



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

ACTA

TG-2023-03-19

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MILANGELA MILLÁN Prof. ANA VASQUEZ y Prof. FERNANDO LINARES, Reunidos en: Sala Reunión de Parasitología

a la hora: 11:00u
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

SÍFILIS CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PERINATOLOGÍA II DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ", CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR

Del Bachiller MILLAN MEDINA MARIA TERESA C.I.: 25005879, como requisito parcial para optar al Título de Licenciatura en Bioanálisis en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:
VEREDICTO

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

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 09 días del mes de Abril de 2024

Prof. MILANGELA MILLÁN
 Miembro Tutor

Prof. ANA VASQUEZ
 Miembro Principal

Prof. FERNANDO LINARES
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMADOR RODRÍGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





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

ACTA

TG-2023-03-19

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MILANGELA MILLÁN Prof. ANA VASQUEZ y Prof. FERNANDO LINARES, Reunidos en: Sala de Reunión de Perinatología

a la hora: 11:00 am

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

SÍFILIS CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PERINATOLOGÍA II DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ", CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR

Del Bachiller SALGUERA PERFECTO EURIMAR LEANGI DEL CARMEN C.I.: 25511486, como requisito parcial para optar al Título de Licenciatura en Bioanálisis en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

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

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 09 días del mes de Abril de 2024

Prof. MILANGELA MILLÁN
 Miembro Tutor

Prof. ANA VASQUEZ
 Miembro Principal

Prof. FERNANDO LINARES
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE BIOANÁLISIS

**SÍFILIS CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS
EN EL ÁREA DE PERINATOLOGÍA II COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”, CIUDAD
BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR**

Tutor:

MSc. Milangella Millán

Co- Tutora

MSc. Alizar Abou Fakhr

Trabajo de grado presentado por:

Br. Millán Medina María Teresa

C.I: 25.005.879

Br. Salguera Perfecto Eurimar Leangi del Carmen

C.I: 25.511.486

Como requisito parcial para optar al Título de Licenciado en Bioanálisis.

Ciudad Bolívar, Abril del 2024.

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------|-----|
| ÍNDICE..... | iv |
| AGRADECIMIENTOS..... | vi |
| DEDICATORIA..... | vii |
| RESUMEN..... | x |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 12 |
| OBJETIVOS..... | 13 |
| Objetivo General..... | 13 |
| Objetivos Específicos..... | 13 |
| METODOLOGÍA..... | 14 |
| Tipo de investigación..... | 14 |
| Universo..... | 14 |
| Muestra..... | 14 |
| Procedimientos..... | 14 |
| Método..... | 17 |
| Análisis Estadístico..... | 17 |
| RESULTADOS..... | 18 |
| Tabla 1..... | 20 |
| Tabla 2..... | 21 |
| Tabla 3..... | 22 |
| Tabla 4..... | 23 |
| DISCUSIÓN..... | 24 |
| CONCLUSIÓN..... | 28 |
| RECOMENDACIONES..... | 29 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 30 |
| APÉNDICES..... | 35 |

| | |
|--------------|----|
| ANEXOS | 37 |
| Anexo 1..... | 38 |
| Anexo 2..... | 39 |
| Anexo 3..... | 40 |

AGRADECIMIENTOS

A nuestra tutora y co-tutora las profesoras Milangella Millan y Alizar Abou Fakhr por su dedicación y ayuda.

A la Dra. Ana Vázquez jefa del servicio de perinatología, médicos residentes, personal de enfermería y vigilancia por permitirnos trabajar en conjunto y colaborarnos en cada situación.

A la Licenciada Neyla Seguias y auxiliar del Laboratorio de Bioanálisis “Arcangel Miguel” por prestarnos sus áreas para llevar a cabo nuestra etapa de procesamiento de muestras.

A todas las personas que no se nombran pero que de una u otra forma contribuyeron.

DEDICATORIA

El siguiente trabajo tiene una dedicación especial a mi compañero fiel, guía y protector, en el que todo se puede, y nunca nos desampara, nuestro padre protector, por permitirme estar de pie en todo momento, ser mi sustento en cada situación y por darme el privilegio de colocar en mi camino a las personas que de cualquier manera me han apoyado a cumplir esta meta.

A mis padres, Eulys y Zayuri porque no existe recompensa para retribuirles tanto amor y sacrificio.

A mis hermanos Eulys y Eumer por sus consejos, cuidado y protección.

A mi compañera de tesis y amiga María, por su compañía, esfuerzo, dedicación y aliento para sacar a flote este hermoso sueño que compartimos.

Eurimar Salguera.

DEDICATORIA

A Dios primeramente por darme el don de la vida, por permitirme culminar mis carreras universitarias exitosamente, por bendecirme y guiarme en todo momento.

A mis padres Lisandro Millán y Teresa Medina por todo su amor, dedicación y apoyo incondicional, ustedes siempre han sido mi mejor ejemplo, de que con esfuerzo y amor todo lo puedo lograr, me siento muy orgullosa de ser su hija. Los amo con mi alma y solo tengo palabras de agradecimiento para ustedes.

A mis hermanos y compañeros de vida, Ana Teresa y Jorge Alexander, por aconsejarme y ser mi apoyo incondicional, los amo y le pido a Dios nos permita celebrar este y muchos más logros juntos.

A mis abuelos Fortuna, Pablo, Eneida, Elías y demás familiares, tíos, primos y padrinos, porque a pesar de la distancia siempre han estado presente en mis momentos importantes.

A Erick Rivas por ser mi apoyo en esta última etapa de mi carrera, por su amor y paciencia, te amo y le pido a Dios poder disfrutar de este logro juntos nuevamente.

A Yaroscar Guerra por ser esa hermana y amiga incondicional, que a pesar de la distancia ha estado presente compartiendo mis éxitos, te amo y espero que nos podamos reencontrar muy pronto.

A mis compañeros y amigos de la carrera, Daniela, Ronald, Noriailic, Junior, Fabiola, Ángel, Ponciana y Estephany, por ser la mejor compañía que todo universitario necesita, por sus palabras de apoyo y cariño a lo largo de todos estos

años, le pido a Dios que guie sus caminos y sean mucho más exitosos de lo que ya son, los quiero mucho.

A mi compañera de tesis Eurimar, por su amistad, paciencia y compromiso, el cual fue fundamental para culminar satisfactoriamente este trabajo de grado.

A todos mis profesores de la carrera y tutores de pasantías, en especial a tres licenciadas que me abrieron las puertas de sus laboratorios, en varias oportunidades, Lcda Vilma Vera, Lcda Neyla Seguias y Lcda Jamileth Torres, por tenerme tanta paciencia y cariño, sus conocimientos han sido fundamentales para mi formación.

María Teresa Millán.

**SÍFILIS CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL
ÁREA DE PERINATOLOGÍA II DEL COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO
BOLÍVAR**

Millan, M., Salguera, E., Lcda. Millan, M., Lcda. Abou Fakhr Alizar.

RESUMEN

Introducción: La sífilis congénita es una infección multisistémica que afecta al recién nacido (RN) y que puede producir manifestaciones clínicas de variada gravedad, e incluso ser fatal. Durante los últimos años, la incidencia de la sífilis ha aumentado a nivel mundial y, de igual forma, la sífilis congénita en neonatos.

Objetivo: Señalar la frecuencia de sífilis congénita en recién nacidos atendidos en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 562 recién nacidos en el periodo Febrero-Abril del 2023. Resultados: Del total de recién nacidos atendidos 8,01% dieron un resultado positivo en la prueba de VDRL y un 8,72% en la prueba SD BIO-LINE HIV/Syphilis Duo, 81,63% de las madres que contrajeron la enfermedad no recibieron pruebas serológicas durante el embarazo, mientras que el 77,55% no recibieron información sobre ITS durante el control prenatal. **Conclusión:** Los resultados revelaron una frecuencia significativa de sífilis congénita, además entre los factores de riesgo que más predominaron fue los escasos controles prenatales.

Palabras clave: Sífilis congénita, recién nacidos, frecuencia, factores de riesgo, atención prenatal, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual comúnmente poseen efectos notables en la salud sexual y reproductiva a nivel mundial y están ubicadas entre las cinco principales causas por las que las personas buscan atención médica. Constituyen un notable problema de salud pública, desmejora la calidad de vida que poseen las personas originando importantes niveles de morbilidad, mortalidad y perjudicando la salud infantil y reproductiva de la población (Erazo, 2021).

La sífilis, conocida también como el nombre de lúes, es una enfermedad sistémica de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*, la misma pasa por varios estadios y presentaciones clínicas, desde asintomática, hasta el deterioro completo de las capacidades cognitivas y la muerte. Al no ser tratada en su etapa primaria aguda se convierte en una enfermedad crónica (OMS, 2008).

