haber presentado infecciones durante el desarrollo del embarazo.

El 85,30 % de estas adquirieron la enfermedad durante el embarazo en el tercer trimestre, el cual difiere del trabajo de investigación de Silva (2016) el cual determinó que 58 % de las pacientes adquirieron esta infección en el primer trimestre de embarazo, 32 % en el tercer trimestre y 10 % en el segundo trimestre.

Con respecto a las complicaciones, 5,88 % de los neonatos con neurosífilis presentaron manifestaciones cutáneas crónicas y 1,94 % presentaron sepsis, el cual se acerca a los valores obtenidos en el estudio de Arévalo (2019) donde la sepsis temprana se presentó en el 3,7 % de la población en estudio, por otro lado, difiere de Carrillo y Fuentes (2021) señalaron que 12 % presentaron sepsis neonatal, mientras que Canales (2021) determinó que la sepsis neonatal representó 20,7 %.

Dentro de las manifestaciones clínicas más resaltantes se tiene las manifestaciones cutáneas (64,71 %), ictericia (26,47 %), palidez (20,59 %) y fiebre

(20,59 %), el cual se acerca al estudio de Silva (2016) quienes señalaron que 20 % tenían ictericia, y la palidez producto de la anemia estuvo presente en 15% de los casos, no obstante, difiere del estudio de 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, mientras que Canales (2021) indicó que la anemia estuvo presente en 13 % y la disnea un 39,6 %.

Un 91,18 % de los pacientes cursaron una con hemoglobina mayor de 12 gr/dL, hematocrito mayor de 35 %, seguido de 88,24 % glóbulos blancos menor de 15.000, 82,35 % neutrófilos por debajo del 60 % y 52,94 % linfocitos menor de 40 %, el cual, difiere del estudio de Silva (2016) quien indico que 15 % de los pacientes tuvieron valores de hemoglobina menor de 11 gr/dL, hematocrito menor de 35 % y segmentados mayor de 65 %, mientras que Carrillo y Fuentes (2021) exclamaron que los parámetros de laboratorio se encontraron por debajo de los valores normales en un 53 %.

El 100 % de los pacientes se les realizó VDRL, de los cuales, 17 de ellos (50 %) resultaron reactivos, donde solamente 8,82 % fueron confirmados por medio del estudio de LCR., el cual difiere de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación de Carrillo y Fuentes (2021) quienes obtuvieron que 54 % de los pacientes tuvieron prueba VDRL reactivo, no obstante, Cifuentes y Ojeda (2013) evidenciaron el proceso infeccioso en el 34 % de los casos, mientras que Canales (2021) señaló la presencia de VDRL en el 13,2 % de los pacientes.

El tratamiento empleado en el 94,12 % de las madres fue con penicilina benzatínica, mientras que en el 100 % de los neonatos se empleó penicilina cristalina, el cual se acerca a lo establecido en el trabajo de Silva (2016) quien señalo que 91 % de las pacientes se les administro penicilina benzatínica VIM, mientras que Canales

(2021) estableció que el tratamiento tanto para la madre como en los hijos fue a base de penicilinas en un 100 %, coincidiendo con lo obtenido.

El 100 % de los neonatos sobrevivieron ante el padecimiento de neurosífilis, el cual se acerca a los resultados obtenidos en el trabajo de investigación de Arévalo (2019) quien indicó una tasa de supervivencia del 96,3 % de la población en estudio.

CONCLUSIONES

La mayoría de las pacientes entrevistadas tenían entre 18 – 27 años de edad, con un embarazo parcialmente controlado, con 2 gestas a lo largo de su vida, un número de parejas mayor de 2 y haber tenido infecciones concurrentes.

Gran parte de las pacientes señalaron haber adquirido la enfermedad durante el tercer trimestre del embarazo.

Solo en una pequeña proporción de los neonatos con neurosífilis se observaron manifestaciones cutáneas crónicas y sepsis como principales complicaciones.

