



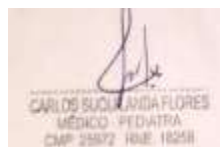
Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana

**Características clínico epidemiológicas de neonatos con diagnóstico de sífilis congénita en el
Hospital Regional de Huacho, 2017-2025**

Tesis
Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autoras

Zarely Alessandra Silva Falcon
Lizet Fiorella Solano Romero



Asesor

M.P. Carlos Overti Suquilanda Flores

Huacho – Perú
2026



Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

LICENCIADA

(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

METADATOS

DATOS DEL AUTOR (ES):		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	FECHA DE SUSTENTACIÓN
Silva Falcon, Zarely Alessandra	76234149	28/05/2026
Solano Romero, Lizet Fiorella	72489448	28/05/2026
DATOS DEL ASESOR:		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	CÓDIGO ORCID
M.C. Suquilanda Flores, Carlos Overti	06928374	https://orcid.org/0000-0001-6237-9229
DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADOS – PREGRADO:		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	CÓDIGO ORCID
M.C. Krederdt Araujo, Jorge Edwald	08188126	https://orcid.org/0009-0005-1560-5170
M.C. Sandoval Pinedo, Henry Keppler	07962521	https://orcid.org/0009-0001-2336-1947
M.C. Gomero Paredes, Rosita Violeta Fortunata	15738592	https://orcid.org/0000-0001-9644-2847

2026-037312-2026-037320 SILVA FALCON-SOLANO ...

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÉNITA EN ...

 UNIDAD DE INVESTIGACION FMH-PREGRADO 2026

 TESIS DE PREGRADO 2026

 Facultad de Medicina Humana

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3568135482

Fecha de entrega

12 may 2026, 4:50 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

12 may 2026, 4:57 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS-SIFILIS-CONG-NITA_Silva_y_Solano.docx

Tamaño del archivo

13.3 MB

112 páginas

22.637 palabras

130.408 caracteres

18% Similitud general


El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

16%  Fuentes de Internet

3%  Publicaciones

9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

**Características clínico epidemiológicas de neonatos con diagnóstico de sífilis congénita en el
Hospital Regional de Huacho, 2017-2025**

Zarely Alessandra Silva Falcon

Lizet Fiorella Solano Romero

TESIS DE PREGRADO

ASESOR

M.C. Carlos Overti Suquilanda Flores

JURADOS

M.C. Jorge Edwald Krederdt Araujo

(Presidente)

M.C. Henry Keppler Sandoval Pinedo

(Secretario)

M.C. Rosita Violeta Fortunata Gomero Paredes

(Vocal)

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

HUACHO – PERÚ

2026

DEDICATORIA

A Dios, por siempre fortalecerme, y dotarme de sabiduría y perseverancia para concretar mis propósitos de manera eficaz.

A mis padres, quienes siempre me han apoyado y por su amor sin condiciones, y por ser mi mayor motivación. Por ello expreso mi reconocimiento por sus palabras alentadoras y la constancia para concretar mis anhelos.

A mis abuelos, por ser fuente de inspiración y por inculcar en mí los valores que han alumbrado cada paso que doy.

A mis hermanos, por su considerable apoyo y por brindarme motivos para la consecución de mis propósitos

Y a mis mascotas, Mochi, Kiki y Gema, fieles compañeras de largas noches de estudio, por su presencia silenciosa, su cariño constante y por hacer más llevadero cada momento de cansancio.

Porque este logro no es solo mío, sino el reflejo de cada abrazo, cada palabra y cada presencia que me sostuvo cuando más lo necesité; y hoy, al llegar hasta aquí, entiendo que los sueños no se construyen en soledad, sino con amor, fe y la fuerza de quienes caminan a nuestro lado.

Lizet Fiorella Solano Romero

DEDICATORIA

A Dios, por iluminar mi camino, darme seguridad y acompañarme en cada etapa de este largo esfuerzo.

A mi madre, por ser fuente de amor, fortaleza y esperanza, y por enseñarme que la verdadera grandeza se encuentra en la capacidad de mantenerse firme.

A mi padre, por su responsabilidad, sus consejos y su manera de impulsarme cada día a ser mejor, recordándome constantemente el valor del esfuerzo y la superación.

A mi hermanito, por acompañarme siempre y sus palabras motivadoras, y por haber formado parte, con cariño y paciencia, de muchas etapas de este aprendizaje.

A mi familia, gracias por acompañarme con amor, por brindarme confianza y por hacerme comprender, con cada gesto, que la unión familiar es una de las formas más valiosas de fortaleza. Este logro también les pertenece, porque en su cariño encontré siempre un motivo para seguir adelante.

Zarely Alessandra Silva Falcon

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su guía y bendiciones que nos permitieron concretar nuestros anhelos.

A nuestras familias, por su amor, apoyo y confianza permanentes, por acompañarnos en cada paso y ser fuente de aliento para alcanzar nuestras metas.

A nuestro asesor, M.P. Suquilanda Flores, por su guía, apoyo, dedicación y valioso acompañamiento durante la etapa de este estudio.

Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento a los miembros del jurado: M.C. Krederdt Araujo, Jorge Edwald; M.P. Sandoval Pinedo, Henry Keppler y M.I. Gomero Paredes, Rosita Violeta Fortunata, por su tiempo, disposición y aportes académicos que contribuyeron al fortalecimiento de este trabajo.

A los catedráticos de la Facultad de Medicina Humana, por sus enseñanzas y por brindarme sus conocimientos que fueron muy importantes para mi aprendizaje

Al Hospital Regional de Huacho, por brindarnos facilidades para lograr los datos requeridos que fueron de mucha trascendencia para el desarrollo del presente estudio.