Su agente causal, *Treponema pallidum*, fue descubierto en 1905 por el zoólogo alemán Fritz Schaudinn, es una espiroqueta altamente contagiosa, mide de 5 a 20 micras de largo y 0,5 de diámetro. Perteneció a la familia Spirochaetaceae, de la cual se han descrito un género y cuatro especies: *Treponema pallidum* que se transmite por contacto sexual, vertical, accidental y transfusional en todo el mundo; *Treponema pertenue*, agente del pian o frambesia, que se transmite especialmente por contacto estrecho y duradero no sexual en zonas tropicales; *Treponema endemicum*, causal del bejel, que se transmite por contacto estrecho y duradero no sexual en el norte de África; *Treponema carateum*, causante de carate o pinta, que se transmite especialmente por contacto estrecho y no sexual en zonas tropicales. La forma más frecuente de transmisión de *Treponema pallidum* es la sexual, pero la congénita sigue siendo importante (Quispe, 2019).

La sífilis es conocida desde hace siglos por ser una enfermedad con manifestaciones clínicas más inespecíficas según la fase que cruce y por su gran cantidad de brotes en diferentes épocas y poblaciones a nivel mundial y a lo largo de la historia. Se conoce como una infección de transmisión sexual de aparición cada vez más frecuente, cuya prevalencia ha aumentado de manera alarmante en el mundo y en nuestro medio. En la actualidad, a pesar de ser una enfermedad prevenible, de fácil diagnóstico y completamente curable desde el descubrimiento de la penicilina, lamentablemente sigue siendo un problema grave de salud para las naciones en general, especialmente para poblaciones de riesgo como mujeres embarazadas y pacientes VIH positivos (Ceballos, 2016).

La infección se origina por el contacto con úlceras o chancros, por medio de transfusiones sanguíneas, o mediante la transmisión materno-infantil, a través de la placenta, durante el embarazo. Es por esto que en esta etapa de la gestación adquiere una mayor importancia, ya que puede desencadenar en resultados adversos y severos al bebé (Saldivar, 2021).

La infección por sífilis se clasifica en congénita y adquirida, sus manifestaciones clínicas se catalogan de manera cronológica, por una lesión primaria en forma de úlcera indolora e indurada, en el sitio de inoculación de la espiroqueta, presentando un periodo de incubación de aproximadamente 3 semanas (Cabezas, 2019).

Una erupción secundaria se presenta durante las 3 a 12 semanas después de la aparición del chancro, que afecta la piel y las membranas mucosas, se caracteriza por la presencia de exantema roseólico sifilítico de localización predominante en manos, plantas y tronco (Cabezas, 2019). Durante esta fase, las espiroquetas pueden circular ocasionalmente en la sangre, si bien la frecuencia es cada vez menor a medida que va

pasando el tiempo; como resultado, prácticamente todos los órganos del organismo pueden resultar infectados (OMS, 2008).

La sífilis latente se caracteriza por ser un periodo asintomático que puede durar entre 5 - 50 años antes de la presentación de manifestaciones clínicas de sífilis terciaria. Este periodo se divide en sífilis latente temprana (infección de duración menor a un año), sífilis latente tardía (duración mayor a un año), o de tiempo indeterminado (Quiñones, 2016).

Por último, la sífilis terciaria se caracteriza por la afección multisistémica, puede adoptar la forma de neurosífilis (que afecta al cerebro o la médula espinal), sífilis cardiovascular (que afecta a la aorta y el corazón) o sífilis tardía benigna (que afecta principalmente a la piel). Estas complicaciones se desarrollan en cerca del 40% de las personas con infección latente a falta de tratamiento antibiótico (OMS, 2008).

La incidencia de la sífilis varía según la distribución geográfica y el entorno socioeconómico, pudiendo ser adquirida por contacto sexual, de forma congénita a través de la placenta, por transfusión de sangre humana contaminada y por inoculación accidental directa. La sífilis gestacional es aquella que se diagnostica durante la gestación, el post-aborto o el puerperio inmediato y pudiendo encontrarse en cualquiera de sus fases, aunque es más frecuente en la secundaria indeterminada (Quispe, 2019).

Durante la gestación adquiere mayor importancia, debido al riesgo de infección transplacentaria al feto, la cual puede tener resultados adversos severos, incluyendo abortos espontáneos, hidrops neonatal, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte en el recién nacido, además de ser una de las principales causas de morbi-mortalidad perinatal (Carbajal, 2019).

La OMS define sífilis congénita como: todo niño, aborto o mortinato cuya madre tiene evidencia clínica y/o con prueba treponémica o no treponémica positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente, neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre, niño con manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita al examen físico y/o evidencia radiográfica de sífilis congénita y/o resultado positivo de una prueba treponémica o no treponémica, fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia (Alzate et al., 2012).

La sífilis congénita es el resultado de la infección del feto con *Treponema pallidum* dentro del útero de mujeres con la infección adquirida, este paso placentario del microorganismo se produce generalmente después del cuarto mes de embarazo, aunque también es posible la infección del neonato al pasar por el canal del parto. Esta es una infección muy peligrosa que requiere ser tratada con urgencia, ya que refleja el comportamiento de la sífilis en general. La Organización Mundial de la Salud estima que 12 millones de personas son infectadas con sífilis cada año y más de 90% de las infecciones ocurren en países en desarrollo. En Europa occidental la enfermedad llegó a ser muy infrecuente hasta hace poco tiempo, en gran parte a través de tratamiento efectivo de patología genito-urinaria con búsqueda y tratamiento de la pareja (Laines, 2014).

Entre las manifestaciones clínicas que presentan los recién nacidos infectados se encuentran: bajo peso, anemia moderada, hepato-esplenomegalia. Esta condición clínica corresponde a la etapa secundaria de la enfermedad en la que además aparecen las siguientes manifestaciones: fisuras periorales y anorrectales, lesiones bulbosas en palmas de las manos y plantas de los pies, rinitis hemorrágica y lesiones anulares en cuello y cara. La enfermedad terciaria se manifiesta alrededor de los 2 años de edad evidenciándose los llamados estigmas de la enfermedad: nódulos frontales de Parrot,

maxilar superior corto, queratitis intersticial y sordera del VIII par, nariz en silla de montar, molares en forma de cúpula, protuberancia relativa del maxilar inferior y tibia en sable (Riera ,2015).

El riesgo de transmisión vertical está correlacionado con el número de espiroquetas en la circulación sanguínea, la sífilis primaria y secundaria poseen un riesgo más elevado de transmisión que la terciaria. La sífilis gestacional y congénita son consideradas problemas de salud pública por su gravedad, y representan una falla del sistema de salud, por lo que se requiere evaluar de manera exhaustiva. La incidencia del problema puede reducirse mediante intervenciones relativamente simples y de probada eficacia. Pero mientras la prevalencia de la sífilis en adultos sea elevada, el riesgo de transmisión congénita es alto (Guerrero, 2013).

Existe un tamizaje prenatal para sífilis relativamente barato y muy efectivo, el cual provee una buena oportunidad para detectar la enfermedad de forma temprana, contribuyendo positivamente en los esfuerzos para la eliminación de la sífilis congénita (Guerrero, 2013).

Se han detallado en el mundo varias características y factores asociados a sífilis adquirida y que influyen además en el desarrollo de infección en mujeres embarazadas. Esta patología es más frecuente en personas jóvenes con edad menor a 35 años, debido a que alrededor de esta edad se encuentra un mayor periodo de actividad sexual, es más frecuente además en hombres y en personas con varias parejas sexuales. En el caso de las mujeres embarazadas, se han determinado factores específicos como son la baja escolaridad, un control prenatal poco adecuado, ausencia de tamizaje en la salud pública de cada país, no utilización de medios de protección como métodos de barrera, número elevado de parejas sexuales, antecedente de infecciones de transmisión sexual y abortos, entre otros (Riera, 2015).

El incumplimiento de las estrategias propuestas en controles médicos, incide directamente en el aumento de la prevalencia de la enfermedad. La incidencia puede reducirse mediante intervenciones relativamente simples, pero mientras la prevalencia de la sífilis en adultos sea elevada, el riesgo de transmisión congénita es alto (García y Cubillos, 2019). Por lo tanto para lograr una disminución de la prevalencia de sífilis, se optan por diferentes medidas, las cuales se encuentran relacionadas con las aplicadas a otras enfermedades de transmisión sexual, siendo educación al personal de salud y al resto de la población en general, promoción de sexo seguro, detección de manifestaciones clínicas en pacientes asintomáticos o sintomáticos, la intervención a los contactos sexuales y vigilancia epidemiológica de la misma. De igual manera los controles prenatales con sus diversos componentes: captación precoz de la gestante, adecuado control del embarazo, realización de la prueba de descarte de sífilis y consejería (Carbajal, 2019).