Las manifestaciones cutáneas, la ictericia, la palidez y la fiebre fueron las principales manifestaciones clínicas observadas en estos pacientes.

Más del 50 % de los pacientes cursaron con una hemoglobina mayor de 12 gr/dL, hematocrito mayor de 35 %, glóbulos blancos mayor de 15.000, neutrófilos por encima del 60 % y linfocitos menor de 40 %.

El total de pacientes evaluados 17 resultaron VDRL reactivo, 3 de ellos se confirmó VDRL reactivo en LCR y solo una pequeña proporción de estos tuvieron IgM contra *T. pallidum* positivo.

El tratamiento empleado en la mayoría de las pacientes fue con penicilina benzatínica y en todos neonatos con penicilina cristalina.

Todos y cada uno de los neonatos sobrevivieron ante el padecimiento de neurosífilis.

RECOMENDACIONES

Fomentar en las pacientes a mantener un control adecuado durante el embarazo.

Señalar la importancia que conlleva controlarse el embarazo.

Despistaje de enfermedades de transmisión sexual durante el embarazo.

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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albornoz, M., Lazarte, S. 2018. Prevalencia de sífilis en puérperas sin control serológico en el último mes de gestación y estudio de su relación con factores de riesgo. [Documento en línea] Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen35/25-32.pdf> [Diciembre, 2022].
- Antezana, A., Antezana, A., Teran, C. 2017. Neurosífilis [Documento en línea] Disponible en: http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662017000100013 [Diciembre, 2022].
- Apoita, M., González, B., Jané, E., Marí Roig, L., Estrugo, A., López, J. 2020 Sífilis: manifestaciones orales, revisión sistemática [Documento en línea] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v36n3/0213-1285-odonto-36-3-161.pdf> [Diciembre, 2022].
- 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, 2023].
- Arias, F. 2012. El proyecto de investigación. Episteme, C.A. Caracas, Venezuela.

- Asociación Colombiana de Dermatología. 2019. Diagnóstico de sífilis: al derecho y al revés [Documento en línea] Disponible en: <http://scielo.edu.uy/pdf/ago/v43n3/sifili s.pdf> [Diciembre, 2022].
- Baudo, J., Micinquevich, S., Distéfano, C., Casariego Z. 2005. Secundarismo sifilítico y el resultado del test de VIH no retirado por el mismo paciente, un problema de salud pública: A propósito de un caso [Documento en línea] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n1/0120-8705-cesm-31-01-00027.pdf> [Diciembre, 2022].
- Callejos, F., Serna, G., Cardona, J. 2017. Frecuencia de reactividad a la prueba VDRL y de positividad para Chlamydia spp, VIH y virus de la hepatitis B y C en una institución prestadora de servicios de la salud de Medellín [Documento en línea] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n1/0120-8705-cesm-31-01-00027.pdf> [Diciembre, 2022].
- 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.
- 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.

- Cherneskie, T. 2007. Revisión y actualización del diagnóstico y manejo de la infección por sífilis [Documento en línea] Disponible en: https://www.nycptc.org/x/Syphillis_Spanish_Module_Online.pdf [Diciembre, 2022].
- 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> [Diciembre, 2022].
- Conde, M., Hernández, J., Cardenas, M., Amela, R. 2018. Neurosífilis: formas de presentación y manejo clínico [Documento en línea] Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2001422> [Diciembre, 2022].
- Contreras, E., Zuluaga, S., Ocampo, V. 2008. Sífilis: la gran simuladora. [Documento en línea] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v12n2/v12n2a06.pdf> [Diciembre, 2022].
- Espinosa, Y., Rojas, A., Rodríguez, I. 2021. Exactitud del diagnóstico serológico de sífilis venérea en laboratorios de Cuba [Documento en línea] Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/1160/1089> [Mayo, 2023].
- Fontalvo, D., Yepes, A., Gómez, D., Farfán, M. 2013. Neurosífilis congénita: un caso clínico [Documento en línea] Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2013/md131h.pdf> [Diciembre, 2022].