Por último, nuestro reconocimiento a quienes, nos han acompañado y brindaron apoyo durante este proceso.

Zarely Alessandra Silva Falcon

Lizet Fiorella Solano Romero

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
AGRADECIMIENTOS.....	VIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
INTRODUCCIÓN.....	XVI
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	4
1.4 Justificación de la investigación.....	6
1.5 Delimitación del estudio.....	8
1.6 Viabilidad del estudio.....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Antecedentes de la investigación.....	11
2.2 Bases teóricas.....	25
2.3 Bases filosóficas.....	35
2.4 Definición de términos básicos:.....	36
2.5 Formulación de hipótesis.....	39

	X
2.6 Operacionalización de las variables	40
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	42
3.1 Diseño de la investigación	42
3.2 Población y Muestra.....	43
3.3 Técnicas de recolección de datos	44
3.4 Técnicas para el procesamiento de la información	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	46
4.1 Análisis de resultados.....	46
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	64
5.1 Discusión de resultados.....	64
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
6.1 Conclusiones	75
6.2 Recomendaciones.....	76
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
7.1 Fuentes documentales	78
7.2 Fuentes bibliográficas	78
7.3 Fuentes hemerográficas.....	79
7.4 Fuentes electrónicas	83
ANEXOS	85
Anexo 01: Matriz de consistencia	85

Anexo 02: Ficha de recolección de datos.....	87
Anexo 03: Validación del instrumento	89
Anexo 04: Autorización de acceso a información	94
Anexo 05: Constancia de revisión de historias clínicas	95
Anexo 06. Registro fotográfico del procesamiento de información	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Escenarios serológicos y pautas de evaluación según CDC	32
Tabla 2 Número anual de neonatos diagnosticados con sífilis congénita.....	46
Tabla 3 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del sexo de los neonatos</i>	<i>47</i>
Tabla 4 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de la edad gestacional de neonatos ..</i>	<i>48</i>
Tabla 5 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del peso al nacer de neonatos</i>	<i>49</i>
Tabla 6 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del tipo de parto en los neonatos</i>	<i>50</i>
Tabla 7 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de morbilidad neonatal</i>	<i>51</i>
Tabla 8 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de manifestaciones clínicas</i>	<i>52</i>
Tabla 9 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del Apgar de los neonatos</i>	<i>53</i>
Tabla 10 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de fallecimiento neonatal</i>	<i>54</i>
Tabla 11 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de la edad materna</i>	<i>55</i>
Tabla 12 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de estado civil de las madres</i>	<i>56</i>
Tabla 13 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de instrucción</i>	<i>57</i>
Tabla 14 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del control prenatal de las madres.</i>	<i>58</i>
Tabla 15 <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del momento del diagnóstico.....</i>	<i>60</i>
Tabla 16 <i>Relación entre las manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el peso al nacer</i>	<i>61</i>
Tabla 17 <i>Relación entre las manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el Apgar alterado</i>	<i>62</i>
Tabla 18 <i>Relación entre las manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el fallecimiento neonatal.</i>	<i>63</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Signos clínicos de la sífilis congénita temprana.</i>	30
Figura 2 <i>Gráfico de porcentajes del sexo de los neonatos.</i>	47
Figura 3 <i>Gráfico de porcentajes de la edad gestacional de neonatos.</i>	48
Figura 4 <i>Gráfico de porcentajes del peso al nacer de neonatos.</i>	49
Figura 5 <i>Gráfico de porcentajes del tipo de parto en los neonatos.</i>	50
Figura 6 <i>Gráfico de porcentajes de morbilidad neonatal.</i>	51
Figura 7 <i>Gráfico de porcentajes de manifestaciones clínicas en neonatos.</i>	53
Figura 8 <i>Gráfico de porcentajes del Apgar de los neonatos.</i>	54
Figura 9 <i>Gráfico de porcentajes de fallecimiento neonatal.</i>	55
Figura 10 <i>Gráfico de porcentajes de la edad materna.</i>	56
Figura 11 <i>Gráfico de porcentajes del estado civil de las madres</i>	57
Figura 12 <i>Gráfico de porcentajes del nivel de instrucción de las madres</i>	58
Figura 13 <i>Gráfico de porcentajes del control prenatal de las madres</i>	59
Figura 14 <i>Gráfico de porcentajes del momento del diagnóstico materno de sífilis</i>	60

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínico epidemiológicas de neonatos con diagnóstico de sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante el período 2017-2025.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal y cuantitativo. La muestra final comprendió 38 neonatos con diagnóstico de sífilis congénita (CIE-10: A50). La información se recolectó mediante revisión de historias clínicas, utilizando una ficha validada por juicio de expertos. El análisis estadístico se efectuó en SPSS v25, mediante frecuencias absolutas, porcentajes y la prueba exacta de Fisher. **Resultados:** El año 2020 concentró el mayor número de casos (26.3%). Predominaron los neonatos de sexo masculino (65.8%), nacimiento a término (84.2%), peso adecuado al nacer (78.9%) y el parto vaginal (55.3%). La morbilidad más frecuente fue la ictericia (92.1%), seguida de hipoglucemia y síndrome de dificultad respiratoria (21.1% cada uno), sepsis (10.5%) y fallecimiento neonatal (7.9%). Las manifestaciones clínicas específicas fueron escasas, limitándose a alteraciones hematológicas y lesiones palmo-plantares (7.9%). Se encontraron asociaciones significativas entre manifestaciones clínicas y el bajo peso al nacer ($p = 0,004$), el Apgar alterado ($p = 0,005$) y el fallecimiento neonatal ($p = 0,001$). En el perfil materno predominó la edad de 18 a 35 años (76.3%), conviviente (76.3%) y la secundaria completa (60.5%). El 44.7% de las gestantes tuvo un control prenatal inadecuado y el diagnóstico de sífilis se realizó principalmente en el puerperio (39.5%) y en el tercer trimestre (36.8%). **Conclusión:** La sífilis congénita presentó un patrón predominantemente subclínico. El diagnóstico materno tardío y las deficiencias en el control prenatal evidencian la necesidad de fortalecer el tamizaje precoz, el tratamiento oportuno y el seguimiento neonatal para prevenir desenlaces adversos.