El tamizaje rápido para sífilis es de gran importancia que se lleve a cabo en el momento del control prenatal donde se encuentra desinformación, debido a que la madre embarazada puede no acudir con frecuencia a sus controles y por ende no se encuentra actualizada de dicha información, colocando en riesgo la salud del recién nacido y de su vida misma (Villa, 2017).

Consecuentemente es importante evaluar el nivel de conocimientos sobre la prevención de la sífilis en las mujeres gestantes debido a que es indispensable para realizar acciones acorde con las deficiencias a nivel educativo que estas presenten, con la finalidad de crear una conciencia saludable referente a la prevención y diagnóstico oportuno de la sífilis gestacional (Carbajal, 2019).

Las pruebas no treponémicas detectan los anticuerpos dirigidos contra antígenos lipoidales, frente al daño de las células huésped, posiblemente causado por *Treponema pallidum*, es decir, anticuerpos no específicos. Son utilizadas como

pruebas de evaluación inicial (tamizaje). Se consideran pruebas de alta sensibilidad y especificidad, pero no mayor a las pruebas treponémicas, mientras que su costo promedio se encuentra por debajo a las pruebas treponémicas de igual manera (Erazo, 2021).

Las más usuales son R.P.R. y V.D.R.L., estas se positivaban luego de 2 semanas de aparecer el chancro y se negativizan dentro de los 6 meses posteriores a un tratamiento efectivo en la mayoría de pacientes inmunocompetentes. Sin embargo, las pruebas pueden seguir siendo positivas con títulos bajos en algunos pacientes toda la vida.

R.P.R. (Rapid Plasma Reagin). Puede emplearse con suero y plasma. Es un antígeno con partículas de carbón.

V.D.R.L. (Venereal Research Disease Laboratory). Únicamente puede emplearse con suero, es un antígeno no particulado. La reacción que se obtiene con la muestra positiva es de floculación.

T.R.U.S.T. (Toluidine Red Unheated Serum Test). Puede realizarse con suero o plasma. Es el mismo antígeno del VDRL con partículas coloreadas con rojo de toluidina.

U.S.R. (Unheated Serum Reagin). Puede emplearse con suero. El antígeno no es particulado y la reacción es de floculación (Fuertes et al., 1996).

Las pruebas treponémicas, por su parte, detectan anticuerpos contra las proteínas de *Treponema pallidum*. No distinguen infección actual de pasada o previamente tratada. Generalmente se emplean como pruebas confirmatorias, son pruebas de alta sensibilidad pero sobre todo especificidad (Saez et al., 1997). Su costo

promedio es considerablemente más elevado que las pruebas no treponémicas y los procedimientos tienden a ser de mayor complejidad a su vez (Unemo et al., 2014).

Las más utilizadas son TPHA y el FTA-ABS, de igual manera también se incluyen la Prueba Rápida de Sífilis (P.R.S.) y la prueba ELISA. Estas se positivizan en las primeras dos semanas después de aparecer el chancro, por eso son útiles para detectar sífilis temprana cuando todavía las pruebas no treponémicas son negativas (García y Cubillos, 2019).

TPHA. (Microhemaglutinación). Solo homologada para suero. Utiliza eritrocitos sensibilizados con antígenos de *Treponema* cepa Nichols y absorbente de cepa Reiter.

FTA-ABS. (Inmunofluorescencia indirecta con absorción del suero) Antígeno de *Treponema* cepa Nichols y absorbente de la cepa Reiter. Puede realizarse sobre con suero y L.C.R. y debe usarse como prueba confirmatoria.

Captia Syphilis M. (ELISA de captura anti cadena pesada). Se realiza en suero. Su mayor utilidad se centra en el diagnóstico de la sífilis congénita, sobretodo la sintomática. Parece ser la prueba con mayor sensibilidad para la detección de esta clase de inmunoglobulina.

P.R.S. (Prueba Rápida de Sífilis): Para utilizar con suero. Detecta anticuerpos específicos contra *Treponema pallidum*.

ELISA IgG. Para utilizar con suero. Utiliza conjugados para detección de anticuerpos.

Western Blot. Puede utilizarse como prueba de confirmación (Fuertes et al., 1996).

El diagnóstico en el embarazo es similar que en las mujeres no embarazadas. Se realizan pruebas serológicas treponémicas y no treponémicas. Los exámenes de laboratorio son importantes tanto para el diagnóstico y para la realización de intervenciones antenatales que pueden causar una diferencia significativa en las consecuencias de la sífilis. Se ha evidenciado que aquellos individuos con pruebas no treponémicas persistentemente negativas no transmitirán verticalmente la sífilis. La detección temprana de sífilis ayudará al tratamiento precoz, y de esta manera se reducirá el riesgo de sífilis congénita (Riera, 2015).

La Organización Mundial de la Salud estima que 12 millones de personas son infectadas con sífilis cada año y más de 90% de las infecciones ocurren en países en desarrollo. En Europa occidental la enfermedad llegó a ser muy infrecuente hasta hace poco tiempo, en gran parte a través de tratamiento efectivo de patología genito-urinaria con búsqueda y tratamiento de la pareja. La prevalencia reportada en Asia de sífilis en mujeres embarazadas es generalmente baja 5%, mientras que en América latina y Caribe las tasas tienden a ser más altas entre 5% y 10% (Laines, 2014).

Alrededor de un millón de embarazos a nivel mundial son anualmente afectados por la sífilis, cerca de 270.000 niños nacen con sífilis congénita, 460.000 embarazos terminan en aborto o muerte perinatal y 270.000 niños nacen prematuramente o con bajo peso al nacer. Por su parte la sífilis congénita tiene tendencia ascendente o desconocida en 9 países en América Latina: Honduras, Uruguay, Argentina, Paraguay, Colombia, Brasil, República Dominicana, Guatemala y Bolivia, y es descendente o estable en Venezuela, Nicaragua, Cuba, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Perú, México y Chile (Arroyo, 2016).

Revollo, et al. (2017) realizaron un estudio titulado “Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia”, cuyo objetivo fue calcular las frecuencias de sífilis materna y congénita, transmisión del agente etiológico de la madre al recién nacido, y variables asociadas con la enfermedad, en seis hospitales públicos en Bolivia. El estudio fue transversal, de mayo a septiembre del 2014. Como resultados obtuvieron una prevalencia de 7,2 % de 1594 mujeres gestantes. La proporción de transmisión de infección de madres a recién nacidos fue 15,7 %. La prevalencia de sífilis congénita por serología fue de 1,1 % y 94 % de estos neonatos no presentaron sintomatología. Concluyen que a pesar de una cobertura de control prenatal de 70,5% en Bolivia, aún existen mujeres que acuden directamente al parto institucional sin contar con tamizaje previo para sífilis con pruebas de rutina.

Guerrero y Quishpe (2013), en su trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el periodo de enero a diciembre del 2010 y 2011, Ecuador”, cuya población y muestra estuvo constituida por 150 gestantes con diagnóstico VDRL reactivo. Obteniendo como resultado que las mujeres embarazadas fueron diagnosticadas con sífilis en su primer y segundo control. Indican que es indispensable promover información acerca de las infecciones de transmisión sexual especialmente en gestantes y adolescentes.

Quiñones y Sánchez (2018), presentaron su estudio de investigación titulado “Nivel de conocimientos sobre sífilis gestacional y congénita en mujeres puérperas atendidas en el hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha entre agosto y septiembre de 2016” dicho estudio es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, cuya población y muestra estuvo constituida por 186 pacientes de sala de parto y hospitalizada. El 97 % no recibieron información en los controles prenatales y paralelamente, solo el 17 % poseía información útil referente a la enfermedad, prevención y sus complicaciones. Indican que las mujeres puérperas presentan un

bajo conocimientos sobre la sífilis, recomendando fomentar información referente mediante diferentes estrategias, buscando concientización de la población.

En Venezuela, estado Carabobo, Silva (2016) realiza una investigación titulada “Recién nacidos con sífilis congénita. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” junio 2013 – junio 2015”, donde se evaluaron 40 recién nacidos, recopilando información mediante la revisión de las historias clínicas de cada paciente. Se encontró un 1,79 % de incidencia de la enfermedad. Concluyendo que la mayoría de los casos provienen de embarazos mal controlados, y como único criterio diagnóstico el VDRL.

