



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

ACTA

TG-04-2024-09

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. PEDRO LÓPEZ Prof. ANA SANTOS y Prof. YOSAIDA URIEPERO,

Reunidos en: Salón de reuniones del Centro de Tecnología Educativa de la UDO Nucleo Bolívar,
a la hora: 2^{da} pm

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

FRECUENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE PERINATOLOGÍA I Y II. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR-ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2023-AGOSTO 2023.

Del Bachiller **MARQUÉS TERESÉN PAULA STHEPHANY C.I.: 21349031**, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	☒	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	☒
-----------	----------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 17 días del mes de Julio de 2024

Prof. **PEDRO LÓPEZ**
Miembro Tutor

Prof. **ANA SANTOS**
Miembro Principal

Prof. **YOSAIDA URIEPERO**
Miembro Principal

Prof. **IVÁN AMARILLO RODRÍGUEZ**
Coordinador comisión de Trabajos de Grado



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



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

ACTA

TG-04-2024-09

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. PEDRO LÓPEZ Prof. ANA SANTOS y Prof. YOSAIDA URIEPERO,
Reunidos en Sala de reuniones del Centro de Tecnología
Administrativa del Núcleo Bolívar
a la hora: 7:30 pm
Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**FRECUENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN NEONATOS
HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE PERINATOLOGÍA I Y II. COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR-ESTADO BOLÍVAR.
ENERO 2023-AGOSTO 2023.**

Del Bachiller **ROCA BENAVIDES JILENNYS YULIET C.I.: 22701401**, como requisito parcial para optar
al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	☒	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	☒
-----------	----------	-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 17 días del mes de Julio de 2024

Prof. PEDRO LÓPEZ
Miembro Tutor

Prof. ANA SANTOS
Miembro Principal

Prof. YOSAIDA URIEPERO
Miembro Principal

Prof. IVÁN AMARILLO RODRÍGUEZ
Coordinador comisión de Trabajos de Grado



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



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

**FRECUENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
NEONATOS HOSPITALIZADOS. SERVICIOS DE PERINATOLOGÍA I Y II.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD
BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2023 - AGOSTO 2023.**

Tutor académico:

Dr. Pedro López

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: Marqués Teresen Paula Sthephany

C.I: 21.349.031

Br: Roca Benavides Jilennys Yuliet

C.I: 22.701.401

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, Julio de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE	iv
AGRADECIMIENTOS	vi
DEDICATORIA	ix
RESUMEN	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos	16
METODOLOGÍA.....	17
Tipo de estudio.....	17
Universo.....	17
Muestra	17
Criterios de inclusión.....	17
Criterios de exclusión	18
Procedimientos	18
Análisis Estadístico.....	18
RESULTADOS	19
Tabla N°1	22
Tabla N°2	23
Tabla N°3	24
Tabla N°4	25
Tabla N°5	26
Tabla N°6	27
Tabla N°7-A.....	28
Tabla N°7-B	29

Tabla N°8-A.....	30
Tabla N°8-B.....	31
Tabla N°9.....	32
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
APÉNDICE.....	48
Apéndice A.....	49

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a mi Dios por permitirme llegar hasta donde estoy, por darme la entereza necesaria en todo momento para continuar, su amor y bondad me permiten hoy en día sonreír antes mis logros, que no son más que el resultado de su ayuda, las veces que he caído no han sido más que sus pruebas para que aprenda de mis errores y de esa manera crezca como persona y como profesional. Siempre a su tiempo que es perfecto, a su forma idónea y perfecta de trabajar para sus hijos.

Agradezco la bendición de tener a mi lado a mi mami Tania Teresen, mi papi Laureano Marcano, por ser siempre mi apoyo incondicional, por brindarme un consejo cuando más lo he necesitado y por la paciencia que han tenido en todo momento. Gracias por confiar y creer en mí.

Agradecida con mi tutor Dr. Pedro López por el tiempo dedicado para la guía y apoyo de nuestro trabajo de tesis, siempre estuvo dispuesto a escuchar, brindar consejos valiosos y sobretodo compartir sus grandes conocimientos conmigo.

Gracias a la CASA MAS ALTA, la Universidad De Oriente, orgullosa de ser Udistas y pertenecer a tan majestuoso gremio. Gracias por permitirme formarme en ella, y a aquellas personas que formaron parte de forma directa e indirecta en este proceso.

Br. Paula Sthephany Marqués Teresen

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme siempre las fuerzas para continuar, gracias por mantenerme enfocada y concentrada en este objetivo, me enseñaron que con dedicación, paciencia y mucha fe, todo es posible.

A mis padres, Teresa Benavides y Jorge Luis Roca, por ser el pilar fundamental de mi vida, por inculcarme principios y valores tan importantes como la responsabilidad, el respeto y la honestidad que me han hecho la persona que hoy soy, por creer en mí desde el día uno y ser mi refugio, sin sus sacrificios esto no sería posible, gracias, por tanto.

A mi hermana, Karennys Roca, por su amor y apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera y de mi vida, gracias por tanta felicidad que me das junto a lado de mis bebés Víctor Elías y Vivíam, son mi todo.

A toda mi familia, por siempre creer en que podría lograrlo, por su cariño, a pesar de la distancia siempre sentí sus palabras de aliento y cada abrazo, este logro también es de ustedes.

A la Universidad de Oriente, por ser mi casa de estudios, al Hospital Universitario Ruiz y Páez por albergar a tantos doctores maravillosos que han sido parte de mi formación no sólo profesional sino también personal, a todos ustedes infinitas gracias.

A mi Tutor, Dr. Pedro López, por su valiosa ayuda en la realización de esta tesis para la Universidad de Oriente, haber podido contar con sus conocimientos en este camino ha sido un verdadero privilegio por la cual estaré siempre agradecida.

A mi compañera de Tesis, Marqués Paula, gracias por tu cariño y amistad incondicional, por creer e ir conmigo de la mano en la realización de esta tesis.

Br. Jilennys Yuliet Roca Benavides

DEDICATORIA

A mi hijo Christian Paul.

Desde que llegaste a mi vida te convertiste en mi mayor motivación, libras mi mente en momentos de adversidades y me impulsas a superarme en la carrera de ofrecerte siempre lo mejor. No es fácil, pero esa sonrisa y tu amor son mi motor a diario para continuar luchando por ti, por mí, por los dos.

Jamás tendré como pagar a Dios por tan perfecto regalo. Te Amo Hijo.

Br. Paula Sthephany Marqués Teresen

DEDICATORIA

A Dios, por otorgarme la vida, llenarme de dones y elegirme como su instrumento acá en la tierra para amar, servir y ayudar a los demás a través de esta carrera, por colmarme de valor y la fortaleza para nunca desistir y seguir adelante frente las adversidades.

A mi madre Teresa Benavides, por ser mi motor, cómplice, y por dar siempre lo mejor de sí para poder cumplir mis sueños, por su incansable lucha y sacrificio para que hoy este aquí, a mi padre Mañita que aunque no estés físicamente conmigo te llevo siempre en mi corazón y en cada paso que doy, te extraño siempre, este logro es de ustedes, gracias por siempre creer en mí e impulsarme a seguir adelante a pesar de las adversidades, por levantarme en cada tropiezo y celebrar cada escalón cumplido, son mi ejemplo de vida y superación, los amo con toda mi alma.

Br. Jilennys Yuliet Roca Benavides

FRECUENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN NEONATOS HOSPITALIZADOS. SERVICIOS DE PERINATOLOGÍA I Y II. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2023 - AGOSTO 2023.

Roca, J., Marqués, P.

RESUMEN

Determinar la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en neonatos hospitalizados en los Servicios de Perinatología I y II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero 2023 a agosto 2023. **Resultados:** Se obtuvo que la edad materna más resaltante observada se encontró entre los 18 – 27 años con un 63,95 % (n=55), siendo la sífilis la infección de transmisión sexual mayormente observada en el 82,56 % (n=71) de los casos, seguido del VPH 13,95 % (n=12), mientras el VIH fue el de menor prevalencia por encontrarse en 3,49 % (n=3) de las madres. Alrededor de 68,61 % (n=59) de los neonatos fueron obtenidos por parto vaginal, donde 76,74 % (n=66) tenían más de 37 semanas de gestación, 73,26 % (n=63) eran del sexo femenino, con un peso mayor de 3000 gr. Dentro de las manifestaciones clínicas presentadas, 36,05 % (n=31) de los recién nacidos cursaron con síndrome de dificultad respiratoria, 12,79 % ictericia y 4,65 % neumonía, mientras que la complicación con mayor frecuencia fue la asfixia perinatal en el 6,97 %, seguido del trauma obstétrico, la sepsis y la meningitis (2,33 %). El 100 % de las madres y 96,51 % de los neonatos se realizaron pruebas de VDRL y VIH, de los cuales el 100 % (n=86) de las madres presentaron VDRL reactivo, donde 44,19 % (n=38) recibieron penicilina benzatínica 2400.000 UI vía intramuscular 1 dosis semanal por 3 dosis, mientras 55,81% (n=48) no lo recibieron. 96,51 % (n=83) de los neonatos se les realizó pruebas de VDRL, mientras 3,49 % (n=3) no se les realizó, evidenciándose un 18,07 % (n=15) de casos con VDRL positivo con diluciones que oscilaban entre (1:3-1:76 dl) de los cuales recibieron tratamiento médico a base de penicilina cristalina en dosis de (100.000 UI/kg/día). El 3,49 % (n=3) de las madres presentaron pruebas de VIH positivo, recibiendo Sin embargo 96,51 % (n=83) obtuvieron resultados negativos por lo que no recibieron tratamiento. 3,49 % (n=3) de los neonatos recibieron tratamiento profiláctico con antirretrovirales Zidovudina/Lamivudina/Nevirapina/ por riesgo de transmisión vertical por madres VIH positivo. 16,28 % (n=14) de los neonatos se les realizó pruebas de FTA, mientras 83,72 % (n=72) no se les realizó evidenciándose un 8,43% (n=7) de casos con resultados de FTA positivo para sífilis. El 82,56 % (n=71) de las madres y el 75,58 % (n=65) de los recién nacidos estuvieron hospitalizados menos de 5 días. Alrededor del 96,51 % (n=83) de los neonatos sobrevivieron, mientras que 3,49 % (n=3) fallecieron. **Conclusión:** Se pudo constatar una alta incidencia de casos de infección de transmisión sexual en madres, trayendo graves consecuencias en los neonatos.