Palabras clave: Sífilis congénita, neonato, características clínicas, epidemiología, transmisión vertical, control prenatal.

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical and epidemiological characteristics of neonates diagnosed with congenital syphilis at the Regional Hospital of Huacho during the period 2017–2025.

Methodology: Descriptive, observational, retrospective, cross-sectional, and quantitative study. The final sample comprised 38 neonates diagnosed with congenital syphilis (ICD-10: A50). Data were collected through medical record review using a data collection form validated by expert judgment.

Statistical analysis was performed using SPSS v25, applying absolute frequencies, percentages, and

Fisher's exact test. **Results:** The year 2020 recorded the highest number of cases (26.3%). Male sex predominated (65.8%), along with full-term birth (84.2%), appropriate birth weight (78.9%), and vaginal delivery (55.3%). The most frequent morbidity was neonatal jaundice (92.1%), followed by

hypoglycemia and respiratory distress syndrome (21.1% each), sepsis (10.5%), and neonatal death (7.9%). Specific clinical manifestations were scarce, limited to hematological abnormalities and

palmoplantar lesions (7.9%). Statistically significant associations were found between clinical

manifestations and low birth weight ($p = 0.004$), abnormal Apgar score ($p = 0.005$), and neonatal death

($p = 0.001$). The maternal profile was predominantly characterized by women aged 18 to 35 years

(76.3%), cohabiting relationship status (76.3%), and complete secondary education (60.5%). A total

of 44.7% of pregnant women had inadequate prenatal care, and the diagnosis of syphilis was

established mainly during the puerperium (39.5%) and the third trimester of pregnancy (36.8%).

Conclusion: Congenital syphilis presented a predominantly subclinical pattern. Late maternal diagnosis and deficiencies in prenatal care highlight the urgent need to strengthen early serological screening, timely treatment, and systematic neonatal follow-up to prevent adverse outcomes.

Keywords: Congenital syphilis, neonate, clinical characteristics, epidemiology, vertical transmission, prenatal care.

INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita es una infección que se transmite de la madre al bebé durante el embarazo o en el momento del parto, y es causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum*. Hoy en día, sigue siendo un problema importante de salud pública en todo el mundo, aunque se puede prevenir si se detecta a tiempo en los controles prenatales y se trata adecuadamente durante la gestación. Sin embargo, estudios recientes muestran que, en lugar de disminuir, los casos han vuelto a aumentar en diferentes lugares, convirtiéndose nuevamente en un riesgo para la salud de la madre y del recién nacido. (Gilmour & Walls, 2023; Salomè et al., 2024).

Considerando esto, identificarla a tiempo es importante ya que la infección materna no tratada o tratada de manera inadecuada puede ocasionar aborto, muerte fetal, parto pretérmino, bajo peso al nacer, afectación sistémica y secuelas a largo plazo en el recién nacido (Buonsenso et al., 2025). Asimismo, se ha descrito que muchos neonatos pueden nacer asintomáticos, lo que dificulta el diagnóstico inicial y refuerza la necesidad de una evaluación integral que incluya antecedentes maternos, hallazgos clínicos y pruebas serológicas (Stafford et al., 2024; Salomè et al., 2024).

Diversos estudios en los últimos años han identificado factores estrechamente relacionados con la persistencia de la sífilis congénita, entre ellos el control prenatal insuficiente, el diagnóstico tardío, la reinfección materna y el tratamiento incompleto o inadecuado. En el contexto peruano, un estudio prospectivo encontró que la sífilis gestacional y congénita se asoció a condiciones sociodemográficas y clínicas que reflejan brechas persistentes en el acceso y la continuidad de la atención (Carcamo et al., 2024). De manera similar, un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal encontró que los principales factores relacionados con la sífilis congénita en los

recién nacidos fueron el bajo nivel educativo de la madre, su menor edad y el hecho de no haber completado adecuadamente el tratamiento durante el embarazo (Fabián y Dávila-Aliaga, 2023/2024).

En este marco, la presente investigación tuvo como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2017–2025, con el propósito de brindar información útil que contribuya a mejorar las acciones de prevención, el diagnóstico oportuno y la atención adecuada.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La sífilis congénita es una infección sistémica causada por *Treponema pallidum* que se transmite de manera vertical desde la madre infectada al feto durante el embarazo o el parto. Desde la perspectiva de la neonatología, esta entidad representa un problema clínico relevante debido a su impacto directo en la morbilidad neonatal y a la amplia variabilidad de sus manifestaciones clínicas, que pueden presentarse desde el periodo neonatal inmediato hasta meses o años después del nacimiento (Sankaran et al., 2023).