Fuertes, A. Diagnóstico serológico de sífilis [Documento en línea] Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis2.pdf> [Diciembre, 2022].

Galindo, J., Mier, J., Miranda, C., Rivas, J. 2017. Neurosífilis: un problema antiguo que no pierde actualidad [Documento en línea] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-neurosifilis-un-problema-antiguo-que-S0034745017300586> [Diciembre, 2022].

López, J., Frasquet, J. 2005. Sífilis: una revisión actual [Documento en línea] Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis.pdf> [Diciembre, 2022].

Martínez, G. 2021. Información sobre factores de riesgos asociados a la sífilis en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, ciudad Rosario, 2021 [Documento en línea] Disponible en: <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/21739/PTE2146-MartinezGS-2020.pdf?sequence=3> [Diciembre, 2022].

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2016. Prevalencia de VIH y Sífilis y Conocimientos, Prácticas y Actitudes de la Población Indígena según Familias Lingüísticas en el Paraguay 2016 [Documento en

línea] Disponible en: <http://onusidalac.org/1/images/informe-Estudio-indigenas-paraguay2016.pdf> [Diciembre, 2022].

Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de transmisión sexual: Marco de referencia para la prevención, atención y control de las ITS. Herramientas para su implementación. [Documento en línea] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf [Diciembre, 2022].

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2014. Diagnóstico de laboratorio de las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [Documento en línea] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2014-cha-diagnostico-lab-its-vih.pdf> [Diciembre, 2022].

Palella, S.; Martins, F. 2012. Metodología de la investigación cuantitativa. FEDUPEL. Caracas, Venezuela. 253 pp.

Sampalo, F., Schawartz, A., Romero, M., Branco, I., Espinosa, A. 2021. Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: sífilis adquirida [Documento en línea] Disponible en: https://www.scielo.br/j/ress/a/N3PFzwZK_hgLVPHngzGRFdfy/?lang=es&format=pdf [Mayo, 2023].

- Silva, A. 2016. Recién nacidos con sífilis congénita. Servicio de neonatología. Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Junio 2013 – Junio 2015. Trabajo de Grado. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. 31 pp.
- Tesini, B. 2022. Sífilis congénita [Documento en línea] Disponible en: <https://www.msdmannuals.com/es-ve/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADfilis-cong%C3%A9nita> [Diciembre, 2022].
- Torralba, M., Martínez, J., Redondo, R., Rodríguez, M. 2018. Infecciones por treponemas. Sífilis [Documento en línea] Disponible en: <http://www.residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/273%20Infecciones%20por%20treponemas%20S%C3%ADfilis.pdf> [Mayo, 2023].

APÉNDICES

Apéndice A



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

Ciudad Bolívar, Diciembre de 2022.

Jefe del Departamento de Historias Médicas.

Su despacho.

Reciba un cordial saludo, por medio de la presente hacemos solicitud, de llevar a cabo la ejecución del trabajo de investigación titulado: **INCIDENCIA DE NEUROSIFILIS COMO COMPLICACIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA. SERVICIO DE PERINATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. AGOSTO – OCTUBRE 2023.** Que será presentado posteriormente como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano. Durante la realización del mencionado trabajo de investigación se contara con la asesoría de la Dra. Liliana Castillo.

Sin nada más que hacer referencia, queda de parte de usted.

Atentamente.

Br. Marcano Adriana.

Br. Martínez Yurvis.