Palabras clave: infecciones, neonatos, embarazo.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido como una de las más preocupantes a nivel global, la epidemia de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) o Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Se trata de una de las patologías de mayor morbilidad y mortalidad, especialmente en la población femenina joven con embarazos no deseados, además de impactar en los procesos de gestación y nacimientos con desenlaces fatales (Serdán et al., 2022).

Las ETS son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano, o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo. Su transmisión sexual ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos un contacto sexual penetrativo sin protección con una persona de la cual se ignora si tiene o no una ETS, o se conoce que la tiene (Serdán et al., 2022).

La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativa del grupo de padres respecto a la iniciación de las relaciones sexuales y declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. En ese sentido, el embarazo se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño, ya que las mujeres no solo están menos preparadas emocionalmente que las mujeres mayores para tener un bebé, sino también menos preparadas físicamente para dar a luz un bebé saludable (AEP, 2022).

Según la OMS en el año 2016, más de 1 millón de personas contrajeron una ITS cada día. Unos 374 millones de personas contraen a l año alguna de las 4 ITS

siguientes: clamidias, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Se estima que 500 millones de personas son portadoras del virus herpes tipo 2 causantes de úlceras genitales y alrededor de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (OMS, 2019; OMS, 2021).

Las ETS pueden tener consecuencias graves y secuelas a largo plazo para quien las padece y para su descendencia. Así, el gonococo y la clamidia son las causas principales de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) que, además de su gravedad, puede causar daños irreversibles en las trompas de Falopio. Entre 55% y 85% de las EIP no tratadas producen esterilidad, o dan lugar a embarazos ectópicos que en países poco desarrollados y con precarios sistemas de salud, son causa frecuente de hemorragia seguida de muerte, o produce secuelas como dolores pélvicos crónicos y coitalgia (Andrés, 2017).

De acuerdo con datos obtenidos de la ONU-SIDA, alrededor de 35 millones de personas estaban infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) a nivel mundial para el año 2014, donde la mayoría de los casos se debía a transmisión sexual o a recién nacidos (RN) infectados por sus madres. En España, de acuerdo con CORISPE (Corte Nacional VIH Pediátrico), hasta finales de 2014, se reportaron alrededor de 1039 casos de niños RN infectados por el VIH (León et al., 2014). Por su parte, en Colombia durante el período 2007-2014 se han diagnosticado alrededor de 2761 gestaciones con infección de VIH, de los cuales al menos 235 RN fueron infectados por sus madres; además se registró que 23.370 mujeres presentaron gestaciones con sífilis, de los cuales 16.602 RN padecieron de sífilis congénita (Verano et al., 2022).

Las ETS ocasionan un grupo de patologías, con etiologías infecciosas diversas, y es un importante problema de salud pública y muchas veces se presenta la coinfección de distintas ETS. Puede coincidir más de una ETS en un mismo

individuo, al compartir mecanismo de transmisión, y, además, tanto las que cursan con úlceras como con inflamación en el tracto genitourinario, favorecen la transmisión de otras, como por ejemplo el VIH o el virus de la hepatitis C (Serdán et al., 2022).

Se estima que alrededor de 5 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres con ETS no desarrollan síntomas. De hecho, las ETS son transmitidas usualmente por personas que tienen infecciones asintomáticas o que tienen síntomas que ignoran. Cuando una ETS es sintomática, se puede manifestar más frecuentemente como un síndrome; sin embargo, no son las únicas manifestaciones posibles (Díez y Díaz, 2012).

En general, es importante recordar que no todas las ETS presentan manifestaciones en genitales. Los períodos de transmisibilidad también son variables, e incluyen estados asintomáticos; sin embargo, algunas infecciones parecen requerir de lesiones activas (Díez y Díaz, 2012).

La transmisión de la infección de la madre a su hijo puede ocurrir in útero (congénita), en el momento o alrededor del momento del parto (perinatal) o posteriormente (posnatal) como puede ocurrir en la transmisión de microorganismos mediante lactancia materna. Las infecciones maternas se transmiten al embrión y feto por la infección ascendente de la vagina superior por el cuello uterino al líquido amniótico o por la propagación hematógena como resultado de la viremia materna, la bacteriemia o la parasitemia (OMS, 2008).

Cuando las infecciones se contraen por la vía ascendente, los microorganismos, pueden causar con mayor frecuencia, funisitis y cambios inflamatorios en el amnios y corion (corioamnionitis) y pueden conducir a rotura prematura de las membranas y parto de pretérmino. A menudo, la neumonía fetal ocurrirá como resultado de la

entrada del líquido amniótico infectado en los pulmones y en las infecciones difundidas vía hematógena, generalmente infecciones vírales, la placenta está a menudo infectada resultando en deciduitis y villitis (OMS, 2008).

En la actualidad, se consideran las ETS como una verdadera epidemia de nuestra época. Se producen en el mundo 250.000.000 de casos nuevos cada año y en las Américas se estima una cifra de alrededor de 50.000.000 anualmente, siendo las más frecuentes la vaginosis bacteriana, herpes genital, clamidiasis, blenorragia, trichomoniasis, candidiasis, infecciones por papilomas virus humanos (VPH), hepatitis B (VHB), sífilis y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), (Zambrano et al., 2021).

La sífilis es causada por el *Treponema pallidum* (T. pallidum) que traspasa la piel hasta la dermis, donde se multiplica y alcanza los vasos sanguíneos. Desde allí, se disemina por vía sanguínea y por vía linfática, pudiendo afectar a todos los órganos (Zambrano et al., 2021).

Se adquiere generalmente por contacto sexual genital, anal u oral directo con una persona en el estadio primario de la enfermedad, aunque el periodo secundario es el más contagioso, por cursar con una gran cantidad de lesiones cutáneas contagiosas (Andrés, 2017). De las mujeres embarazadas que adquieren la infección sólo 20% de los hijos podrán nacer sanos, 25% de los fetos infectados in útero mueren antes de nacer y alrededor de 30% pueden morir después del parto si no son tratados (Zambrano et al., 2021).

La sífilis prenatal se adquiere in útero por transmisión hematógena transplacentaria a partir de una madre infectada, no tratada y con menos de cuatro años de iniciada la infección. Las madres que se infectan en las últimas seis semanas previas al parto, no transmiten la infección al producto. El paso transplacentario de T.

pallidum es entre el cuarto y quinto mes del embarazo, probablemente por la protección que confieren las células de Langhans del corion. Una vez que *T. pallidum* invade al feto, hay diseminación a todos los órganos infiltrando el endotelio vascular, causando meningoencefalitis, hepatitis, osteocondritis o neumonitis, pudiendo inducir la pérdida fetal (Zambrano et al., 2022).

De acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad, ésta se clasifica en: sífilis prenatal reciente sintomática, la cual es la que se manifiesta desde el nacimiento hasta los dos años de edad y, sífilis prenatal tardía, que se manifiesta después de los dos años y hasta los 30 años. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, apoyándose en antecedentes epidemiológicos y el diagnóstico de certeza se establece con la observación *T. pallidum* en microscopio de campo oscuro o tinciones con inmunofluorescencia a partir de muestras sanguíneas, base del cordón umbilical y de órganos. El VDRL (Prueba de Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas) y el RPR (Reagina Plasmática Rápida), son pruebas serológicas no treponémicas con alta sensibilidad, pero baja especificidad para cribado de sífilis, por lo que en caso de ser positivas deben ser confirmadas con una prueba treponémica como el FTA-Abs (Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes), para poder afirmar que el paciente tiene sífilis (Zambrano et al., 2022).

La sífilis congénita ocurre aproximadamente en un tercio de RN de mujeres embarazadas con sífilis no tratadas. El diagnóstico en el nacimiento es difícil y el problema se subestima en la mayoría de los hospitales en virtud de que el niño infectado puede estar al principio asintomático. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la eliminación de la sífilis congénita como problema de la salud pública se certificará cuando la tasa de incidencia de esta entidad (incluida los neonatos), sea igual o inferior a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos (Bruniera et al., 2021).

La gonorrea es causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) diplococo Gram negativo que tiene tropismo por la mucosa uretral, el endocervix y el recto, las glándulas de Bartolino y la faringe. La infección genital es asintomática hasta en 50% de los casos, sobre todo en mujeres y en varones, cuando la infección es oral o anal (Andrés, 2017).