En los recién nacidos hijos de madres seropositivas, la sífilis congénita puede cursar de forma asintomática en el periodo neonatal temprano, lo que dificulta su diagnóstico oportuno y favorece la progresión hacia formas tardías con compromiso neurológico, óseo, hematológico y hepático. Entre las manifestaciones más frecuentes en neonatología se incluyen prematuridad, bajo peso al nacer, anemia, ictericia, hepatoesplenomegalia, alteraciones cutáneas y dificultad respiratoria, condiciones que incrementan la necesidad de hospitalización en unidades neonatales y prolongan la estancia hospitalaria (Salomé et al., 2024)

A nivel global, a pesar de los avances en el control prenatal y en el manejo antimicrobiano, la sífilis congénita continúa siendo una causa prevenible de muerte fetal y neonatal. La Organización Panamericana de la Salud ha reportado que, durante el periodo 2022– 2023, la incidencia de sífilis congénita en la Región de las Américas fue de aproximadamente 4.98 casos por cada 1 000 nacidos vivos, estimando 68,000 neonatos afectados anualmente, muy por encima de la meta de eliminación establecida para 2025 de

0.5 casos por 1000 nacidos vivos, lo que evidencia fallas persistentes en la detección y el tratamiento oportuno de la sífilis materna (PAHO, 2024). Esta situación tiene un impacto directo en los servicios de neonatología, que deben asumir el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los recién nacidos expuestos o infectados.

Desde el enfoque neonatológico, uno de los principales desafíos es la identificación temprana de los recién nacidos en riesgo, especialmente aquellos nacidos de madres seropositivas que recibieron tratamiento incompleto, tardío o inadecuado durante la gestación. Estudios recientes señalan que, incluso en contextos donde el tamizaje prenatal está disponible, persisten casos de sífilis congénita asociados a deficiencias en el seguimiento materno, reinfección durante el embarazo y falta de tratamiento de la pareja sexual, lo que incrementa la carga asistencial en las unidades neonatales (Carcamo et al., 2024).

En el Perú, la sífilis congénita continúa siendo un problema de salud pública con repercusiones directas en la atención neonatal. Los reportes de vigilancia epidemiológica y estudios nacionales recientes evidencian la persistencia de casos de sífilis congénita en diferentes regiones del país, hasta la semana epidemiológica 40 de 2024, la tasa de sífilis congénita fue 0,28 por 100 nacidos vivo, así como su asociación con resultados perinatales adversos que requieren manejo especializado en neonatología, incluyendo hospitalización prolongada, uso de antibióticos intravenosos y seguimiento a largo plazo por riesgo de secuelas (DIRIS Lima Este, 2024; Carcamo et al., 2024; Valencia-Correa et al., 2025)

Según el Hospital Nacional Hipólito Unanue (2025), se evidencian las brechas en la prevención y atención prenatal integral, se han notificaron alrededor de 20 casos de sífilis congénita durante los años 2023, 2024 y hasta la semana epidemiológica 39 del 2025, indicando que la transmisión vertical de la infección continúa activa y requiere atención

continúa por parte de los servicios de salud perinatal y neonatal.

En el Hospital Regional de Huacho, establecimiento de referencia nivel II-2 que atiende una población neonatal diversa con múltiples patologías infecciosas y perinatales, registra casos persistentes de sífilis congénita sin que exista hasta la fecha un estudio que caracterice sus aspectos clínicos y epidemiológicos específicos.

En este contexto, resulta importante analizar la sífilis congénita en hijos de madres seropositivas, considerando las características clínicas, epidemiológicas y asistenciales de los neonatos afectados en el Perú. La generación de evidencia local permitirá identificar brechas en la prevención de la transmisión vertical y optimizar las estrategias de diagnóstico, tratamiento y seguimiento neonatal, contribuyendo a la reducción de la morbimortalidad asociada a esta enfermedad prevenible.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

1. ¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuál es el número anual de neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?
2. ¿Cuál es la edad gestacional de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?

3. ¿Cuál es el peso al nacer de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?
4. ¿Cuál es el tipo de parto de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?
5. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?
6. ¿Cuál es el APGAR de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?
7. ¿Cuál es la morbilidad de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?
8. ¿Cuál es la frecuencia de fallecimiento en los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?
9. ¿Cuál es la edad materna de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?
10. ¿Cuál es el estado civil de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?
11. ¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?
12. ¿Cuál es el número total de controles prenatales de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?
13. ¿Cuál es el momento de diagnóstico de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

1. Determinar las características clínico epidemiológicas de neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Estimar el número anual de neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.
2. Determinar la edad gestacional de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.
3. Determinar el peso al nacer de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017 -2025.
4. Determinar el tipo de parto de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.
5. Determinar las manifestaciones clínicas de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.
6. Determinar el APGAR de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.
7. Determinar la morbilidad de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.
8. Determinar la frecuencia de fallecimiento en los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.
9. Determinar la edad materna de la madre de neonatos con sífilis congénita en

el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.

10. Determinar el estado civil de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.
11. Determinar el nivel de instrucción de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.
12. Determinar el número total de controles prenatales de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.
13. Determinar el momento de diagnóstico de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Conveniencia

Este proyecto busca ofrecer información importante a los profesionales de la salud y personal administrativo del Hospital Regional de Huacho, sobre todo en el servicio de Neonatología, para comprender la necesidad de identificar características clínico epidemiológicas implicados en los casos de sífilis congénita, y así desarrollar estrategias de prevención y programas de educación específicos, con el objetivo de lograr un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

1.4.2 Relevancia social

La presencia continua de sífilis congénita en neonatos refleja desigualdades en el acceso y la calidad del servicio de salud, en especial en regiones fuera de las grandes ciudades. A pesar de los esfuerzos de vigilancia y de políticas públicas para el tamizaje y tratamiento de la sífilis

materna, se observa que la transmisión vertical no está controlada de manera uniforme en todo el país, y áreas como Huacho pueden presentar brechas en cobertura de atención prenatal, diagnóstico y tratamiento oportuno.