Apéndice B



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

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Antecedentes Maternos:

Edad___

Números de parejas sexuales_____

Números de Controles prenatal: ___

Número de gestas: ___

Procedencia: Rural___ Urbano_____

ASISTENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES

Asistió a controles prenatales SI___NO_____, en caso de NO, causa_____

Número de controles:

Controlado SI___NO_____

Parcialmente controlado SI___NO_____

No controlado SI___NO_____

Dónde se realizó los controles prenatales:

Ambulatorio SI___NO_____

CDI SI___NO_____

Hospital SI____NO_____

Privado SI____N

¿Cuándo la madre fue diagnosticada con treponema pallidum? En caso de haber obtenido el diagnostico durante la gesta especificar el trimestre

Antes del embarazo si__ no__

Durante el embarazo 1er____ 2do____ 3er____

TRATAMIENTO ADMINISTRADO A LA MADRE

Tipo de Medicamento:

Penicilina Cristalina. SI____ NO____ unidades_____ número de dosis día_____

Penicilina Benzatínica SI____ NO____ unidades_____ número de dosis día_____

Otro SI____ NO____ Cual_____

Duración del Tratamiento

1-10 días _____

>10-14 días _____

> 14 días_____

Caracterizar los neonatos del área de perinatología del hospital Ruiz y Páez

EDAD GESTACIONAL AL NACER

a.- Pretérmino

b.- A término

c.- Postérmino

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS:

PESO _____gr. TALLA _____cm PERIMETRO CEFALICO _____cm

SEXO: F ____ M____

Síntomas presentes en el paciente

Palidez	
Erupción	
Petequias	
Equimosis	
Hematomas	
Ictericia	
Dificultad respiratoria	
Hepatoesplenomegalia	
Microcefalia	
Hidrocefalia	
Convulsión	
Alteraciones cardiacas	
Alteraciones óseas	
Alteraciones visuales	
Signos de sepsis	
Asintomático	
Otros	

DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA EN EL PACIENTE

Positivo SI___NO___ Negativo SI___ NO___ Desconocido SI___ NO___

Punción Lumbar Si___ NO___

Pruebas de laboratorio

VDRL _____

VDRL en LCR. _____

Hemograma _____

Recuento de plaquetas. _____

Transaminasas _____

Bilirrubina _____

Protrombina _____

PT _____

PTT _____

Fibrinógeno ____

Examen general de orina ____

Nitrógeno ureico o urea ____

Características Clínicas:

- RCIU ____
- Manifestaciones cutáneas ____
- Neumonitis ____
- Ictericia ____
- Rinorrea ____
- Fiebre ____
- Hepatoesplenomegalia ____

Hallazgos de laboratorio

- Hemoglobina __
- Hematocrito ____
- Leucocitos ____
- Segmentados ____
- Linfocitos ____

Criterios Diagnósticos

- VDRL reactivo __
- IgM contra T, Pallidum ____
- Identificación de T. pallidum en placenta ____
- Identificación de T, pallidum en cordón umbilical ____
- Biopsia mediante microscopia de campo oscuro ____

¿En caso de indicar punción lumbar en el neonato? Especificar

TASA DE MORTALIDAD DEL PACIENTE

VIVO

SI____NO____

MUERTO

SI____NO____ fecha de muerte_____ Edad de
muerte_____CAUSA:

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	INCIDENCIA DE NEUROSIFILIS COMO COMPLICACIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA. SERVICIO DE PERINATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. AGOSTO – OCTUBRE 2023.
---------------	--

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Marcano Salazar, Adriana Geraldine	CVLAC: 24.512.519 E MAIL: adrianamarcano95@gmail.com
Martínez Jaimes, Yurvis Nairovi	CVLAC: 26.129.033 E MAIL: yurvisjm@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Neurosifilis, Neonatos, Sífilis Congénita.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto. de Pediatría	Servicio de Perinatología.