El riesgo de infección gonocócica para una mujer postexposición con un hombre infectado es de 50% a 90%, mientras que el riesgo postexposición en un hombre es de alrededor de 30% y esta probabilidad incrementa con el número de relaciones sexuales. Cuando la infección ocurre antes de las 12 semanas de gestación se pueden presentar casos de aborto; después de la semana 16 es más común la presencia de corioamnionitis con amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino y ruptura de membranas. Las formas más graves de infección materna son la peri hepatitis y la enfermedad pélvica inflamatoria con salpingitis (Comunión, 2022).

Posterior al parto más de la mitad de los hijos de madres con gonorrea presentan oftalmia neonatorum, que es la forma clínica más común de infección gonocócica de transmisión perinatal. El neonato presenta dentro de la primera semana de vida (alrededor del tercer día) acentuada inyección conjuntival, secreción purulenta abundante y edema palpebral. En la actualidad son escasos los reportes de pacientes que terminan con ceguera, que fue una de las complicaciones comunes en el pasado. En forma ocasional pueden presentarse manifestaciones sistémicas de infección y en forma tardía pueden presentar artritis (Zambrano et al., 2021).

El diagnóstico además de los datos clínicos debe apoyarse en la realización de frotis y cultivo de la secreción purulenta en el cual deberá buscarse *N. gonorrhoeae* en medio de Thayer-Martin y gelosa chocolate y al mismo tiempo enviar muestra para inmunofluorescencia o ELISA y/o cultivo para *Chlamydia trachomatis* (Zambrano et al., 2021).

Las tasas de prevalencia de las infecciones gonocócicas en mujeres embarazadas muestran amplias variaciones geográficas. Estados Unidos tiene la tasa más alta dentro de los países industrializados, oscilando de 0,6% a 2,7%. En la mayoría de los países europeos la tasa de prevalencia de la gonorrea en mujeres embarazadas es casi siempre menos de 1%. La tasa de prevalencia en mujeres que acuden a las clínicas prenatales en la mayoría de los países africanos, varía de 1% a 15% y la lentitud con que se publican los resultados de otros continentes sugiere que algunos países tienen tasas de prevalencia similares a las tasas de las poblaciones africanas (Comunión, 2020).

La candidiasis genital es una afección producida por levaduras del género *Cándida*, el cual reúne cerca de 100 especies. Su frecuencia se halla en aumento: se encuentra en 10% a 15% de las afecciones no gonocócicas y de las vulvovaginitis (OMS, 2008).

El desequilibrio hormonal que se produce durante el embarazo origina modificaciones epiteliales conocidas a nivel de la vagina y facilita la implantación de levaduras de origen digestivo y se comprueba un descenso del pH vaginal. Una de cada tres mujeres presenta una candidiasis vaginal durante la primera mitad del embarazo y una de cada dos en el momento del parto. Las pacientes presentan prurito, ardor, dispareunia, flujo transvaginal aumentado que puede ser grumoso con aspecto de “requesón” o en el embarazo fluido incrementado blanco lechoso. Se puede encontrar en el área genital edema, eritema y huellas de rascado. El diagnóstico se basa en el examen directo “al fresco”, una gota de secreción al microscopio permite poner de manifiesto las levaduras y los filamentos micelianos (Comunión, 2022).

La candidiasis vaginal o moniliasis, es una de las infecciones del tracto urinario que más afecta a las mujeres. Cada año, millones de mujeres padecen esta enfermedad a lo largo y ancho del planeta (Abarca, 2003).

Se estima, que 3 de cada 4 mujeres padecerán al menos de un episodio de candidiasis vaginal durante el transcurso de sus vidas. Afortunadamente, esta enfermedad es de fácil y rápido diagnóstico, y su adecuado tratamiento cura la enfermedad de forma rápida y segura. La repercusión de esta enfermedad sobre el embarazo ha sido un tema ampliamente debatido que hoy en día hay estudios que demuestran que la infección por *Candida albicans* puede provocar abortos espontáneos y partos prematuros (Abarca, 2003).

La tricomoniasis es producida por *Trichomonas vaginalis* (*T. vaginalis*), el cual es un microorganismo flagelado eucariótico, donde de las tres especies encontradas en el hombre, solo *T. vaginalis* es patógena. El número anual de casos en todo el mundo se estima en 180 millones, aproximadamente y en muchos países 1 de cada 4 mujeres en edad de actividad sexual ha estado afectada o lo estará. La vulvovaginitis se manifiesta por un exudado vaginal fétido profuso, color verdoso y espumoso y por irritación vulvar pruriginosa con dolor. La mucosa vaginal y el cuello uterino muestran exudado inflamatorio ocasionalmente con “puntos de fresa” y la vulvitis está marcada por edema, dolor y eritema. La tricomoniasis puede confirmarse por la demostración del parásito en las secreciones uretrogenitales. Se pueden realizar: examen en fresco en portaobjetos, examen poscoloración y cultivo (Andrés, 2017).

El herpes genital está causado por el herpes simple tipo II (VHS-II) en aproximadamente 80% de los casos y el herpes simple tipo I (VHS-I), en 20% de los casos, por sexo oral. En adolescentes, la primoinfección puede causar cuadros muy floridos: vesículas que evolucionan rápidamente a úlceras de pequeño tamaño de 1-2 mm, fondo limpio, borde eritematoso, muy dolorosas, distribuidas por área genital, acompañado de síndrome miccional, o pasar desapercibida, en la mayoría de los casos (Comunión, 2022).

Una vez adquirida la infección, con o sin clínica, se mantiene de forma latente y puede haber recurrencias, siempre mucho menos sintomáticas y con menos clínica. En el caso de VHS-II, las recurrencias son más frecuentes, sobre todo en los primeros años de la infección (Comunión, 2022).

Las recurrencias cursan con la aparición de lesiones vesiculosas agrupadas, que evolucionan rápidamente a úlceras, dolorosas, pequeñas, que curan sin tratamiento en 7-8 días. Aparecen en la misma zona y se acompaña de un pródromo de ardor-picor y en la mayoría de los casos, el diagnóstico es clínico. Existen pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR) muy sensibles y específicas, cercanos al 100%, pero son caras y se usan en caso dudoso de diagnóstico diferencial de úlceras genitales. Las serologías tipo específicas son útiles, sobre todo, para ver seroconversiones, con poca relevancia clínica al ser diagnósticos a posteriori (Comunión, 2022).

La infección por virus de papiloma humano (VPH) es la más prevalente de las ETS entre jóvenes de ambos sexos. En el mundo se estima que hay 270 millones de mujeres portadoras del VPH y de ellas 27 millones tienen condilomas. En España, se calcula que entre 3% a 6% de mujeres son portadoras del VPH y la incidencia máxima de aparición de las lesiones es entre 20 y 24 años, siendo la adolescencia la etapa de más alto riesgo. A partir de los 35 años, se produce una aclaración del virus, quedando únicamente de 5%-10% de portadoras y vuelve a aumentar la proporción a partir de los 50 años (Andrés, 2017).

La infección por VPH puede manifestarse como una infección evidente o subclínica en el cérvix, la vagina, la vulva, el cuerpo perineal o el área perianal o como una citología anormal. Los condilomas acuminados tienden a ocurrir como lesiones polimórficas múltiples que pueden fusionarse hasta formarse grandes masas en las áreas vulvar, perineal o anal (Zambrano et al., 2021).

Los condilomas se hallan con frecuencia dentro de la vagina y en ocasiones aumentan de tamaño impidiendo el parto vaginal. Se pueden encontrar también en el meato uretral externo y en el clítoris. Son comunes en el cérvix y se ven como una lesión acuminada definida, una lesión mucosa o manchas blancas con un puntillado fino en la colposcopia (previa aplicación de ácido acético). La infección representa un cofactor de riesgo de cáncer de cuello uterino, sobre todo si está asociado a otros agentes potencialmente mutágenos (Zambrano et al., 2021).

Entre las enfermedades asociadas con los VPH figuran la neoplasia intraepitelial cervical (NIC), la neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN) y la neoplasia intraepitelial vulvar (VIN), así como casi todos los carcinomas de células escamosas invasoras del tracto genital. Para el diagnóstico el método más utilizado es el de Papanicolau (Zambrano et al., 2021).

Otra de las ETS que ha cobrado auge en los últimos años es la hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC). Una madre infectada por VHB puede transmitir la infección a su bebé durante el embarazo. Ello depende de cuándo se infectó y el riesgo más alto se presenta cuando la madre se infecta cerca del momento del parto. Los bebés infectados también tienen un riesgo alto (hasta de 90%) de convertirse en portadores crónicos (de por vida) del VHB. Los bebés que tienen una infección del VHB, tienen un riesgo mayor de presentar enfermedad crónica del hígado o cáncer del hígado más tarde en su vida. La transmisión del VHB de madre a hijo se puede prevenir al hacer pruebas de detección de la infección a las mujeres embarazadas y brindar tratamiento a bebés con bajo riesgo después de nacer (Malpartida, 2020).

Por otro lado, una madre infectada con hepatitis C (VHC), transmitirá la infección a su bebé el 10% de las veces, pero las probabilidades son más altas en ciertos subgrupos de la población, como en las mujeres que también están infectadas por el VIH. En algunos estudios, los bebés nacidos de mujeres infectadas por el VHC

han mostrado un alto riesgo de tener un tamaño más pequeño al de su edad gestacional, de ser prematuros y de presentar bajo peso al nacer. Los bebés RN con la infección del VHC, por lo general, no tienen síntomas y en su mayoría eliminarán la infección sin ayuda médica. La enfermedad del hígado tiende a evolucionar más lentamente en los niños infectados con el VHC y estos responden algo mejor al tratamiento, en comparación con los adultos (Malpartida, 2020).