El estudio al identificar características clínico epidemiológicas que influyen en la ocurrencia de casos de sífilis congénita, va a contribuir a la planificación de intervenciones comunitarias y políticas públicas orientadas a la prevención de esta enfermedad evitable, reduciendo el estigma y las barreras que proporcionan acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

También promueve la concientización social sobre la importancia de un control adecuado en el periodo gestacional y neonatal, contribuyendo a que se pueda reducir la morbilidad y mortalidad en esta población vulnerable.

1.4.3 Implicancias prácticas

Los resultados de este estudio, tienen implicancias prácticas directas en el ámbito asistencial neonatológico del Hospital Regional de Huacho, ya que permitió identificar las principales características clínicas y epidemiológicas de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita. Este conocimiento facilitará la detección temprana de neonatos en riesgo, incluso en aquellos que se presenten asintomáticos al nacimiento, permitiendo una intervención oportuna y adecuada.

Asimismo, la caracterización de las complicaciones clínicas neonatales más frecuentes y su relación con factores maternos como el control prenatal insuficiente, contribuirá a optimizar los protocolos de manejo neonatal, incluyendo el inicio oportuno de tratamiento antibiótico, la estratificación del riesgo y el seguimiento clínico posterior al alta.

Desde una perspectiva institucional, los hallazgos podrán ser utilizados por el personal de

salud y los gestores hospitalarios para fortalecer las estrategias de prevención, mejorar la coordinación entre los servicios de obstetricia y neonatología, y orientar actividades de capacitación dirigidas al personal sanitario involucrado en la atención materno-neonatal.

1.4.4 Valor teórico

La investigación aportará evidencia científica actualizada sobre la sífilis congénita desde un enfoque neonatológico, contribuyendo a ampliar el cuerpo teórico existente sobre las manifestaciones clínicas, evolución y desenlaces neonatales de esta enfermedad prevenible.

El estudio también ofrecerá un marco de referencia teórico local, relevante para contextos similares al Hospital Regional de Huacho, donde la información científica publicada es limitada.

De esta manera, contribuirá a la generación de conocimiento contextualizado que podrá ser utilizado como base para futuras investigaciones a nivel regional y nacional, mejorando así la salud y bienestar de los recién nacidos y sus familias.

1.4.5 Utilidad metodológica

En el estudio se empleó una ficha de recolección de datos que permitió obtener la información pertinente mediante la revisión de historias clínicas, cuyo objetivo fue facilitar el uso de los datos recopilados que será replicable en otros hospitales de nivel similar, favoreciendo la comparación de resultados y el desarrollo de estudios multicéntricos.

1.5 Delimitación del estudio

1.5.1 Delimitación espacial

La investigación se llevó a cabo en pacientes atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho, ubicado en Calle José Arámbulo La Rosa N 251, Huacho, Huaura, Lima. Este es un Hospital nivel II-2, de referencia regional.

1.5.2 Delimitación temporal

La investigación se centró en pacientes neonatológicos atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho entre los años 2017 al 2025.

1.5.3 Delimitación del universo

El estudio, se realizó en pacientes neonatológicos entre los años 2017 al 2025 diagnosticados con sífilis congénita, atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho.

1.5.4 Delimitación del contenido

Se estudió y determinó las características clínico epidemiológicas de los pacientes neonatológicos con sífilis congénita, por lo que, la línea de investigación corresponde al área de Ciencias Médicas y de Salud, sub área de Ciencias de la Salud.

1.6 Viabilidad del estudio

1.6.1 Viabilidad temática

Este estudio se orientó a describir las características clínico-epidemiológicas de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita. La viabilidad temática del estudio se sustentó en la disponibilidad de evidencia bibliográfica suficiente, tanto en el ámbito nacional como internacional, sobre esta entidad. Del mismo modo, se contó con respaldo documental procedente de artículos científicos, revistas indexadas, documentos normativos y otras fuentes académicas confiables, lo cual permitió construir un marco teórico consistente y sustentar adecuadamente el desarrollo del estudio.

1.6.2 Viabilidad económica

Este estudio fue asumido económicamente por los autores, mediante recursos propios.

1.6.3 Viabilidad temporal

La investigación obtuvo datos de forma transversal, tomando información de los recién nacidos atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho entre los años 2017 al 2025.

1.6.4 Viabilidad ética

En este estudio, se aseguró obtener los datos de manera legal, contando con la autorización del Hospital Regional de Huacho, lo que permitió acceder a las historias clínicas y a las estadísticas epidemiológicas necesarias.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Valencia-Correa et al. (2025) realizaron un estudio titulado “Análisis de las características del embarazo y la sífilis congénita en una clínica universitaria de Medellín, Colombia”. Su objetivo fue describir las características clínicas y epidemiológicas, así como los métodos de diagnóstico en embarazos con alta sospecha de sífilis congénita. La investigación tuvo un enfoque observacional descriptivo e incluyó a 71 recién nacidos con esta enfermedad y a sus madres, atendidos en la Clínica Universitaria Bolívar de Medellín entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2021. Los resultados evidenciaron que se identificaron 22 casos con alta sospecha de sífilis congénita. De estas madres, el 58,1% tenía menos de 26 años y el 18,1% eran menores o igual a 18 años. Además, el 40,1% no se realizó controles prenatales. En el 59% de los casos, el diagnóstico se hizo al final del embarazo. Las formas clínicas más frecuentes fueron la sífilis latente indeterminada (45,4%), la latente temprana (27,2%) y la secundaria (13,6%). Asimismo, el 63,6% de las gestantes se realizó una ecografía obstétrica, encontrándose signos sugestivos de sífilis fetal en el 35,7%. Respecto al tratamiento, el 54,5% recibió penicilina; sin embargo, el 16,6% lo hizo menos de 30 días antes del parto, lo que indica una posible falla terapéutica. En cuanto a los recién nacidos, el 50% fueron prematuros, el 63,6% tuvo un peso menor a 2,500 g y el 72,7% presentó manifestaciones clínicas. Además, 7 de ellos (31,8%) nacieron de madres que sí recibieron tratamiento adecuado. Finalmente, los autores concluyeron que predominan las gestantes jóvenes y adolescentes, junto con una alta falta de asistencia a los controles prenatales, lo que incrementa el riesgo de sífilis congénita, *diagnóstico tardío y subregistro del tratamiento*