RESUMEN (ABSTRACT):

Introducción: la neurosífilis es una condición poco común pero aun presente sobre todo en pacientes pediátricos, el cual debe considerarse el diagnóstico en casos atípicos de meningitis aséptica, evento vascular agudo sin factores de riesgo cardiovascular y contexto clínico adecuado, pacientes con deterioro cognitivo rápido o ataxia sensorial y con ello establecer una adecuada terapéutica proporcionándole mejoría a quienes lo padezcan. **Objetivo:** Establecer la incidencia de neurosífilis como complicación de sífilis congénita. Servicio de perinatología. Complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Agosto – octubre 2023. **Metodología:** Es una investigación de tipo prospectivo, descriptivo, de corte transversal. **Resultados:** Se obtuvo que 79,41 % de las pacientes entrevistadas tienen entre 18 – 27 años de edad, el cual tuvieron un embarazo parcialmente controlado (94,12 %), donde 82,35 % de estas refirieron haber tenido 2 gestas a lo largo de su vida, con un número de parejas mayor de 2 (86,36 %). Estas señalaron haber tenido infecciones concurrentes en el 78,13 %. El 85,30 % de estas adquirieron la enfermedad durante el embarazo en el tercer trimestre. 5,88 % de los neonatos con neurosífilis se complicaron con manifestaciones cutáneas crónicas y 2,94 % presentaron sepsis. Dentro de las manifestaciones clínicas más resaltantes se tiene las manifestaciones cutáneas (64,71 %), ictericia (26,47 %), palidez (20,59 %) y fiebre (20,59 %). Un 91,18 % de los pacientes cursaron una con hemoglobina mayor de 12 gr/dL, hematocrito mayor de 35 %, seguido de 88,24 % glóbulos blancos mayor de 15.000, 82,35 % neutrófilos por encima del 60 % y 52,94 % linfocitos menor de 40 %. El 50 % de las pacientes tuvieron VDRL reactivo, en el 8,82% se confirmó VDRL reactivo en LCR y solo un 2,94 % tuvo IgM contra T. pallidum. El 94,12 % de las madres fueron tratadas con penicilina benzatínica, mientras que en el 100 % de los neonatos se empleó penicilina cristalina. 100 % de los neonatos sobrevivieron ante el padecimiento de neurosífilis. **Conclusión:** Se pudo constatar una baja incidencia de casos de neurosífilis durante el desarrollo de este estudio.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Dra. Liliana Castillo	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
	CVLAC:	8.878.614			
	E_MAIL	liliana8878@gmail.com			
	E_MAIL				
Dra. Ana Bastardo	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	8.638.852			
	E_MAIL	anabastardo2005@ gmail.com			
	E_MAIL				
Dra. Ana Vasquez	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	8.872.972			
	E_MAIL	anmilvasquez@gmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	CVLAC:				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024 AÑO	06 MES	18 DÍA
--------------------	------------------	------------------

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis incidencia de neurosífilis como complicación de sífilis congénita Servicio de Perinatología CHURYP Cdad Bol Edo Bol ago oct 2023	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL:

Servicio de Perinatología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Municipio Angostura del Orinoco, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

TEMPORAL: 10 AÑOS

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



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 *[Signature]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]
JUAN A. BOLANOS CUNEL
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 Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.
JABC/YGC/maruja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



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

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

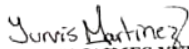
DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

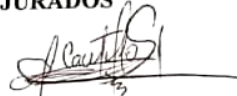
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario “

AUTOR(ES)



Br. MARCAÑO SALAZAR ADRIANA GERALDINE
C.I. 24512519
AUTOR


Br. MARTINEZ JAIMES YURVIS NAIROVI
C.I. 26129033
AUTOR


JURADOS


TUTOR: Prof. LILIANA CASTILLO
C.I.N. 8878 614.

EMAIL: liliane.8878@gmail.com.


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

EMAIL: anavazquez@uor.edu.ve


JURADO Prof. ANA SANTOS
C.I.N. 12.87.051

EMAIL: asantos@udo.edu.ve


P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José M. de C. Columbus Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Haja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
Teléfono (0285) 6324976