La transmisión vertical del VIH/SIDA constituye otro problema importante que preocupa a la salud pública mundial. En 1992 habían nacido en África alrededor de 250.000 niños infectados por el VIH. En Estados Unidos las tasas de transmisión perinatal del SIDA fueron estimadas en 1991, en 25-30% (Zambrano et al., 2021).

Hoy en día una gran proporción de los adultos afectados son mujeres, en las que se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad. Ello es particularmente cierto en aquellas mujeres entre 20 y 40 años de edad que habitan en grandes ciudades de la región de las Américas y el África subsahariana. En algunos países de esta zona, las tasas de prevalencia de mujeres embarazadas con VIH/SIDA oscilan entre 8% y 12%, sin embargo, en Europa Occidental estas tasas se encuentran entre 0,6% y 1% (Zambrano et al., 2021).

Desde el punto de vista taxonómico, el VIH se considera un retrovirus y por tanto pertenece a la familia Retroviridae y a la subfamilia Orthoretrovirinae. Además, debido a su largo período de incubación, forma parte del género Lentivirus. Actualmente se han identificado dos especies del virus: el VIH-1 (en todo el mundo) y el VIH-2 (en África y en algunos países de Asia). Desde el punto de vista clínico, la infección VIH puede permanecer asintomática durante largos períodos y al igual de lo que sucede en adultos, en los pacientes pediátricos pueden estar afectados prácticamente todos los órganos y sistemas del organismo, fundamentalmente el tracto respiratorio, gastrointestinal o urinario y el sistema nervioso o hematológico.

En los primeros años de vida, las manifestaciones clínicas frecuentemente son inespecíficas. Las infecciones agudas asociadas generalmente son causadas por patógenos comunes y similares a los que afectan a pacientes inmunocompetentes de la misma edad (Siciliano, 2010).

La repercusión más seria debida a las ETS excluyendo al VIH/SIDA tiende a ocurrir en mujeres y recién nacidos. Las complicaciones en las mujeres incluyen el cáncer de cérvix y la enfermedad pélvica inflamatoria con infertilidad, dolor crónico, embarazo ectópico y mortalidad materna asociada subsecuente. En los países en vías de desarrollo, las complicaciones maternas que se relacionan directamente con las ETS no tratadas representan la primera causa de morbilidad materno infantil (Zambrano et al., 2021). Es por ello que hoy en día el control de las enfermedades de transmisión sexual en el embarazo ha cobrado un auge creciente, debido a las consecuencias mortales o efectos graves para el feto y la madre (Zambrano et al., 2021).

En Quito, Ecuador, Chacón (2019), realizó un estudio con el objetivo de mostrar la prevalencia de las características clínico - epidemiológicas asociadas a la transmisión materno infantil del VIH en las madres gestantes y los recién nacidos. Se estudiaron 247 madres gestantes con diagnóstico confirmado por VIH; la edad media fue $26,1 \pm 5,7$ años; 11,5% mostró coinfección por VPH; el momento más frecuente del diagnóstico de infección por VIH fue durante el embarazo 47,8% (el trimestre de mayor diagnóstico fue el segundo con 41,3%). Se registró la información del diagnóstico del expuesto perinatal en 69 recién nacidos, que mostraron las siguientes características: 35 nacimientos de sexo masculino y 34 de sexo femenino, el peso medio al nacer fue de $2461,31 \pm 464$ gramos, la edad gestacional media al nacer fue de $36,3 \pm 2$ semanas de gestación y 100% de neonatos recibieron profilaxis en base a Zidovudina/Lamivudina/Nevirapina.

De igual manera, en Ecuador, Verano et al. (2022) evaluaron la incidencia de VIH adquirida por transmisión vertical en RN atendidos en el Hospital General Docente Ambato. A partir de la revisión de historias clínicas se observó que, del total de RN con VIH adquirido por transmisión vertical, 53% pertenecía al género masculino y 47% al género femenino; 41% de los neonatos nació en una etapa pretérmino/prematuro leve de entre las 35 a 36 semanas; 35% a término de entre las 37 a las 41 semanas y 24% restante fueron prematuros de entre 32 a 34 semanas. De acuerdo con el tipo de parto se determinó que 76% de los neonatos nacieron por parto normal, sin embargo, 24% restante lo hizo por medio de una cesárea.

En Venezuela, Henríquez et al. (2019) describieron las características clínicas y epidemiológicas de la sífilis congénita en neonatos registrados en el Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga durante el período enero 2014 a junio 2017. Los resultados evidencian que 52% de los neonatos eran de sexo masculino, el peso y longitud del neonato osciló entre 2501 a 4000 gramos y 46 a 55 cm, respectivamente; los neonatos pretérmino y a término tenían un tamaño adecuado; el APGAR fue normal al minuto, cinco y diez minutos. Las manifestaciones clínicas y paraclínicas más frecuentes fueron ictericia (41,2%), leucocitosis (16,7%) y periostitis (12,8%) y 78,4% de los casos presentaron VDRL no reactivo en LCR mientras que 72,5% mostraron VDRL reactivo en sangre.

Por lo antes expuesto, se considera de gran interés desarrollar el presente estudio con la finalidad de determinar la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en neonatos hospitalizados en los Servicios de Perinatología I y II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero 2023 a agosto de 2023.

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones del feto y el RN son una causa importante de morbilidad, mortalidad y secuelas. Las características propias de la etapa fetal hacen que las infecciones que ocurren en este período tengan una patogenia especial y produzcan una infección con características clínicas únicas, las cuales varían según el semestre del embarazo en que ocurren. En el período neonatal, las características propias de la inmunidad del RN le dan también una forma de presentación y evolución características. La infección adquirida durante el embarazo, muchas veces inaparente y asintomática en la madre, puede tener efectos devastadores en el feto, el recién nacido y el niño, lo que conlleva un elevado coste tanto emocional, como financiero (Gómez et al., 2013).

Se sabe que hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes que se transmiten por contacto sexual. Según las últimas estimaciones de la OMS, aproximadamente 38 millones de personas sexualmente activas de 15 a 49 años de edad en las Américas tienen una ETS fácilmente curable (Clamidia, gonorrea, sífilis y/o tricomoniasis), las cuales pueden tener importantes consecuencias para la salud, incluidos síntomas en los genitales, complicaciones durante el embarazo, infertilidad, aumento en la probabilidad de transmisión del VIH y efectos psicosociales (OMS, 2022).

En el caso particular de los neonatos portadores de VIH, estos deben ser introducidos inmediatamente en planes de salud y bienestar ya que antes de cumplir 2 meses deberían iniciar tratamiento de antirretrovirales para lograr una vida normal y saludable. Sin embargo, existen ciertas limitaciones como es el escaso crecimiento o incremento de peso, continuas infecciones, bajos niveles de desarrollo físico, mental y emocional (Verano et al., 2022). Es por ello, que el presente estudio intentará

revisar los puntos relevantes sobre el tema y dar continuidad a futuras investigaciones realizadas en territorio nacional, con el fin de aportar datos estadísticos actualizados sobre la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en neonatos, siendo estas entidades que se han convertido en un problema de salud pública a escala mundial.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en neonatos hospitalizados. Servicios de Perinatología I y II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero 2023 a agosto 2023.

Objetivos específicos

1. Especificar la edad materna y el tipo de transmisión sexual.
2. Señalar la vía de resolución del parto, natural- instrumental (cesárea).
3. Establecer la edad gestacional, sexo y peso del recién nacido.
4. Señalar las manifestaciones clínicas presentes en el neonato.
5. Determinar la presencia de complicaciones asociadas.
6. Precisar la realización de pruebas de laboratorio específicas e inespecíficas en la madre y en el neonato para el diagnóstico de ITS.
7. Detallar el tratamiento recibido durante estancia hospitalaria materna y neonatal.
8. Cuantificar el tiempo de estancia hospitalaria materna y neonatal.
9. Valorar el índice de mortalidad en los neonatos que cursan con enfermedades de transmisión sexual.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este estudio fue de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal, de campo, no experimental.

Universo

Conformado por 86 neonatos hospitalizados en los Servicios de Perinatología I y II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2023 a agosto de 2023.

Muestra

Conformada por 86 neonatos con diagnóstico de infección de transmisión sexual hospitalizados en los Servicios de Perinatología I y II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2023 a agosto de 2023.

Criterios de inclusión

- Neonatos de ambos sexos.
- Neonatos con diagnóstico de infección de transmisión sexual.
- Neonatos hospitalizados en los Servicios de Perinatología I y II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas.

Procedimientos

Se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos que serán obtenidos de la historia clínica con el fin de recoger datos como: nombre y apellido, edad, sexo, edad gestacional, peso al nacer, vía de resolución del parto, tipo de infección de transmisión sexual, manifestaciones clínicas, pruebas de laboratorio, tratamiento recibido, tiempo de estancia hospitalaria y presencia de complicaciones. Los datos fueron vaciados en una ficha de control diseñada para tal fin (Apéndice A).