administrado a sus parejas. En los recién nacidos predominó la prematuridad y el bajo peso al nacer; además, siete neonatos fueron hijos de madres consideradas adecuadamente tratadas, lo que podría indicar una falla terapéutica posiblemente asociada al inicio tardío del tratamiento o al estadio clínico de la sífilis.”

Shimizu et al. (2025), en su estudio realizado en Japón y titulado "Risk factors and diagnostic indicators for congenital syphilis: a Nationwide retrospective survey", tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo e indicadores diagnósticos para la sífilis congénita y mejorar la precisión del diagnóstico. El estudio se diseñó como una cohorte retrospectiva con análisis de regresión logística multivariable, que incluyó a 230 mujeres embarazadas con sífilis entre 2015 y 2024, de las cuales 49 bebés fueron diagnosticados con sífilis congénita (SC), mientras que 73 bebés formaron parte del grupo de control. Se recopilaron datos sobre la edad materna, los antecedentes sociales, detalles del tratamiento y los resultados de las pruebas serológicas. Los resultados mostraron que dos factores de riesgo significativos para SC fueron el tratamiento materno incompleto más de 4 semanas antes del parto (OR: 7,20, $p = 0,02$) y la prueba de RPR infantil ≥ 1 como indicador diagnóstico, con una sensibilidad del 93,8% ($n = 48$). Concluyendo que *“el tratamiento materno durante el embarazo, con más de 4 semanas de antelación al parto, podría facilitar el establecimiento de un flujo de tratamiento más práctico y eficaz. Además, es probable que una RPR positiva en el lactante, en lugar de la razón RPR lactante-madre, sea más beneficiosa.”*

Arcos Viscarra (2025), en su tesis sobre sífilis congénita en el noreste de México, tuvo como objetivo identificar las características y los factores que aumentan el riesgo de que esta enfermedad se presente en recién nacidos. Para ello, analizó 297 casos de bebés cuyas madres dieron positivo a la prueba de VDRL durante el embarazo entre 2016 y 2024.

Los recién nacidos fueron clasificados siguiendo criterios internacionales (CDC) y se organizaron en grupos, incluyendo uno con casos confirmados o sospechosos de sífilis congénita y otro grupo de comparación. Luego, se utilizó un análisis estadístico para evaluar los factores de riesgo. Los resultados mostraron que el riesgo de sífilis congénita es mayor cuando el diagnóstico en la madre se hace tarde, especialmente al final del embarazo o después del parto. También se encontró que niveles altos en la prueba de VDRL aumentan la probabilidad de que el bebé tenga la enfermedad. En cambio, cuando el diagnóstico se realiza en el segundo trimestre, el riesgo disminuye. Además, recibir un tratamiento adecuado durante el embarazo protege al bebé de contraer la infección. En conclusión, el estudio señala que la sífilis congénita está relacionada con problemas en la atención prenatal, como diagnósticos y tratamientos tardíos. Por eso, resalta la importancia de mejorar la detección temprana y el acceso al tratamiento para prevenir esta enfermedad”

Daniels et al. (2024), en su investigación titulada “*Social Factors Associated With Congenital Syphilis in Missouri*”, tuvieron como objetivo identificar los factores sociales asociados a la sífilis congénita y su impacto en los resultados maternos e infantiles. El estudio, de diseño caso-control, analizó 131 díadas madre-hijo, de las cuales 74 fueron casos de sífilis congénita y 56 controles, con fechas de nacimiento entre 2015 y 2022. Recopilando datos sobre la demografía, la atención prenatal, el consumo de sustancias y otros factores sociales. Los resultados mediante asociaciones significativas (odds ratio [IC del 95%]) indicaron que la mayoría de las madres eran afroamericanas (65%) y mostraron asociaciones significativas con factores como atención prenatal limitada (OR = 3,01 [1,38-6,56]), ausencia de atención prenatal (OR =16,08 [1,96-132,11]), consumo de sustancias (OR =3,42 [1,61-7,25]), inestabilidad habitacional (OR

=3,42 [1,39-8,38]) e interacciones con el sistema judicial (OR =2,29 [1,00- 5,24]). Además de que el consumo de sustancias se correlacionó con la inadecuada atención prenatal (P < 0,001). Concluyendo que *"los determinantes sociales son comunes en las díadas madre-hijo afectadas por la sífilis congénita, por lo que los sistemas de salud deben integrar programas que faciliten el acceso a la atención y la prevención de la enfermedad en entornos no tradicionales, además de considerar programas de vinculación con la atención para facilitar el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad."*