Henríquez et al., (2019) realiza un estudio similar titulado “Caracterización clínica y epidemiológica de la sífilis congénita en neonatos. Servicio desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga”. En este estudio el 78,4% de los casos presentaron V.D.R.L no reactivo en LCR, mientras que 72,5% mostraron V.D.R.L reactivo en sangre. Concluyen que es de vital importancia aumentar el control prenatal e indicar de forma rutinaria el V.D.R.L en sangre con la finalidad de detectar tempranamente los casos de sífilis materna y de esta manera prevenir la sífilis congénita.

A pesar de los esfuerzos, la situación cambiante que se observó en el país, aunado a la desinformación y escasez de actualización de estudios referentes al tema en la localidad, se hizo imprescindible el desarrollo de la presente investigación, donde se conoció la situación actual sobre la frecuencia de sífilis congénita en recién nacidos atendidos en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

JUSTIFICACIÓN

La sífilis congénita constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad en todo el mundo, continúa siendo un importante problema de salud pública ya que perjudica tanto a la mujer embarazada como al recién nacido.

Son escasos los datos de sífilis congénita en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, por ello se decidió analizar la frecuencia de los casos de sífilis congénita, así como identificar los factores de riesgo, determinando el rendimiento diagnóstico de la pruebas serológicas.

En gran parte esto sucede por el desconocimiento de la enfermedad y la desinformación que tienen las madres en cada control prenatal, siendo estos controles la herramienta más efectiva que tiene el profesional de salud para tratar de disminuir los casos que se presentan de esta enfermedad (Quiñones y Sánchez, 2018).

Por último para lograr su disminución, se debe reforzar la educación en la población de riesgo, permitiendo que esta pueda identificar las características, signos y síntomas, consecuencias y complicaciones de la enfermedad, logrando así que acudan a los centros médicos donde obtendrán el tratamiento adecuado. Es por esto la importancia del diagnóstico temprano de sífilis y el tratamiento apropiado en mujeres gestantes (Saldivar, 2021).

OBJETIVOS

Objetivo General

Señalar la frecuencia de sífilis congénita en recién nacidos atendidos en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Objetivos Específicos

Determinar frecuencia de casos reactivos de sífilis gestacional según la prueba de V.D.R.L. en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Determinar frecuencia de pruebas serológicas durante el embarazo y en el recién nacido atendidos en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Mencionar factores de riesgo presentes en casos de sífilis congénita atendidos en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Determinar rendimiento diagnóstico de la prueba V.D.R.L. frente a la prueba treponémica SD BIO-LINE HIV/Syphilis Duo en el diagnóstico de sífilis congénita en los pacientes atendidos en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal.

Universo

Representado por 562 gestantes que acudieron en el trimestre comprendido desde el mes de Febrero del 2023 hasta Abril del 2023 al Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Muestra

Estuvo determinada por 562 recién nacidos atendidos en el trimestre comprendido desde el mes de Febrero del 2023 hasta Abril del 2023 en el turno comprendido desde la 12 pm hasta las 5 pm en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Procedimientos

Se entregó al jefe del Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, el permiso en el cual se especificó el propósito de la investigación y la importancia de participar en la misma (APÉNDICE A).

Se aplicaron las encuestas a las pacientes, las cuales estuvieron conformadas por una introducción que mostraba los objetivos de la investigación, seguida de las

instrucciones para el llenado del instrumento, continuando con datos demográficos en los cuales se determinará la edad y nivel de instrucción del usuario, finalizando con el contenido del instrumento, el cual estuvo conformado por 10 preguntas distribuidas en diferentes dimensiones como son: conocimientos previos sobre sífilis gestacional y congénita, controles prenatales y serologías realizadas, hábitos y prácticas sexuales.

Se esperó hasta que todos los componentes del equipo **Bio-Line SD HIV/Syphilis Duo (prueba rápida)** estuvieran a temperatura ambiente antes de realizar la prueba inmunocromatográfica.

Se removió el dispositivo de prueba de la bolsa metálica y se colocó en una superficie plana y seca. Se realizó la toma de muestra de sangre capilar: incluyendo identificación del neonato y sexo. Con la limpieza adecuada del dedo medio con algodón empapado en alcohol y el empleo de una lanceta, se hizo una punción en el talón y se tomó una muestra de sangre con un capilar y se depositó una gota de sangre completa (20µl aproximadamente) sobre el pozo de muestra. Se añadió 3 gotas (cerca de 100µl) de diluyente de ensayo en el pozo de muestra. Cuando la prueba empezó a funcionar se observó un color púrpura moviéndose a lo largo de la ventana de resultados en el centro del dispositivo de prueba. Se interpretaron los resultados de la prueba en los 5-20 minutos posteriores.

Estas pruebas poseen antígenos recombinantes de sífilis inmovilizados en la zona de lectura. La muestra migra cromatográficamente y reacciona con las partículas de antígenos en la prueba, permitiendo detectar, mediante aparición de bandas, anticuerpos tipo IgG e IgM, en caso de estar presentes.

Lectura:

Positivo: una banda roja aparecerá en la región de la línea de pruebas (Anticuerpos IgG, IgM o en ambas), además de una banda roja en la región de la línea de Control.

Negativo: una banda roja aparecerá solo en la línea de Control.

No válido: la banda en la línea de Control no aparecerá.

Toda muestra con resultado positivo mediante el método anterior se sometió a un método adicional de despistaje como lo es el VDRL. Para ello, las muestras se transportaron a su vez, según los protocolos adecuados, al Laboratorio de Bioanálisis “Arcangel Miguel”.

Se realizó la prueba de VDRL. (Venereal Disease Research Laboratory):

Se colocó en una superficie nivelada las placas de VDRL., se rotularon y se procedió a agregar una gota (50 μ l) de suero, seguido de una gota de reactivo mediante el uso del gotero (provisto por la prueba). Seguidamente, mediante el uso de máquinas rotadoras, se agitaron las placas a 180 r.p.m. durante 5 minutos. Los resultados se leyeron inmediatamente en un microscopio óptico a bajo aumento (10X).

El reactivo de VDRL posee un antígeno cardiolipínico purificado y estabilizado. Las reaginas (proteínas similares a anticuerpos que se unen a antígenos como la cardiolipina), presentes en individuos infectados por *Treponema pallidum* se detectan en suero reaccionando con el antígeno cardiolipínico, mediante aparición de flóculos visibles en el microscopio. A su vez, se usarán sueros controles positivos y negativos.

Lectura:

Reactivo: presencia de floculación.

No reactivo: ausencia de floculación.

Prueba semicuantitativa: se realizarán titulaciones (1:2; 1:4; 1:8, 1:32; 1:64) mientras se siga observando floculación.

Método

Se tomaron muestras a recién nacidos atendidos en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, posteriormente se aplicaron técnicas estandarizadas para realizar e interpretar las pruebas de despistaje y de apoyo para el diagnóstico de sífilis congénita.

Análisis Estadístico

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencia y tablas de contingencia utilizando valores absolutos, realizados con el programa Microsoft Excel 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23. Se hará uso del porcentaje como medida de resumen. Se aplicaron medidas de sensibilidad, especificidad, al igual que los valores predictivos tanto positivo como negativo,

RESULTADOS

Al determinar la frecuencia de casos reactivos de sífilis gestacional por la prueba de V.D.R.L. en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, se pudo evidenciar en la tabla número uno que en los recién nacidos se obtuvo resultados Reactivo en (n=45) representando 8,01%; y No reactivo (n=517) con 91,99% del total que fueron (n=562) 100%.

Al cuantificar las pruebas serológicas que fueron realizadas a las madres durante el embarazo y a los recién nacidos, con resultado Positivo en la prueba rápida (n=49), se evidencia en la tabla dos que predomina la Ausencia de pruebas durante el embarazo (n=40) con 81,63%, solo una prueba a 14,29% (n=7), dos al 2,04% (n=1) y tres al 2,04% (n=1) y en el recién nacido se efectuaron Dos pruebas al 100% de ellos.

En la tabla número tres se evidencia que en los factores de riesgo, en las mujeres embarazadas con resultado Positivo en la prueba rápida, el 100% de los casos positivos no tuvieron suficientes controles para determinar un embarazo controlado (n=49); el 100% no usó anticonceptivo de barrera; tienen más de una pareja sexual (n=22) con 44,9%, A su vez, y, finalmente, no conocen la vida sexual de su pareja (n=36) que representa 73,47% y no recibieron información sobre ITS durante el control prenatal (n=38) que constituye 77,55% del total.

En la tabla número cuatro, al determinar rendimiento diagnóstico de la prueba V.D.R.L. frente a la prueba treponémica SD BIO-LINE HIV/Syphilis Duo en el diagnóstico de sífilis congénita, se obtuvo (n=45) de casos positivos, reactivos, con 8,01%, (n=4) de casos positivos, no reactivos, con 0,7%, mientras que (n=0) casos

fueron negativos, reactivos, con 0% y (n=513) de casos fueron negativos, no reactivos, con 91,28%. Por medio de los cuales se pudo determinar una Sensibilidad de 91,8%, Especificidad de 100%, valor predictivo positivo de 100% y un valor predictivo negativo 99%.