Análisis Estadístico

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos y relativos; realizados con el programa Microsoft Excel® 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Se hará uso del porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

Se pudo evidenciar que la edad más resaltante observada se encontró entre los 18 – 27 años con 63,95 % (n=55), siendo la sífilis la infección de transmisión sexual mayormente observada en un 82,56 % (n=71), mientras que el VPH 13,95 % (n=12), siendo el VIH el de menor prevalencia por encontrarse en 3,49% (n=3) de las madres (Tabla N°1).

Alrededor de un 68,61 % (n=59) de los neonatos fueron obtenidos por parto vaginal, mientras que 31,39 % (n=27) restante fue por cesárea (Tabla N°2).

El 76,74 % (n=66) de los neonatos tenían más de 37 semanas de gestación, siendo el 73,26 % (n=63) del sexo femenino con un peso mayor de 3000 gr representando un valor de 52,33 % (n=45) (Tabla N°3).

El 36,05 % (n=31) de los neonatos presentaron Síndrome de Dificultad Respiratoria, 12,79 % (n=11) ictericia y 4,65 % (n=4) neumonía, siendo lo más frecuente observado, mientras el 46,51% (n= 40) estaban asintomáticos (Tabla N°4).

La complicación mayormente observada fue la asfixia perinatal, con un valor de 6,97 % (n=6), seguido del trauma obstétrico, la sepsis y la meningitis que se presentaron en un 2,33 % (n=2) de los individuos, donde 86,04 % (n=74) de los neonatos no presentaron complicaciones (Tabla N°5).

El 100 % (n=86) de las madres y 96.51 % (n=83) de los neonatos se realizaron pruebas de VDRL y VIH, de los cuales el 100 % (n=86) de las madres presentaron VDRL reactivo, donde 44,19 % (n=38) recibieron penicilina benzatínica, mientras 55,81 % (n=48) de las madres no la recibieron.

El 96,51 % (n=83) de los neonatos se les realizó pruebas de VDRL, mientras 3,49 % (n=3) no se les realizó, evidenciándose un 18,07 % (n=15) de casos con VDRL positivo con diluciones que oscilaban entre (1.3-1.76 dl) de los cuales recibieron tratamiento médico a base de penicilina cristalina en dosis de (100.000 UI/kg/día).

El 3,49 % (n=3) de las madres presentaron pruebas de VIH positivo, recibiendo tratamiento en base de Tenofovir/Emtricitabina/Dolutegravir (Acriptega) 1 tableta vía oral e impregnación con Zidovudina vía endovenosa, Sin embargo 96,51 % (n=83) obtuvieron resultados negativos por lo que no recibieron tratamiento.

El 96,51 % (n=83) de los neonatos se les realizó pruebas de VIH, mientras 3,49 % (n=3) no se le realizó, sin embargo 3,49 % (n=3) de los neonatos recibieron tratamiento profiláctico con antirretrovirales Zidovudina/Lamivudina/Nevirapina/ por riesgo de transmisión vertical por madres VIH positivo.

El 16,28 % (n=14) de los neonatos se le realizaron pruebas de FTA, mientras 83,72 % (n=72) no se les realizó, de los cuales 8,43% (n=7) presentaron resultados de FTA positivo para sífilis (Tabla N°6).

Se puede evidenciar que la penicilina benzatínica se administró en el 44,19 % (n=38) de las madres, las cuales recibieron 2400.000 UI vía intramuscular 1 dosis semanal por 3 dosis, mientras 55,81% (n=48) no lo recibieron, 29,07 % (n=25) de los casos recibieron ampicilina sulbactam, seguido de un 81,40 % (n=70) a quienes se le administró cefalotina y ranitidina (Tabla N°7-A).

La penicilina cristalina se administró en dosis de (100.000 UI/kg/día) en el 91,86 % (n=79) de los neonatos, mientras 16,28% (n=14) recibieron Fluconazol (10 mg/kg/día), seguido de un 3,49 % (n=3) a quienes se le administró profilaxis con

antirretrovirales a base de Zidovudina/Lamivudina/Nevirapina/ y Raltegravir por riesgo de transmisión vertical por Madres VIH positivo (Tabla N°7-B).

El 82,56 % (n=71) de las madres estuvieron hospitalizadas menos de 5 días, mientras el 17,44 % (n=15) entre 5 - 10 días, siendo los valores con mayor frecuencia observada. (Tabla N°8-A).

El 75,58 % (n=65) de los neonatos estuvieron hospitalizados menos de 5 días, sin embargo 24,42 % (n=21) entre 5-15 días, siendo los valores con mayor frecuencia observada (Tabla N°8-B).

Alrededor de un 96,51 % (n=83) sobrevivieron, mientras que 3,49 % (n=3) de estos fallecieron (Tabla N°9).

Tabla N°1

Perfil materno de neonatos hospitalizados según edad y tipo de infección de transmisión sexual. Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Periodo enero - agosto 2023.

Edad	N	%
Menor de 18 años	3	3,49
18 – 27 años	55	63,95
28 – 37 años	27	31,40
Mayor de 37 años	1	1,16
Total	86	100
Infección de transmisión sexual		
Sífilis	71	82,56
VIH	3	3,49
VPH	12	13,95
Total	86	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla N°2

Vía de resolución del embarazo en madres con Infección de Transmisión Sexual de neonatos hospitalizados. Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Periodo enero - agosto 2023.

Vía de resolución	N	%
Parto	59	68,61
Cesárea	27	31,39
Total	86	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla N°3

Características perinatales del neonato de madres con Infección de Transmisión Sexual según edad gestacional, sexo y peso. Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Periodo enero - agosto 2023.

Edad gestacional	N	%
Menor de 35 semanas	3	3,49
35 – 37 semanas	17	19,77
Mayor de 37 semanas	66	76,74
Sexo del recién nacido		
Masculino	23	26,74
Femenino	63	73,26
Peso del recién nacido		
Menor de 2000 gr	8	9,30
2000 – 3000 gr	33	38,37
Mayor de 3000 gr	45	52,33

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla N°4

Manifestaciones clínicas presentadas en los neonatos hospitalizados de madres con Infección de Transmisión Sexual. Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Periodo enero - agosto 2023.

Manifestaciones clínicas	N	%
Síndrome de Dificultad Respiratoria	31	36,05
Ictericia	11	12,79
Neumonía	4	4,65
Asintomático	40	46,51
Total	86	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla N°5

Complicaciones presentadas en los neonatos hospitalizados de madres con Infección de Transmisión Sexual. Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Periodo enero - agosto 2023.

Complicaciones	N	%
Asfixia perinatal	6	6,97
Trauma obstétrico	2	2,33
Sepsis	2	2,33
Meningitis	2	2,33
Sin complicaciones	74	86,04
Total	86	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla N°6

Pruebas de laboratorio realizadas en las madres con Infección de Transmisión Sexual, y sus neonatos hospitalizados. Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Periodo enero - agosto 2023.

Pruebas de laboratorio	Paciente									
	Madre					Hijo				
	Realizado		No realizado		%	Realizado		No realizado		%
	N	%	N	%	Total	N	%	N	%	Total
Pruebas específicas										
VDRL	86	100	-	-	100	83	96,51	3	3,49	100
VIH	86	100	-	-	100	83	96,51	3	3,49	100
FTA	6	6,98	80	93,02	100	14	16,28	72	83,72	100
Hepatitis (IGG/IGM)	-	-	-	-	100	10	11,63	76	88,37	100
Pruebas inespecíficas										
PCR	58	67,44	28	32,56	100	65	75,58	21	24,42	100
Parámetros de coagulación	10	11,63	76	88,37	100	-	-	86	100	100
Funcionamiento renal	38	44,19	48	55,81	100	-	-	86	100	100
Hematología	43	50	43	50	100	19	22,09	67	77,91	100
Uroanálisis	29	33,72	57	66,28	100	-	-	86	100	100
Procalcitonina	9	10,47	77	89,53	100	-	-	86	100	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla N°7-A

Tratamiento empleado en las madres hospitalizadas con Infección de Transmisión Sexual. Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Periodo enero - agosto 2023.

Fármacos	Administración				
	Si		No		Total %
	N	%	N	%	
Cefalotina	70	81,40	16	18,60	100
Ketoprofeno	49	56,98	37	43,02	100
Ranitidina	70	81,40	16	18,60	100
Metoclopramida	44	51,16	42	48,84	100
Ceftriaxona	3	3,49	83	96,51	100
Nifedipina	12	13,95	74	86,05	100
Ampicilina sulbactam	25	29,07	61	70,93	100
Penicilina benzatínica	38	44,19	48	55,81	100
Gentamicina	7	8,14	79	91,86	100
Clindamicina	7	8,14	79	91,86	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla N°7-B

Tratamiento empleado en los neonatos hospitalizados de madres con Infección de Transmisión Sexual. Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar.
Periodo enero - agosto 2023.

Fármacos	Administración				
	Si		No		Total %
	N	%	N	%	
Penicilina cristalina	79	91,86	7	8,14	100
Gentamicina	7	8,14	79	91,86	100
Fluconazol	14	16,28	72	83,72	100
Fenobarbital	2	2,33	84	97,67	100
Ciprofloxacina	1	1,16	85	98,84	100
Meropenem	2	2,33	84	97,67	100
Vancomicina	3	3,49	83	96,51	100
Bencetazil	5	5,81	81	94,19	100
Gluconato de calcio	10	11,63	76	88,37	100
Zidovudina	3	3,49	83	96,51	100
Lamivudina	3	3,49	83	96,51	100
Nevirapina	3	3,49	83	96,51	100
Raltegravir	3	3,49	83	96,51	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla N°8-A

Estancia hospitalaria de las madres hospitalizadas con Infección de Transmisión Sexual. Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Periodo enero - agosto 2023.