Rocha et al., (2024), en su estudio titulado *"Factors associated with signs of congenital syphilis in newborns"* y desarrollado en Brasil. Se centraron en analizar los factores de riesgo (maternos, obstétricos y demográficos) asociados a la sífilis congénita y las características clínicas de 469 recién nacidos. Fue un estudio transversal que evaluó los nacimientos reportados en 10 hospitales públicos en 2015, período en el que hubo escasez de penicilina en 41 países. Se identificó que 199 (42,4 %) presentaron algún signo o síntoma sugestivo de sífilis congénita; de estos, 65 (32,7 %) fueron prematuros, 87 (43,7 %) presentaron bajo peso al nacer, 116 (58,3 %) presentaron ictericia que requirió fototerapia, el 6,5 % presentó hepatomegalia, 5 % lesiones cutáneas. Los niños cuyas madres no fueron tratadas o que recibieron un medicamento diferente a la penicilina y aquellos cuyas madres tuvieron un título de VDRL \geq 1:16 al nacer tuvieron 3,7 y 3,2 veces más probabilidades de nacer con signos de sífilis congénita (p < 0,001). Finalmente destacaron *"las manifestaciones clínicas más frecuentes de SC identificadas fueron la ictericia, bajo peso al nacer, parto prematuro y que la presencia de signos de sífilis en el recién nacido se relaciona con la falta de tratamiento o el uso de un fármaco distinto a la penicilina, así como con la presencia de títulos elevados de VDRL al momento del parto. Estos hallazgos resaltan la importancia de mejorar la calidad de la atención prenatal y el desarrollo de estudios para*

encontrar fármacos alternativos para el tratamiento de la sífilis en embarazadas y la prevención de la sífilis.”

Luengmettakul (2025) en su investigación titulada *“Incidence of congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes among syphilis seropositive pregnant women according to the adequacy of penicillin treatment in tertiary care hospital, Thailand ”*, se planteó investigar la incidencia de sífilis congénita en recién nacidos y otros resultados adversos del embarazo en función del tratamiento adecuado o inadecuado con penicilina. Contó con un diseño retrospectivo de cohorte que incluyó a 212 mujeres embarazadas que dieron a luz entre enero de 2015 y diciembre de 2021, dividido en dos grupos: Con tratamiento adecuado y otro con tratamiento inadecuado, con un total de 106 mujeres en cada grupo. Obteniendo como resultados que en el periodo designado la tasa general de sífilis congénita fue de 104 por cada 100,000 nacimientos vivos. El grupo con tratamiento inadecuado presentó un riesgo significativamente mayor de sífilis congénita (28,3% frente a 0%, $p < 0,001$), bajo peso al nacer (27,4% frente a 15,1%, $p = 0,031$), asfixia al nacer (11,3% frente a 0%, $p < 0,001$), parto prematuro tardío (18,9% frente a 9,4%, $p = 0,017$) y mortinato (7,5% frente a 0%, $p = 0,007$) en comparación con el grupo adecuado. Además, de que aquellas que recibieron tratamiento adecuado antes de las 28 semanas de gestación tuvieron un riesgo significativamente menor de presentar resultados adversos. Por lo que concluye mencionando que *“la incidencia de sífilis congénita aumenta con el tiempo en las madres con sífilis no tratadas o con tratamiento inadecuado. El tratamiento adecuado con penicilina antes de las 28 semanas de gestación puede prevenir la sífilis congénita, el parto prematuro, la asfixia al nacer y el mortinato.”*

Chen et al. (2024), realizaron un estudio en Estados Unidos titulado *“Congenital Syphilis in Live Births: Adverse Outcomes, Hospital Length of Stay, and Costs”*, cuyo objetivo fue analizar

las tendencias temporales y los factores de riesgo asociados con la sífilis congénita en las hospitalizaciones de recién nacidos. También se evaluó la relación entre los resultados adversos y la utilización de atención médica en hospitalizaciones complicadas. El estudio adoptó un diseño transversal retrospectivo utilizando datos de la Muestra Nacional de Pacientes Hospitalizados, para identificar 18.119.871 neonatos entre 2016 y 2020. A través de un modelo de regresión de Poisson multivariable con varianza de error robusta, se calcularon los riesgos relativos ajustados con intervalos de confianza (IC) del 95%. Los hallazgos indicaron que la tasa de sífilis congénita aumentó anualmente en un 24,6 % (IC del 95 %, 13,0-37,3). En los modelos multivariados, la sífilis congénita se asoció con un mayor riesgo de parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación (RR ajustado: 2,22; IC del 95 %, 2,02-2,44) y antes de las 34 semanas de gestación (RR ajustado: 2,39; IC del 95 %, 2,01-2,84). En comparación con los neonatos sin sífilis congénita, aquellos afectados por la enfermedad presentaron una mayor duración de hospitalización (razón media ajustada 3,53; IC del 95%: 3,38-3,68) y costos hospitalarios significativamente más altos (razón media ajustada 4,93; IC del 95%: 4,57-5,32). Los autores finalmente concluyeron que *“entre las hospitalizaciones de recién nacidos en los Estados Unidos, la tasa de sífilis congénita aumentó entre 2016 y 2020. Y que la sífilis congénita se asoció con parto prematuro, mayor duración de la hospitalización y mayores costos hospitalarios.”*

da Silva et al. (2024) en su estudio titulado “Syphilis in pregnancy and adverse birth outcomes: A nationwide longitudinal study in Brazil”, tuvo como objetivo examinar la relación entre la sífilis en el embarazo y los resultados negativos al nacimiento. Con un diseño longitudinal utilizó el Sistema Nacional de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) de Brasil, vinculado a los casos de sífilis gestacional del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN) entre 2011 y 2017. Se emplearon estadísticas descriptivas y regresión