Tabla 1

Determinar frecuencia de casos reactivos de sífilis gestacional según la prueba de V.D.R.L. en el área de perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz Y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

| PRUEBA V.D.R.L. | N | % |
|------------------------|------------|------------|
| REACTIVO | 45 | 8,01 |
| NO REACTIVO | 517 | 91,99 |
| TOTAL | 562 | 100 |

Fuente: Datos del investigador, septiembre 2023.

Tabla 2

Determinar frecuencia de pruebas serológicas durante el embarazo y en el recién nacido atendidos en el área de perinatología II Del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz Y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

| N° de pruebas serológicas | n | % |
|----------------------------------|----------|----------|
| <i>Durante el embarazo</i> | | |
| Ninguna | 40 | 81,63 |
| Una | 7 | 14,29 |
| Dos | 1 | 2,04 |
| Tres | 1 | 2,04 |
| <i>En el recién nacido</i> | | |
| Dos | 49 | 100,00 |

Fuente: Datos del investigador, septiembre 2023.

Tabla 3

**Mencionar factores de riesgo presentes en casos de sífilis congénita
atendidos en el área de perinatología II Del Complejo Hospitalario Universitario
“Ruiz Y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.**

| Factores de riesgo | SI | | NO | |
|------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|
| | n | % | n | % |
| Controles prenatales | - | - | 49 | 100 |
| Usó anticonceptivo de barrera | - | - | 49 | 100 |
| Tiene más de una pareja sexual | 22 | 44,90 | 27 | 55,1 |
| Conoce la vida sexual de su pareja | 13 | 26,53 | 36 | 73,47 |
| Recibió información sobre ITS | 11 | 22,45 | 38 | 77,55 |

Fuente: Datos del investigador, septiembre 2023.

Tabla 4

Determinar rendimiento diagnóstico de la prueba V.D.R.L. frente a la prueba treponemica sd bio-line HIV/syphilis duo en el diagnóstico de sífilis congénita en los pacientes atendidos en el área de perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz Y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

| PRUEBA SD BIO-LINE | | | | | | |
|---------------------------|-----------------|------|-----------------|-------|--------------|-------|
| VDRL | POSITIVO | | NEGATIVO | | TOTAL | |
| | n | % | N | % | n | % |
| Reactivo | 45 | 8,01 | 0 | 0 | 45 | 8,01 |
| No reactivo | 4 | 0,7 | 513 | 91,28 | 517 | 91,99 |
| TOTAL | 49 | 8,71 | 513 | 91,28 | 562 | 100 |

Fuente: Datos del investigador, septiembre 2023.

Sensibilidad: 91,8%

Especificidad: 100%

Valor predictivo positivo: 100%

Valor predictivo negativo: 99%

DISCUSIÓN

La sífilis congénita es un problema relevante de salud pública debido a sus graves consecuencias para los recién nacidos y las madres. En el caso de la población estudiada en el Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez", la magnitud del problema se hace evidente. Henríquez et al. (2019) señalan que la sífilis congénita puede causar complicaciones graves en los neonatos, incluyendo deformidades físicas y daño neurológico, lo que impacta negativamente en su calidad de vida. Además, García y Cubillos (2019) destacan que las madres pueden experimentar angustia emocional y psicológica al enfrentar las implicaciones de la enfermedad en la salud de sus hijos.

Los hallazgos obtenidos en relación con los objetivos del estudio revelan algunas tendencias importantes. Por un lado, se observó una frecuencia significativa de sífilis congénita en los recién nacidos atendidos con 8,01% de casos. Este resultado es consistente comparándolo con otro autor quien reporto resultados similares como Laines (2014) en Ecuador, donde determino una prevalencia del 9% de los recién nacidos, lo que respalda la hipótesis inicial de que la enfermedad sigue siendo un problema importante en la región suramericana. A su vez García et. al. (2021) en el Departamento norte de Santander donde atendieron pacientes en su mayoría de nacionalidad venezolana, indicaron una incidencia de 33,3% en un periodo de un año entre 2017 y 2018. Por otro lado se encontraron resultados distintos en la investigación realizada en hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" en Carabobo, Silva (2016), en el cual refiere una incidencia de 1,79% en un periodo de 3 años.

Sin embargo, la falta de pruebas serológicas durante el embarazo en este estudio tuvo una incidencia de 81,63% de los casos positivos para sífilis. En

comparación con un estudio realizado por Solis (2019) donde resalta en este aspecto que la gran mayoría de las gestantes pertenecientes a su población de estudio no se hicieron las pruebas rápidas indicadas en los controles prenatales, indicando una prevalencia de positividad de 18,89%. Quiñones (2016) refieren que el 13% de su población estudio se realizaron pruebas serológicas, que el 2% no se las realizaron y el 85% restante refiere no saber y/o no respondieron la pregunta.

Al comparar los resultados obtenidos con los hallazgos de otros investigadores, se pueden identificar similitudes y diferencias significativas en los factores de riesgo asociados con la sífilis en mujeres embarazadas. Al observar el número de controles prenatales en este estudio, se observó que el 100% de las mujeres embarazadas con resultado positivo en la prueba rápida tenían menos de tres controles prenatales. Esta cifra se compara con el estudio de García et al. (2018), donde el 80% de las mujeres tuvieron una mediana de 2 controles prenatales durante el embarazo, mientras que Guerra et. al. (2013) de 1 a 2 controles en el 82% de su grupo de estudio. En cuanto al uso de anticonceptivos de barrera ambos estudios reportan una baja frecuencia en el uso de preservativos de barrera como medio de protección. En este estudio, el 100% de las mujeres embarazadas con sífilis no utilizaban anticonceptivos de barrera, cifra similar al 84,4% reportado por García et al.; mientras que en el estudio de Bobadilla (2022), reveló que ningún caso de sífilis se presentó en mujeres que siempre usaban preservativo en sus relaciones sexuales.

En esta investigación, el 89,80% de las mujeres embarazadas con resultado positivo en la prueba rápida no conocían sobre la sífilis. Esta proporción es similar al estudio de Davila et, al (2017), donde el 88,2% de las gestantes con sífilis no tenían conocimientos sobre la enfermedad; también Quiñones (2016) señala que el 93% de las madres que respondieron su encuesta, no saben o no responden sobre sífilis gestacional. Sobre el número de parejas sexuales a diferencia de este estudio, donde el 44,9% de las mujeres embarazadas con sífilis tenían más de una pareja sexual, en el

estudio de Davila et. al, se observó que el 51,4% de las gestantes con sífilis tenían de 1 a 2 parejas sexuales, y el 48,6% tenía más de 2 parejas sexuales, así mismo Guerrero et. al. (2013) coincidieron con este último, señalando que el 77% de las madres con sífilis de su estudio tuvieron de 1 a 2 parejas sexuales desde el inicio de su vida sexual y que un 23%, tuvo de 3 a 4 parejas.

Se conoce que no existen pruebas inmunológicas específicas para la gestación. Los parámetros que se deben considerar para evaluar su idoneidad son la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo y negativo (OMS, 2018). Las pruebas que son utilizadas en el algoritmo diagnóstico para sífilis congénita en el Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" contemplan el tamizaje mediante la prueba treponémica rápida SD BIO-LINE HIV/Syphilis Duo, además indican el tamizaje y seguimiento por medio de la prueba no treponémica V.D.R.L., a propósito de esto se determinó el rendimiento diagnóstico de estas pruebas aplicadas en nuestra muestra, se obtuvo una sensibilidad de 91,8%, una especificidad del 100%, valor predictivo positivo de 100% y un valor predictivo negativo de 99%, mientras que Larsen et al. (1998) establecieron en su estudio comparativo una sensibilidad para V.D.R.L. de 71-100% dependiente del estadio de la enfermedad y una sensibilidad de 96-99%. En este caso particular la especificidad fue muy alta porque en recién nacidos son limitados los factores externos que pueden influir.

Estas comparaciones resaltan la importancia de identificar los factores de riesgo específicos en diferentes poblaciones para implementar estrategias de prevención y control efectivas. Además, subrayan la necesidad de mejorar la educación y concienciación sobre la sífilis durante el embarazo, así como la promoción de comportamientos sexuales seguros y el acceso a los servicios de salud reproductiva.

Es importante reconocer las limitaciones del estudio, como la falta de acceso a un área de trabajo equipada para el procesamiento de las muestras serológicas y la

incapacidad de aplicar la prueba VDRL a toda la población estudiada. Esto limita la interpretación de los resultados y la comparación con otros estudios.