Estancia hospitalaria	Paciente	
	Madre	
	n	%
Menor de 5 días	71	82,56
5 – 15 días	15	17,44
Mayor de 15 días	0	0
Total	86	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla N°8-B

**Estancia hospitalaria de los neonatos hospitalizados de madres con Infección de Transmisión Sexual. Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar.
Periodo enero - agosto 2023.**

Estancia hospitalaria	Paciente	
	Hijo	
	n	%
Menor de 5 días	65	75,58
5– 15 días	21	24,42
Mayor de 15 días	0	0
Total	86	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla N°9

Índice de mortalidad de los neonatos hospitalizados de madres con Infección de Transmisión Sexual. Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Periodo enero - agosto 2023.

Índice de mortalidad	N	%
Vivo	83	96,51
Muerto	3	3,49
Total	86	100

Fuente: Historias Clínicas.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se obtuvo que la edad materna más resaltante observada se encontró entre los 18 – 27 años con 63,95 %, siendo la sífilis la infección de transmisión sexual mayormente observada (82,56 %), el cual se aproxima a los resultados obtenidos en el trabajo de investigación realizado por Chacón (2019) quienes determinaron que la edad media fue $26,1 \pm 5,7$ años en los pacientes estudiados, pero difiere del estudio de Chamy et. al, (2007) en el cual alrededor de un 10,9 % fueron mujeres con una edad comprendida entre los 35 y 39 años, 3,6% en embarazadas de 40 años o más y 85,5 % menores de 35 años. A su vez Martínez (2020) encontró en su estudio que la mayoría eran del grupo etario entre 20 a 29 años con el 35%, seguido del grupo menor de 20 años y de 30 a más años con el 33%. Por otro lado, Chacho y García (2019) describieron que el 36 % tenían 35 años o más, seguidas de pacientes con rangos de edad entre 30 a 34 años en un 31,7 % y el 26,8 % de gestantes entre 25 a 29 años, cuya edad media fue de 32.3 ± 5.14 , el cual se diferencia de este estudio, mientras que Sánchez et al., (2013) determinaron que el grupo etario mayormente afectado por estas infecciones se encontró entre los 20 - 24 años representando el 35,6 %, en el cual, la mayoría de las infecciones contraídas fueron por el virus del papiloma humano (VPH) y sífilis en más del 40 % de los casos, no obstante el linfogranuloma venéreo se observó en el 9 % y el herpes genital y la gonorrea en 17 % cada uno.

Alrededor de 68,61 % de los neonatos fueron obtenidos por parto vaginal, el cual se acerca al estudio de Verano et al. (2022) quienes señalaron que de acuerdo con el tipo de parto se determinó que 76% de los neonatos nacieron por parto normal, sin embargo, 24% restante lo hizo por medio de una cesárea, pero difiere de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación de Cifuentes et al., (2020) quienes exclamaron que 53,5 % de los embarazos culminaron por parto natural.

El 76,74 % de los neonatos tenían más de 37 semanas de gestación, donde 73,26 % eran del sexo femenino con un peso mayor de 3000 gr (52,33 %), el cual difiere del estudio de Chacón (2019) donde 51 % de los nacimientos fueron de sexo masculino y 49 % de sexo femenino, el peso medio al nacer fue de 2461.31 ± 464 gramos y la edad gestacional media al nacer fue de $36,3 \pm 2$ semanas de gestación, asimismo, Verano et al. (2022) exclamaron que 53 % pertenecía al género masculino y 47% al género femenino; 41% de los neonatos nació en una etapa pretérmino/prematuro leve de entre las 35 a 36 semanas; 35% a término de entre las 37 a las 41 semanas y 24% restante fueron prematuros de entre 32 a 34 semanas, mientras que Henríquez et al. (2019) señalaron que 52% de los neonatos eran de sexo masculino, cuyo peso del neonato osciló entre 2501 a 4000 gramos. Por otra parte, Huarcayo et al., (2017) establecieron que el 57 % de los neonatos eran del género femenino, producto de embarazo prematuro (menor de 37 semanas) con un peso menor de 2000 gramos siendo lo más significativo encontrado. R, Cerda M, Barja J. tuvieron más casos de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas y la preeclampsia fueron los 63 factores más predominantes en el parto pretérmino.

Dentro de las manifestaciones clínicas presentadas, 36,05 % de los recién nacidos cursaron con síndrome de dificultad respiratoria, 12,79 % ictericia y 4,65 % neumonía, el cual se aproxima a los resultados obtenidos en el estudio de Chacho y García (2019) quienes indicaron que el 43,5 % de los pacientes presentaron síndrome de dificultad respiratoria, siendo lo más relevante encontrado, por otro lado, difiere del estudio de Henríquez et al. (2019) cuyas manifestaciones clínicas y paraclínicas más frecuentes observadas fueron la ictericia (41,2%), la leucocitosis (16,7%) y la periostitis (12,8%). Se destaca que igual porcentaje de neonatos presentaron neumonitis, hepatomegalia e inflamación tracto gastrointestinal (6,9%) y 5,9% presentaron pénfigo palmoplantar; a su vez, 3,9% de los casos presentaron erupción maculopapular y anemia; 3% presentaron RCIU, fiebre, rinorrea mucopurulenta con sangre y neurosífilis. Por su parte, los hallazgos menos frecuentes fueron hidrops fetal

(2%) y coriorretinitis (2%) y miocarditis, esplenomegalia, convulsiones y pseudoparálisis de Parrot (1%). El 17,6% de las pacientes presentaron patologías infecciosas asociadas.

La complicación con mayor frecuencia fue la asfixia perinatal (6,97 %), seguido del trauma obstétrico, la sepsis y la meningitis (2,33 %), el cual difiere del estudio de Henríquez et al. (2019) quienes manifestaron que la complicación más frecuente observada en los pacientes en estudio fue la sepsis, por otro lado, Gutiérrez et al., (2022) describieron que las complicaciones ligadas a la SC son muy comunes y provocan consecuencias graves. En casi la mitad de mujeres gestantes no tratadas, se produce muerte fetal o perinatal, incluso provocan abortos espontáneos en hasta un 54,67 %, siendo la principal de todas ellas, la neurosífilis, la cual puede aparecer en cualquier estadio de la enfermedad, provocando parálisis de pares craneales, hidrocefalia e infartos cerebrales en los neonatos. Además, existen complicaciones dependiendo el sistema afectado como el hematológico (trombocitopenia, leucopenia, leucocitosis o anemia); a nivel hepático (elevación de transaminasas e hiperbilirrubinemia); a nivel renal (síndrome nefrótico, glomerulonefritis) y a nivel óseo (pericondritis, periostitis, osteocondritis). Considerando otras complicaciones inherentes a esta patología en los recién nacidos en este estudio, un 13.33% corresponde a óbito fetal y los abortos espontáneos.

El 100 % de las madres y 96.51 % de los neonatos se realizaron VDRL y VIH, el cual difiere de los resultados obtenidos en el estudio de Henríquez et al. (2019) quienes indicaron que 78,4% de los casos presentaron VDRL no reactivo en LCR mientras que 72,5% mostraron VDRL reactivo en sangre, con VIH positivo en 13 % de los casos. Carrillo y Fuentes (2021) obtuvieron que 54 % de los pacientes tuvieron prueba VDRL reactivo con diluciones que oscilaban entre 1:6 y 1:8, evidenciándose el proceso infeccioso en el 34 % de los casos, mientras que Canales (2021) señaló la

presencia de VDRL en el 13,2 % de los pacientes con una dilución 1:8 en el 59,4 % de los casos y un FTA positivo en el 53 % de los casos estudiados.

Las penicilinas se administraron en el 91,86 % de los casos y en 81,40 % se administró cefalotina y ranitidina, el cual coincide con el trabajo de investigación de Silva (2016) quien señaló 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 %, no obstante, Rojas (2023) resaltó en su estudio que 61,32 % de las pacientes cumplieron con el tratamiento para sífilis durante su embarazo a base de penicilina benzatínica, siendo indispensable para la prevención de complicaciones en el neonato, mientras que Cifuentes et al., (2020) exclama que cuando una mujer infectada recibe tratamiento adecuado durante los primeros meses de gestación, por ende es poco probable que el feto sea portador de la enfermedad, por otra parte, si no es tratada o tiene un tratamiento deficiente, las consecuencias desencadenadas de la infección incluyen abortos, enfermedad latente y hasta muerte neonatal, hecho que pudo evidenciarse en el 93 % de las pacientes quienes recibieron tratamiento oportuno ante el padecimiento de dicha enfermedad.

El 82,56 % de las madres y 75,58 % de los recién nacidos estuvieron hospitalizados menos de 5 días, el cual difiere del estudio de Martínez (2020) quien señaló que la mayoría de los pacientes estuvieron ingresados dentro del hospital en un tiempo menor de 15 días representando el 59,7 % de los casos, mientras que Sahiledengle et al., (2017) establecieron que el tiempo de estancia hospitalaria de los recién nacidos fue de 7 días $\pm$ 2 días de los recién nacidos.

Al determinar el índice de supervivencia de los neonatos, 96,51 % de estos sobrevivieron, mientras que solamente 3,49 % fallecieron, el cual se aproxima a los resultados obtenidos en el trabajo de investigación de Urrea (2013) quien estableció

en su estudio que el 89 % de los pacientes fueron dados de alta posterior a su ingreso, mientras que el 11 % restante fallecieron. Por otra parte, Chacho y García (2019) señalaron en su estudio que alrededor del 97 % de los pacientes sobrevivieron posterior al parto, solo 3 % de estos fallecieron debido a complicaciones, cuya mortalidad se asoció a la ausencia de control prenatal y la ausencia de tratamiento, independientemente del momento en que se haya diagnosticado la infección.

CONCLUSIONES

La edad mayormente observada en las madres osciló entre los 18 – 27 años el cual representa el 63,95 % (n=55), donde la infección de transmisión sexual con gran frecuencia observada fue la sífilis en un 82,56 % (n=71), mientras que el VPH 13,95 % (n=12), siendo el VIH el de menor prevalencia por encontrarse en 3,49% (n=3) de las madres.

Más de la mitad de los neonatos 68,61 % (n=59) fueron obtenidos por parto vaginal, con una edad gestacional mayor de 37 semanas de gestación, en su mayoría del sexo femenino con un peso mayor de 3000 gr.

La manifestación clínica ampliamente observada en los neonatos fue el síndrome de dificultad respiratoria en un 36,05 % (n=31), mientras que la asfixia perinatal fue la complicación en mayor frecuencia con un valor de 6,97 % (n=6).

Todas y cada una de las madres 100 % (n=86) se realizaron pruebas de VDRL y VIH, mientras que el 96,51 % (n=83) de los neonatos se realizaron estas pruebas.

La penicilina cristalina fue el antibiótico de elección empleado en casi la totalidad 91,86 % (n=79) de los casos estudiados en neonatos, mientras que la penicilina benzatínica se administró en el 44,19 % (n=38) de las madres.

La mayoría de las madres 82,56 % (n=71) y neonatos 75,58 % (n=65) estuvieron hospitalizados en un tiempo menor de 5 días.

Casi el total de los neonatos 96,51 % (n=83) sobrevivieron, mientras que solo una pequeña proporción 3,49 % (n=3) de estos fallecieron.

RECOMENDACIONES

Fomentar las prácticas sexuales saludables durante el embarazo. Evitar la promiscuidad, y las relaciones sexuales sin protección. Recomendar el inicio de una educación integral sobre sexualidad desde la adolescencia, haciendo énfasis en su promoción por parte de instituciones sanitarias y educativas, además de la importancia de promover e implementar charlas educativas sobre el fundamento de la planificación familiar y el uso de los métodos más idóneos para evitar o reducir embarazos no deseados, no controlados y la protección de las infecciones de transmisión sexual.

Resaltar la importancia de cumplir con cada uno de los estatutos necesarios durante el embarazo, incluir dentro del control antenatal y prenatal la pesquisa de enfermedades infecciosas (VDRL, VIH, VHC, VHB).

Priorizar la importancia del despistaje de ITS que se manifiestan con flujo vaginal (Trichomonas y candida), dado que el desconocimiento de la infección materna impide tomar las precauciones necesarias para evitar los factores de riesgo obstétricos involucrados en la transmisión perinatal de la infección: parto vaginal, rotura de membranas, trabajo de parto mayor de 4 horas, parto prematuro con o sin rotura prematura de membranas, bajo peso al nacer, infección ovular clínica y lactancia materna.

Concientizar a las embarazadas sobre las repercusiones que trae la presencia y/o padecimiento de infecciones de transmisión sexual, por medio de campañas de educación sobre riesgo de ITS acompañado de despistaje ITS en mujeres embarazadas.

Todo neonato hijo de madre con sífilis no tratada, aunque no presente evidencias clínicas ni de laboratorio de infección evidente, debe presumirse infectado y ser tratado.

Realizar un examen físico exhaustivo en busca de manifestaciones de sífilis congénita precoz, VDRL en sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR) con citoquímico (recuento de leucocitos, determinación de globulinas y proteínas totales), hemograma y pruebas de función hepática y renal permiten optimizar y mejorar la adherencia al tratamiento para prevenir la sífilis tardía y la aparición de secuelas.

Es imprescindible que a toda persona que curse con alguna ITS se le proporcione información, asesoramiento oportuno y tratamiento médico a fin de disminuir la posibilidad de adquirir una ITS de mayor severidad en el futuro.

Destacar la importancia de realizarse exámenes periódicos y/o acudir al médico en caso de presentar alguna infección de transmisión sexual, para determinar en toda embarazada la vía de resolución del parto y evitar el riesgo de transmisión vertical en los recién nacidos.

Se recomienda que el personal de salud incluya en la historia clínica el comportamiento sexual; en particular sobre prácticas sexuales, número de parejas sexuales, uso de condón y antecedente de ITS.

A nivel comunitario es importante la promoción de medidas generales para fomentar la salud y educación sexual, e instruir en la conveniencia de iniciar la actividad sexual en la etapa de madurez sexual, y destacar la importancia de establecer relaciones monógamas mutuas y disminuir el número de parejas sexuales.

Ampliar área de estudio sobre métodos diagnósticos de infecciones de transmisión sexual durante el embarazo. Actualización continua de los profesionales de salud al manejo clínico más eficiente, interpretación de pruebas con mayor sensibilidad y adherencia sobre la base de los protocolos de eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis.

Informar al personal sanitario que las pruebas no treponémicas (VDRL) pueden producir falsos positivos, por lo que deberían ser confirmadas por medio de pruebas treponémicas de mayor especificidad e implementar la importancia de despistaje, diagnóstico y tratamiento temprano de la infección durante el embarazo y de la pareja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, K. 2003. Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. Rev Chil Infect. [Serie en línea] 20 (Supl 1): 41 – 46. Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v20s1/art07.pdf>. [Enero, 2023].
- Andrés, P. 2017. Infecciones de transmisión sexual. Pediatra Integral. [Serie en línea] 21 (5): 323–333. Disponible: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi05/03/n5-323-333_MariaDomingo.pdf. [Enero, 2023].
- Asociación Española de Pediatría (AEP). 2022, febrero. Día Europeo de la salud sexual. 2022. [En línea]. Disponible: <https://www.aeped.es/noticias/dia-europeo-salud-sexual-2022-los-pediatras-alertan-que-incidencia-infecciones-transmision-sexual-se>. [Enero, 2023].
- Bruniera, C., Duarte, G., Leal, M., Neves, D., Bezerra, M. 2021. Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: sífilis congénita y niño expuesto a la sífilis. Epidemiol Serv Saude Brasília. [Serie en línea] 30 (Esp.1). Disponible: <https://scielosp.org/pdf/ress/2021.v30nspe1/e2020597/es>. [Enero, 2023].
- 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.

- Chacho, M., García, A. 2019. Embarazo de alto riesgo y factores asociados en el “Hospital José Carrasco Arteaga”, Cuenca, Enero - Junio, 2018. Trabajo de Grado. Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador. 57 pp.
- Chacón, K. 2019. Caracterización clínica-epidemiológica asociada a la transmisión materno infantil del VIH en las madres gestantes y recién nacidos expuestos que son atendidos en el hospital gineco - obstétrico Isidro Ayora. Tesis de Grado. Fac. Medicina. Postgrado Medicina Interna. Quito, Ecuador. U.P.C.E. pp 115. [En línea]. Disponible: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17538/TE SIS%20KARLA%20LORENA%20CHACON%20ABRIL.%20PG%20MEDICINA%20INTERNA.pdf?sequence=1](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17538/TE%20SIS%20KARLA%20LORENA%20CHACON%20ABRIL.%20PG%20MEDICINA%20INTERNA.pdf?sequence=1). [Enero, 2023].
- Chamy, V.; Cardemil, F.; Betancour, P.; Ríos, M.; Leighton, L. 2007. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. [Documento en línea] Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600003 [Febrero, 2024].
- Comunión, A. 2020. Hablemos de infecciones de transmisión sexual. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0. p. 65-72. [En línea]. Disponible: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/65-72_transmision_sexual.pdf. [Enero, 2023].

- Comunión, A. 2022. Infecciones de transmisión sexual. *Pediatr Integral*. [Serie en línea] 5. Disponible: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-07/infecciones-de-transmision-sexual-2022/>. [Enero, 2023].
- Díez, M. y Díaz, A. 2012. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Rev Esp Sanid Penit*. [Serie en línea] 13 (1): 58-66. Disponible: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-06202011000200005. [Enero, 2023].
- Gómez, O., Gámez, Y., Legrá, R., Martínez, C. 2013. Infecciones perinatales transmitidas de madre a hijo. *Rev Inf Cient*. [Serie en línea] 79 (3). Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757266015.pdf>. [Enero, 2023].
- Henríquez, C., García, F. y Carnevale, M. 2019. Caracterización clínica y epidemiológica de la sífilis congénita en neonatos. Servicio desconcentrado hospital pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. *Boletín Médico de Postgrado*. [Serie en línea] 36 (1): 19-25. Disponible: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119376/henriquez-et-al.pdf>. [Enero, 2023].
- León, J., González, J., Pacheco, Y., Leal, M. 2014. La infección por VIH en la infancia y la adolescencia: avances biomédicos y resistencias sociales. *Pediatra Integral*. [Serie en línea] 18 (3): 161-174. Disponible: <https://www.pediatriaintegral.es/wp->

content/uploads/2014/xviii03/03/161-174_infeccion_por_vih.pdf. [Enero, 2023].