Los hallazgos del estudio subrayan la necesidad de mejorar los programas de atención prenatal y la detección temprana de la sífilis congénita en el Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez". Se sugiere la implementación de políticas de salud pública que promuevan la realización de pruebas serológicas durante el embarazo y el acceso equitativo al tratamiento para todas las mujeres gestantes. Además, se recomienda la realización de futuras investigaciones que aborden las limitaciones identificadas en este estudio y profundicen en aspectos específicos del tema.

Este estudio resalta la importancia de abordar la sífilis congénita como un problema de salud pública en la población estudiada. Los hallazgos proporcionan información valiosa que puede guiar intervenciones preventivas y mejorar la atención prenatal. Sin embargo, es necesario abordar las limitaciones identificadas y continuar investigando para mejorar la comprensión y el manejo de esta enfermedad.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan una frecuencia significativa de sífilis congénita en recién nacidos atendidos en el área de perinatología II Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, con un 8,01% de casos reactivos en la prueba VDRL.

Se observó una falta de pruebas serológicas durante el embarazo en la mayoría de las mujeres 81,63%, lo que indica una deficiencia en el seguimiento prenatal.

Los factores de riesgo identificados incluyen un bajo número de controles prenatales, 100% de las madres con resultado positivo en la prueba SD BIO-LINE HIV/SYPHILIS DUO tuvo menos de tres controles, el 100% no hizo uso de anticonceptivos de barrera, 44,9% tienen más de una pareja sexual y el 73,47% no conocen la vida sexual de su pareja.

La prueba V.D.R.L. demostró un buen rendimiento diagnóstico en el diagnóstico de sífilis congénita cuando se comparó con la prueba treponémica SD BIO-LINE HIV/Syphilis Duo. Se observó que la Sensibilidad de la prueba fue alta, alcanzando un valor del 91,8%, lo que indica su capacidad para detectar correctamente los casos positivos. Además, la Especificidad fue del 100%, lo que sugiere que la prueba es altamente confiable para identificar los casos negativos. Estos hallazgos se respaldan con un valor predictivo positivo del 100% y un valor predictivo negativo del 99%, lo que confirma la precisión de la prueba en la detección tanto de casos positivos como negativos. En conjunto, estos resultados respaldan el uso de la prueba V.D.R.L. como una herramienta efectiva en el diagnóstico de sífilis congénita, lo que contribuye a la mejora de los protocolos de detección y tratamiento en el contexto clínico.

RECOMENDACIONES

Mejorar el acceso y la cobertura de las pruebas serológicas durante el embarazo, garantizando que todas las mujeres embarazadas sean evaluadas para sífilis de manera rutinaria y oportuna durante su atención prenatal.

Implementar estrategias educativas dirigidas a las mujeres embarazadas y sus parejas sobre la importancia de realizarse pruebas para sífilis durante el embarazo, así como sobre los riesgos de la sífilis congénita y las medidas de prevención.

Fortalecer la capacitación del personal de salud en la detección temprana y el manejo adecuado de la sífilis durante el embarazo, así como en la consejería adecuada para las mujeres diagnosticadas con esta infección.

Fomentar la promoción del uso de métodos anticonceptivos de barrera en las parejas para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual, incluida la sífilis.

Establecer protocolos de atención integral para el manejo de la sífilis congénita, que incluyan el seguimiento y tratamiento adecuado de los recién nacidos expuestos a la infección.

Estas recomendaciones tienen como finalidad contribuir a la prevención, detección temprana y manejo adecuado de la sífilis congénita, así como a mejorar la salud materno-infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, R., Medina, M. y Cardona, D. 2016. Caracterización de la sífilis congénita y gestacional en Caldas, Colombia. Rev. Arch Med 2016; 16 (2): 3 - 4.
- Alzate, J., Bello, N., Amaya, A., Peralta, F. y Eslava, J. 2012. Disparidades en la incidencia de sífilis congénita en Colombia 2005 a 2011: Un estudio ecológico. Rev. Salud Pública. 14 (6): 3.
- Arroyo, C. 2016. Prevalencia de sífilis determinada mediante dos métodos diagnósticos, dilución de VDRL y conteo de anticuerpos séricos para sífilis, en pacientes VIH positivos del Hospital General Enrique Garcés, Quito - Ecuador periodo octubre 2015 - agosto 2016. Trabajo de grado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador. pp 8 - 17 (Multígrafo).
- Cabezas, R. 2019. Nivel de conocimiento de la sífilis en gestantes de 20 a 35 años de edad atendidas en el consultorio de obstetricia del Centro de Salud Cerro Azul – Cañete. Trabajo de grado. Universidad Privada Sergio Bernales, Perú. pp 11 (Multígrafo).
- Carbajal, A., Guevara, B. y Lima, D. 2019. Información que poseen las madres sobre sífilis congénita con niños hospitalizados en la Institución Pública - Hospital Dr. Guillermo Rawson - Servicio de Neonatología. Trabajo de grado. Universidad Nacional de Cuyo, Argentina. Pp 12 - 13 (Multígrafo).

- Cortez, E., Gaitan, H. y Rubio, J. 2010. Métodos estadísticos de evaluación de la concordancia y la reproducibilidad de pruebas diagnósticas. Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2010; 61(3): 247-255.
- Davila, J. y Lizarbe, L. 2017. Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015. Trabajo de grado. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Peru. Pp 39-54 (Multígrafo).
- Erazo, L. 2019. Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 – 2020. Trabajo de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Pp 8 - 19 (Multígrafo).
- Fuertes, A. y Picazo, J. 1996. Diagnóstico serológico de la sífilis. Protocolos de Diagnóstico Serológico Clínico - Núm. 2.
- García B, y Cubillos C. 2021. Factores asociados a la sífilis gestacional en mujeres colombianas y venezolanas que reciben atención en una institución de alta complejidad en salud, en el Departamento de Norte de Santander, año 2017 y 2018. Trabajo de grado. Universidad del Rosario, Colombia. pp 18 - 29 (Multígrafo).
- Guerrero, B. y Qhispe, C. 2013. Factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora en el período de enero a diciembre del 2010 y 2011. Trabajo de grado. Universidad Central Del Ecuador, Ecuador. pp 16 (Multígrafo).

- Henríquez, C., García, F. y Carnevalle, M. 2019. Caracterización clínica y epidemiológica de la sífilis congénita en neonatos. Servicio desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. Venezuela. Rev. Boletín Médico De Postgrado 2019; 36 (1): 19 – 25.
- Laines, J. 2014. Prevalencia de sífilis congénita atendida en el área de consulta externa en el Hospital Teófilo Dávila de la Ciudad de Machala en el año 2012. Trabajo de grado. Universidad Técnica de Machala, Ecuador. pp 12 (Multígrafo).
- Landis, J. y Koch, G. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33: 159-74.
- Larsen; Steiner; Rudolph, 1995; Manual of test for Syphilis. 1998 larsen; pope, johnson; kennedy jr. *Rango de sensibilidad y especificidad de estudios del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)
- Leguizamón. R., Vega, M. y Godoy, G. (2013) Sífilis en gestantes y en recién nacidos. Rev. Nac. 2013; 5 (1): 28-33.
- Organización Mundial De La Salud. 2018. El uso de las pruebas rápidas para sífilis. Programa especial de investigación y enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.
- Organización Mundial De La Salud. 2008. Eliminación Mundial de La Sífilis Congénita: Fundamentos y estrategias para la acción. Rev. 2 (4): 4 – 21

- Qhispe, T. 2019. Características de las gestantes con sífilis en el distrito de Pangoa – Junín – 2017. Trabajo de grado. Universidad Nacional de Huancavelica, Perú. pp 13 – 19 (Multígrafo).
- Quiñones, W. y Sánchez, M. 2016. Nivel de conocimiento sobre sífilis gestacional y congénita en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha entre agosto y octubre de 2016. Trabajo de grado. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Colombia. pp 19 (Multígrafo).
- Revollo, R., Tinajeros, F., Hilari, C., García, S., Zegarra, L., Díaz, C. y Conde, C. 2017. Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia. *Rev. Salud Publica Mex* 2017; 49 (6): 4 - 8.
- Alvarez, R. 2018. Interpretación de las pruebas diagnósticas de sífilis en gestantes. *Rev. peru. ginecol. obstet.* vol.64 no.3.
- Riera, M. 2015. Factores maternos que inciden en la sífilis congénita y sus manifestaciones clínicas. Estudio realizado en el hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor en el Año 2014. Trabajo de grado. Universidad de Guayaquil, Ecuador. pp 6 - 7 - 12 (Multígrafo).
- Saez, N., Delgado, C., Romero, F. y Báez R., 1997. El diagnóstico de laboratorio de la sífilis. Revisión bibliográfica. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.13 n.1 Ciudad de La Habana ene.-feb. 1997
- Saldivar, V. 2021. Factores de riesgo asociados a la sífilis en gestantes en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2019. Trabajo de grado.