Malpartida, M. 2020. Enfermedades de Transmisión sexual en Atención Primaria. Rev Med Sinergia. [Serie en línea] 5 (4): 405-416. Disponible: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/405>. [Enero, 2023].

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008, diciembre. Infecciones perinatales transmitidas por la madre a su hijo. [En línea]. Disponible: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1567.pdf>. [Enero, 2023].

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2019. Infecciones de transmisión sexual. [En línea]. Disponible: <https://www.who.int/es/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>. [Mayo, 2023].

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2021. Infecciones de transmisión sexual. [En línea]. Disponible: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). [Mayo, 2023].

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2022. Infecciones de transmisión sexual. [En línea]. Disponible: <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>. [Enero, 2023].

- Sánchez, J., Verga, B., Sánchez, L. 2013. Variables epidemiológicas relacionadas con las infecciones de transmisión sexual [Documento en línea] Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/cs/v14n2/art08.pdf> [Febrero, 2022].
- Serdán, D., Vásquez, K. y Yupa, A. 2021. Repercusión de las enfermedades por transmisión sexual en el embarazo. Univer Cien Tecnol. [Serie en línea] 26 (113): 165-174. Disponible: <file:///C:/Users/Canaima/Downloads/582-Art%C3%ADculo-1712-1-10-20220616.pdf> [Enero, 2023].
- Siciliano, L. 2010. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana en pediatría. Arch Venez Puer Ped. [Serie en línea] 73 (2). Disponible: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492010000200006. [Enero, 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.
- Urrea, M. 2013. Estudio prospectivo de la incidencia de infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatal [Documento en línea]. Disponible: <https://www.tdx.cat/handle/10803/4598#page=1> [Febrero, 2024].
- Verano, N., Rodríguez, A., Castro, F., Camaño, L. 2022. Recién nacidos con VIH adquirido por transmisión vertical en el hospital general docente Ambato. Rev Latinoam Hiperten. [Serie en línea] 17 (4).

Disponible:

https://www.revhipertension.com/rlh_4_2022/1_recien_nacidos_con_vhi_adquirido_por_trasmision.pdf. [Enero, 2023].

Zambrano, M., Zamora, A., San Lucas, T., Chonga, I. 2021. Descripción y análisis de las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Dom. Cien. [Serie en línea] Disponible: <https://dialnet.unirioja.es › descarga › articulo>. [Enero, 2023].

APÉNDICES

Apéndice A



**FRECUENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
NEONATOS HOSPITALIZADOS. SERVICIOS DE PERINATOLOGÍA I Y II.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”.
CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2023 - AGOSTO 2023.**

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS DE LA MADRE

Nombres _____ y
apellidos _____
Edad _____
Número de historia _____
Control Prenatal _____
Número de Gestas _____
Vía de resolución del parto: Vaginal ____ Cesárea ____
Tipo de infección de transmisión sexual

Manifestaciones clínicas

Pruebas de laboratorio

Tratamiento

Estancia hospitalaria (días) _____

Complicaciones Si ____ No ____

Cuáles _____

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

Nombres _____ y
 apellidos _____

Número de historia: _____

Edad: _____ Sexo: M ____ F ____

Edad gestacional (semanas) _____

Peso al nacer _____

Vía de resolución del parto: Vaginal ____ Cesárea ____

Tipo de infección de transmisión sexual

Manifestaciones clínicas

SDR ____ Ictericia ____ Hepatoesplenomegalia ____ Lesiones cutáneas ____

Lesiones Óseas o pulmonares ____ Neumonía ____ Asintomático ____

Pruebas de laboratorio

VDRL ____ Pruebas Serológicas para VIH ____ PCR ____ FTA Absorbida ____

IGG/IGM para Hepatitis ____ Asintomático ____

Tratamiento recibido

Estancia hospitalaria (días) _____

Complicaciones **Si ____ No ____**
Cuáles

HOJAS DE METADATOS

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

Título	FRECUENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN NEONATOS HOSPITALIZADOS. SERVICIOS DE PERINATOLOGÍA I Y II. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2023 - AGOSTO 2023
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail		
Marqués Teresen Paula Sthephany	ORCID		
	e-mail:	psmt1993@gmail.com	
Roca Benavides Jilennys Yuliet	ORCID		
	e-mail:	rocayuliet4@gmail.com	

Palabras o frases claves:

Infecciones
Neonatos
Embarazo

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

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de Puericultura y Pediatría	Servicios de Perinatología I y II
Línea de Investigación:	

Resumen (abstract):

Determinar la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en neonatos hospitalizados en los Servicios de Perinatología I y II del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero 2023 a agosto 2023. **Resultados:** Se obtuvo que la edad materna más resaltante observada se encontró entre los 18 – 27 años con un 63,95 % (n=55), siendo la sífilis la infección de transmisión sexual mayormente observada en el 82,56 % (n=71) de los casos, seguido del VPH 13,95 % (n=12), mientras el VIH fue el de menor prevalencia por encontrarse en 3,49 % (n=3) de las madres. Alrededor de 68,61 % (n=59) de los neonatos fueron obtenidos por parto vaginal, donde 76,74 % (n=66) tenían más de 37 semanas de gestación, 73,26 % (n=63) eran del sexo femenino, con un peso mayor de 3000 gr. Dentro de las manifestaciones clínicas presentadas, 36,05 % (n=31) de los recién nacidos cursaron con síndrome de dificultad respiratoria, 12,79 % ictericia y 4,65 % neumonía, mientras que la complicación con mayor frecuencia fue la asfixia perinatal en el 6,97 %, seguido del trauma obstétrico, la sepsis y la meningitis (2,33 %). El 100 % de las madres y 96,51 % de los neonatos se realizaron pruebas de VDRL y VIH, de los cuales el 100 % (n=86) de las madres presentaron VDRL reactivo, donde 44,19 % (n=38) recibieron penicilina benzatínica 2400.000 UI vía intramuscular 1 dosis semanal por 3 dosis, mientras 55,81% (n=48) no lo recibieron. 96,51 % (n=83) de los neonatos se les realizó pruebas de VDRL, mientras 3,49 % (n=3) no se les realizó, evidenciándose un 18,07 % (n=15) de casos con VDRL positivo con diluciones que oscilaban entre (1:3-1:76 dl) de los cuales recibieron tratamiento médico a base de penicilina cristalina en dosis de (100.000 UI/kg/día). El 3,49 % (n=3) de las madres presentaron pruebas de VIH positivo, recibiendo Sin embargo 96,51 % (n=83) obtuvieron resultados negativos por lo que no recibieron tratamiento. 3,49 % (n=3) de los neonatos recibieron tratamiento profiláctico con antirretrovirales Zidovudina/Lamivudina/Nevirapina/ por riesgo de transmisión vertical por madres VIH positivo. 16,28 % (n=14) de los neonatos se les realizó pruebas de FTA, mientras 83,72 % (n=72) no se les realizó evidenciándose un 8,43% (n=7) de casos con resultados de FTA positivo para sífilis. El 82,56 % (n=71) de las madres y el 75,58 % (n=65) de los recién nacidos estuvieron hospitalizados menos de 5 días. Alrededor del 96,51 % (n=83) de los neonatos sobrevivieron, mientras que 3,49 % (n=3) fallecieron. **Conclusión:** Se pudo constatar una alta incidencia de casos de infección de transmisión sexual en madres, trayendo graves consecuencias en los neonatos.

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

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dr. Pedro López	ORCID				
	e-mail	drpedrorlopezr@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Ana Santos	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	asantos@udo.edu.ve			
	e-mail				
Dra. Yosaida Uriepero	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	yosaida.v@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación:

2024	07	17
Año	Mes	Día

Lenguaje: español

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

Archivo(s):

Nombre de archivo
Tesis frecuencia de ITS en neonatos hosp. Svo de perinatología I y II. CHURYP Cdad Bol ene ago 2023

Alcance:

Espacial:

Servicios de Perinatología I y II. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz Y Páez”.
Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Temporal: INTEMPORAL

Título o Grado asociado con el trabajo:

Médico Cirujano

Nivel Asociado con el Trabajo:

Pregrado

Área de Estudio:

Dpto. de Medicina

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

Universidad de Oriente

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



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

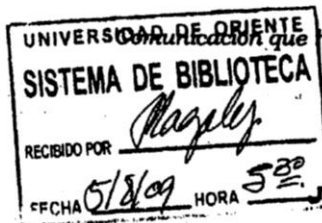
Cumaná, 04 AGO 2009

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.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

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 Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

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

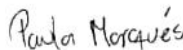
De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

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

AUTOR(ES)



Br. ROCA BENAVIDES JILENNYS YULIET
C.I. 22701401
AUTOR



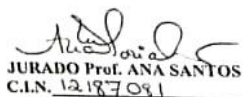
Br. MARQUÉS TERESÉN PAULA STHEPHANY
C.I. 21349031
AUTOR

JURADOS



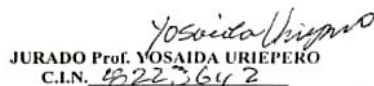
TUTOR: Prof. PEDRO LÓPEZ
C.I.N. 2793678

EMAIL: dr.pedro.lopez@gmail.com



JURADO Prof. ANA SANTOS
C.I.N. 12187091

EMAIL: asantos@udo.edu.ve



JURADO Prof. YOSAIDA URIEPEÑO
C.I.N. 48223642

EMAIL: yosaida.1@gmail



DEL PUEBLO VENIMOS Y HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Clemente de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
Teléfono (0285) 6324976