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Perú. pp 11
(Multígrafo).

Silva, A. 2016. Recién nacidos con sífilis congénita. Servicio Neonatología. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” junio 2013 – junio 2015. Trabajo de grado. Universidad de Carabobo, Venezuela. Pp 8
(Multígrafo).

Solis, L. 2020. Prevalencia de la sífilis en las embarazadas que consultan en el Hospital Distrital de la Ciudad de Hermandarias. Revista Científica Internacional - Vol. 52, no. 1.

Sun, L., Huang, Y., Wang, H., Wu, S., Zhang, Q., Gao, C. & Zhao, Y. 2024. Trustllm: Trustworthiness in large language models. arXiv preprint arXiv:2401.05561.

Unemo, M., Ballard, R., Ison, C., Lewis, D., Ndowa, F. y Peeling, R. 2014. Diagnóstico de laboratorio de las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Organización Mundial de la Salud.

Veiga, J., Fuente, E. y Zimmermann, M. 2008. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Rev. Medicina y seguridad del trabajo. Vol. 54 no. 210.

Villa, S. 2017. Estrategias de prevención para la sífilis materna y sífilis congénita en las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Satelital de la Ciudad de Tena. Trabajo de grado. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador. pp 13 - 14 (Multígrafo).

APÉNDICES



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE BIOANÁLISIS

Médico Ana Vásquez, Jefa del Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.
Su despacho Enero, 2023.

Ciudadano:

Me dirijo a usted en la oportunidad de saludarle y aprovechar la oportunidad de plantearle que como bien sabemos, la prevención y atención oportuna de enfermedades es un pilar fundamental para el buen desarrollo de toda comunidad, por ello es conveniente llevar a cabo programas que evalúen el nivel de conocimiento sobre sífilis congénita.

Es importante destacar que la misma es de nuestro interés, debido al aumento de casos diagnosticados actualmente, convirtiéndose en un tema de salud pública.

Debido a que en la Universidad de Oriente, en este caso en el Departamento de Bioanálisis, estamos involucrados y comprometidos con el mejoramiento de nuestros alumnos, egresados y comunidad en general, planificamos llevar a cabo un “Programa sobre prevalencia de sífilis congénita”, el cual se pretende desarrollar en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, mediante la aplicación de encuestas, para ello, solicitamos su aprobación para otorgarnos el aval de la institución a la cual representa para el desarrollo del estudio, considerando de gran importancia su participación en la misma.

Agradeciendo su receptividad, se despide.

Atentamente:

Lic. Milangella Millan
Tutora encargada. Universidad de Oriente – Núcleo Bolívar.

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE BIOANÁLISIS

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS PACIENTES DEL ÁREA DE
PERINATOLOGÍA II DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
“RUIZ Y PÁEZ”, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.**

Edad: _____ Estado Civil: _____

Nivel de instrucción:

Profesión u ocupación:

Interrogantes:

1. ¿Asistió a controles prenatales durante el embarazo?: SI ____ NO ____
¿A cuántos? _____
2. ¿Usó anticonceptivo de barrera?: SI ____ NO ____
3. ¿Tiene más de una pareja sexual?: SI ____ NO ____
4. ¿Conoce la vida sexual de su pareja?: SI ____ NO ____
5. ¿Recibió información relacionada sobre ITS?: SI ____ NO ____

Anexo 2

SD BIOLINE
Abbott **HIV/SYPHILIS DUO**

QUICK REFERENCE GUIDE

Before you begin


- Please read the instructions for use in its entirety, prior to use.
- Cover your work space with a clean, disposable absorbent workspace cover.
- All components must be brought to room temperature (between 15-30 °C) prior to testing.

Preparation


- Test pouch (test device)
- Alcohol swab (06FK35 only)
- Lancet (06FK35 only)
- Assay diluent
- Disposable capillary pipette (20µl) (06FK35 only)
- Timer (not provided)
- Disposable gloves (not provided)

For more detailed instructions please refer to Instructions for use.


1 Check the expiration date. If the device is expired, use another kit.




2 Put on disposable gloves. Use new gloves for each patient.




3 Open the test pouch and check the desiccant. If the color is green, use another kit. Write the patient's name on the test device.



4 Open the alcohol swab and clean the patient's finger. The alcohol must be dried before pricking, or the test may NOT work.




5 Prick the patient's finger with the lancet. Discard the used lancet in the biohazard box immediately after pricking the finger.




6 Squeeze the upper part of the capillary pipette and bring the open tip to the blood. Slowly release the pressure to collect the drop of blood up to the marked black line.


Black Line



7 Add drawn specimen of blood into the round specimen well (marked 'S'). Discard the pipette in the biohazard box after use.



8 Add 3 drops of assay diluent into the round specimen well (marked 'S').



9 Read results between 15-20 minutes after adding diluent. Do not read after 20 minutes. Reading outside of this time frame may provide false results.

15-20
min

Caution: Visible test lines should be considered positive, even if faint.

| LINE | POSITIVE | | NEGATIVE | | INVALID | |
|---------|----------|------|----------|------|---------|------|
| | HIV | SYPH | HIV | SYPH | HIV | SYPH |
| Control | + | + | - | - | - | - |
| SYP | + | - | - | - | - | - |
| HIV | - | + | - | - | - | - |

The control line should appear for all results. If it does not appear, the result is considered invalid and the specimen should be retested using a new test kit.

FOR TECHNICAL SUPPORT PLEASE VISIT ABBOTT.COM/POCT

© 2019 Abbott. All rights reserved. All trademarks referenced are trademarks of either the Abbott group of companies or their respective owners. 120002025-03, 05/19

Anexo 3



V.D.R.L. test

Suspensión antigénica estabilizada para realizar la prueba VDRL modificada (USR) de detección de sífilis

SIGNIFICACION CLINICA

La sífilis es una enfermedad venérea causada por el *Treponema pallidum*, que invade las mucosas intactas o la piel en áreas de abrasiones. El contacto sexual es la forma más común de transmisión.

La detección y tratamiento de la enfermedad en sus estadios tempranos es fundamental a fin de evitar complicaciones graves como sífilis cardiovascular, neurosífilis y sífilis congénita. El diagnóstico de esta enfermedad sufre la carencia de un método para cultivar el microorganismo en medios de laboratorio y la dificultad para detectarlo en estadios de la enfermedad en los que no se observan lesiones epidémicas. Sin embargo, desde el comienzo de la infección aparecen en el suero del individuo infectado ciertas sustancias denominadas "reaginas", que reaccionan con antígenos de cardiolipina, lecitina y colesterol. Estas reaginas junto a los signos clínicos son por lo tanto los procedimientos más rápidos y útiles disponibles para diagnóstico de sífilis.

FUNDAMENTOS DEL METODO

Las "reaginas", presentes en individuos infectados por *T. pallidum* se detectan en suero por la reacción con un antígeno cardiolipínico purificado y estabilizado. Si la muestra contiene reagina, ésta se unirá al antígeno produciendo una floculación visible en microscopio. Las reacciones inespecíficas se evitan con el empleo de antígeno altamente purificado y el agregado de cloruro de colina característica de la técnica USR (Unheated Serum Reagin) en la que no es necesario inactivar la muestra.

REACTIVOS PROVISTOS

A. Reactivo A: suspensión acuosa de antígeno de cardiolipina y lecitina purificados, en buffer fosfatos con cloruro de colina y EDTA de acuerdo a las indicaciones de la O.M.S.

Control Positivo: dilución de sueros inactivado, reactivo.

REACTIVOS NO PROVISTOS

- Solución fisiológica (para la prueba semicuantitativa).
- Solución de cloruro de sodio 10 g/dl (para la técnica en líquido cefalorraquídeo)

ESTABILIDAD E INSTRUCCIONES DE ALMACENAMIENTO

Reactivos Provistos: estables en refrigerador (2-10°C) hasta la fecha de vencimiento indicada en la caja. No congelar.

INSTRUCCIONES PARA SU USO

Reactivo A: listo para usar. Agitar previo a la ejecución de la prueba.

Control Positivo: listo para usar.

PRECAUCIONES

Los Reactivos Provistos son para uso "in vitro". Todas las muestras de pacientes deben manipularse como si fueran capaces de transmitir infección.

El Control positivo ha sido examinado para antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg), virus de la hepatitis C (HCV) y virus de inmunodeficiencia humana (HIV), encontrándose no reactivo. Sin embargo, debe ser empleado como si se tratara de material infectivo.

Utilizar los reactivos guardando las precauciones habituales de trabajo en el laboratorio de química clínica. Todos los reactivos y las muestras deben descartarse de acuerdo a la normativa local vigente.

MATERIAL REQUERIDO

1- Provisto

- 1 gotero

2- No Provisto

- Agitador rotativo ajustable a 180 rpm.
- Placa de vidrio transparente con sectores de 14 mm de diámetro cada uno.
- Micropipetas para medir los volúmenes indicados.
- Microscopio

MUESTRA

Suero, plasma o líquido cefalorraquídeo (LCR)

a) Recolección: obtener de la manera usual. No inactivar.

b) Aditivos: no se requieren. Si la prueba se realiza con plasma, éste puede obtenerse empleando heparina, EDTA u oxalato de sodio como anticoagulantes.

c) Sustancias interferentes conocidas: hemólisis o hiperlipemia pueden ocasionar resultados erróneos.

d) Estabilidad e instrucciones de almacenamiento: en caso de no procesarse de inmediato los sueros pueden conservarse hasta una semana en refrigerador (2-10°C). El plasma puede emplearse hasta 24 horas luego de la extracción.

PROCEDIMIENTO

Tanto los reactivos como la muestra deben estar a temperatura ambiente antes de realizar la prueba.

I- PRUEBA CUALITATIVA

En cada uno de los sectores delimitados de la placa colocar:

Muestra o Control Positivo 50 ul

Con gotero provisto colocar:

| | |
|--|----------------|
| Reactivo A | 1 gota |
| Agitar horizontalmente la placa a 180 rpm durante 4 minutos. Observar inmediatamente en microscopio con poco aumento (60 a 100 X). | |
| II- PRUEBA SEMICUANTITATIVA EN SUERO O PLASMA Preparar diluciones de la muestra 1:2, 1:4, 1:8, 1:16 y 1:32 con solución fisiológica y realizar para cada dilución la prueba como se describe en I. | |
| III- PRUEBA CUALITATIVA PARA LCR Diluir el Reactivo A 1:2 con solución de cloruro de sodio 10 g/dl. Emplear dentro de las 2 horas de preparación. En cada sector delimitado de la placa colocar: | |
| Muestra o Control Positivo | 50 ul |
| Con aguja calibre 6 agregar. | |
| Reactivo A diluido | 1 gota (10 ul) |
| Mezclar bien y agitar horizontalmente la placa durante 8 minutos a 180 rpm. Leer los resultados en microscopio con poco aumento (60 a 100 X). | |

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Reactivo: presencia de floculación.

No reactivo: ausencia completa de floculación.

Prueba semicuantitativa: el título estará dado por la inversa de la última dilución que se observe reactiva. Leer atentamente las LIMITACIONES DEL PROCEDIMIENTO.

METODO DE CONTROL DE CALIDAD

Para controlar la calidad del sistema procesar un control positivo (suero seguramente reactivo) o el Control Positivo provisto y un control negativo (suero seguramente no reactivo) utilizándolos de la misma forma que las muestras.

LIMITACIONES DEL PROCEDIMIENTO

Ver Sustancias interferentes conocidas en MUESTRA.

Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con cuadros patológicos diversos como hepatitis, influenza, brucelosis, lepra, malaria, asma, tuberculosis, cáncer, diabetes y enfermedades autoinmunes. Estos casos no son muy comunes y generalmente presentan reacciones con títulos bajos y una historia clínica que no coincide con las características de sífilis.

Es imprescindible por estos motivos ante toda prueba cualitativa reactiva realizar la prueba semicuantitativa.

Resultados falsamente negativos pueden observarse cuando se presenta el fenómeno de prozona. Por este motivo se recomienda repetir la prueba en suero diluido 1:5 con solución fisiológica para verificar el resultado. Si en estas condiciones se observa floculación la muestra es reactiva.

A pesar de las ventajas de este método, sus resultados al igual que los de cualquier prueba serológica, sólo constituyen un dato auxiliar de diagnóstico que debe corroborarse con la historia clínica del paciente.

PERFORMANCE

Sobre 2140 muestras de un servicio hospitalario, ensayadas usando **V.D.R.L. test** e inmunofluorescencia como método de referencia, se observó una concordancia superior al 96%.

PRESENTACION

- 1 x 5,5 ml (Cód. 1853152).

BIBLIOGRAFIA

- Zinsser Microbiología, Joklik W., Willett H. y Amos D., 17ª edición Editorial Médica Panamericana, 1983.
- Manual of Tests for Syphilis, cap. 8 - American Public Health Association, Washington, D.C 20005, 1990.
- Podestá, D.; Svetaz, M.J.; Ricomi, R.; Capriotti, G.; Rojkin, L.; Lorenzo, L.; "Evaluación de tres reactivos para detección de sífilis" - VIII Congreso Argentino de Bioquímica, 54º Trienio Bioquímico Científico Anual 1990 - Revista A.B.A. 54/3, 1990.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

| | |
|---------------|--|
| TÍTULO | SÍFILIS CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PERINATOLOGÍA II COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR |
|---------------|--|

AUTOR (ES):

| APELLIDOS Y NOMBRES | CÓDIGO CVLAC / E MAIL |
|---|--|
| Millán Medina María Teresa | CVLAC: 25.005.879 E MAIL: mariamillan25005879@gmail.com |
| Salguera Perfecto Eurimar Leangi del Carmen | CVLAC: 25.511.486 E MAIL: eurimarleangi@gmail.com |

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Sífilis Congénita
Recién Nacidos
Frecuencia
Factores De Riesgo
Atención Prenatal
Venezuela.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

| ÀREA y/o DEPARTAMENTO | SUBÀREA y/o SERVICIO |
|-----------------------|----------------------|
| Dpto. de Bioanálisis | Inmunología |
| | Microbiología |

RESUMEN (ABSTRACT):

Introducción: La sífilis congénita es una infección multisistémica que afecta al recién nacido (RN) y que puede producir manifestaciones clínicas de variada gravedad, e incluso ser fatal. Durante los últimos años, la incidencia de la sífilis ha aumentado a nivel mundial y, de igual forma, la sífilis congénita en neonatos.

Objetivo: Señalar la frecuencia de sífilis congénita en recién nacidos atendidos en el Área de Perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 562 recién nacidos en el periodo Febrero-Abril del 2023.

Resultados: Del total de recién nacidos atendidos 8,01% dieron un resultado positivo en la prueba de VDRL y un 8,72% en la prueba SD BIO-LINE HIV/Syphilis Duo, 81,63% de las madres que contrajeron la enfermedad no recibieron pruebas serológicas durante el embarazo, mientras que el 77,55% no recibieron información sobre ITS durante el control prenatal.

Conclusión: Los resultados revelaron una frecuencia significativa de sífilis congénita, además entre los factores de riesgo que más predominaron fue los escasos controles prenatales.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

| APELLIDOS Y NOMBRES | ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|-----------|--------------|--------------|
| Msc. Milangela Millan | ROL | CA | AS | TU(x) | JU |
| | CVLAC: | 15.636.934 | | | |
| | E_MAIL | milangellimillan@gmail.com | | | |
| | E_MAIL | | | | |
| Lcdo. Fernando Linares | ROL | CA | AS | TU | JU(x) |
| | CVLAC: | 24.850.713 | | | |
| | E_MAIL | fernando.lch17@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 | 04 MES | 09 DÍA |
|--------------------|------------------|------------------|

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

| NOMBRE DE ARCHIVO | TIPO MIME |
|--|------------------|
| Tesis sífilis congénita en recién nacidos atendidos en el área de perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez Ciudad Bolívar Estado Bolívar | . MS.word |

ALCANCE

ESPACIAL:

Área de perinatología II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz Y Páez”,
Ciudad Bolívar, Estado Bolívar

TEMPORAL: 10 AÑOS

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Licenciatura en Bioanálisis

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Bioanálisis

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 BOLIVAR
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. MILLÁN MEDINA MARIA TERESA
C.I.25005879
AUTOR


Br. SALGUERA PERFECTO EURIMAR LEANGI DEL
CARMEN
C.I.25511486
AUTOR

JURADOS


TUTOR: Prof. MILANGELA MILLÁN
C.I.N. 15.636.934
EMAIL: milangela.millan@unioe.edu.ve


JURADO Prof. ANA VASQUEZ
C.I.N. 8872972
EMAIL: anavazquez@bmail.com


JURADO Prof. FERNANDO LINARES
C.I.N. 24.820.713
EMAIL: fernando.linarez@unioe.edu.ve


P. COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO Y AMOS
Avenida José Méndez c/c Colombo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
Teléfono (0285) 6324976