logística para comparar los resultados del parto entre mujeres embarazadas con y sin sífilis, identificando 17 930 817 neonatos. Donde se evidenció que 155 214 (8,7/1000) estuvieron expuestos a la sífilis durante el embarazo, incrementando así las probabilidades de bajo peso al nacer (ORa 1,88, IC del 95 %: 1,85-1,91), pequeño para la edad gestacional (ORa 1,53, IC del 95 %: 1,51-1,56) y parto prematuro (ORa 1,35, IC del 95 %: 1,33-1,37). Además, demostró que estos escenarios son más probables para las mujeres embarazadas con un título de VDRL ≥ 64 , sífilis materna no tratada, y madres que asistieron a ≤ 6 citas prenatales. Concluyendo que existe una *“fuerte asociación entre la sífilis gestacional y resultados adversos en el parto, con mayores probabilidades observadas en mujeres con títulos de VDRL más altos, falta de tratamiento y menos citas prenatales. Estos resultados resaltan la necesidad de un cribado y tratamiento adecuados para la sífilis gestacional durante el embarazo para mitigar el riesgo de resultados adversos en el parto.”*

Gao et al. (2023), en su estudio realizado en China y titulado *“Adverse pregnancy outcomes and related risk factors of pregnant women with syphilis in Hunan Province, 2013–2018, China”* tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados entre mujeres embarazadas con sífilis e investigar los resultados adversos que provoca en el embarazo. Fue un estudio observacional analítico de casos y controles, donde se seleccionaron 1403 casos (embarazo normal) y 9943 controles (resultado adverso del embarazo: Prematuridad, muerte intrauterina, bajo peso al nacer, feto muerto), se analizaron en SPSS 24.0. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de Chi-cuadrado, análisis de regresión logística multivariante y se calcularon y ajustaron las razones de probabilidades (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95%, con un nivel de significación fue $p < 0,05$. Obteniendo como resultado que los factores de riesgo relacionados con los resultados adversos del embarazo incluyen la edad de las mujeres

embarazadas con sífilis <20 años (ORa = 1,274; IC del 95 %: 1,088-1,493) o \geq 35 años (ORa = 1,402; IC del 95 %: 1,167-1,686), no estar casadas (ORa = 1,855; IC del 95 %: 1,453-2,367), detección inicial de sífilis en el embarazo tardío (ORa = 1,266; IC del 95 %: 1,032- 1,555), diagnóstico de sífilis en el embarazo tardío (ORa = 5,806; IC del 95 %: 1,796-18,770), diagnóstico de sífilis durante el parto (ORa = 4,102; IC del 95 %: 1,263–13,330), marido/pareja sexual infectado con sífilis (ORa = 1,222, IC 95%: 1,068–1,398), sin tratamiento (ORa = 6,756, IC 95%: 5,586–8,197) y medicación no estándar (ORa = 3,300, IC 95%: 2,841–3,846). Concluyendo que *“los resultados adversos del embarazo asociados con la sífilis podrían reducirse mediante la detección temprana y el tratamiento estándar de la sífilis para las mujeres embarazadas y sus esposos/parejas sexuales.”*

Wozniak et al. (2023), en su estudio realizado en EEUU y titulada *“The Mortality of Congenital Syphilis”*, tuvieron como objetivo documentar la tasa de letalidad de la sífilis congénita diagnosticada mediante herramientas moleculares, complementadas con la evaluación clínica estándar, y compararla con la estimación obtenida a partir de la definición de vigilancia de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC). El estudio correspondió a una cohorte prospectiva de un solo centro, con revisión retrospectiva de los datos, e incluyó todos los casos de sífilis materna y congénita atendidos entre 1984 y 2002. De 771 productos de gestantes con sífilis diagnosticada durante el embarazo, 191 casos fueron confirmados como sífilis congénita. Los resultados evidenciaron que 59 de los 191 casos fallecieron, lo que representó una tasa de letalidad de 31%; de estas muertes, 53 (90%) correspondieron a mortinatos y 6 (10%) ocurrieron durante el período neonatal. Asimismo, la mayoría de los mortinatos (74%) se produjo en el tercer trimestre de gestación. Los autores concluyeron que *“la definición de vigilancia de los CDC identificó correctamente todos los casos de sífilis congénita, pero subestimó considerablemente la*

mortalidad asociada, resaltando la necesidad de detección y tratamiento oportunos de la sífilis durante el embarazo.”

Gulersen et al. (2023), en su investigación realizada en Estados Unidos "*Risk factors and adverse outcomes associated with syphilis infection during pregnancy*", tuvo como propósito evaluar los factores sociodemográficos y complicaciones asociadas con la infección por sífilis durante el embarazo. El estudio se diseñó como un análisis retrospectivo de la base de datos de nacimientos del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) entre 2016 y 2019, donde se identificaron 17408 de hijos de madre con sífilis, que se analizaron bajo una regresión logística multivariable. Los resultados revelaron que el bajo nivel educativo (OR = 4,40) y la raza afroamericana (OR=3,81) se asociaron con un riesgo significativamente mayor de infección. Además, de un mayor riesgo de parto prematuro (<37 semanas: OR=1,25; <32 semanas: OR=1,26), bajo peso al nacer (OR=1,34), malformaciones congénitas (OR=1,43), puntuaciones bajas de Apgar a los 5 minutos (OR=1,29), ingreso a UCI (OR=2,19) y ventilación inmediata (OR=1,48). Así los autores concluyen que "*la identificación de factores de riesgo y resultados adversos asociados a la infección por sífilis en el embarazo es crucial, y se requiere con urgencia el desarrollo de estrategias de salud pública para la prevención de infecciones, así como el acceso a la detección y tratamiento oportunos para reducir los resultados adversos.*"

Moreno-Gómez et al. (2023), en su estudio desarrollado en Colombia y titulada "*Determinantes Sociales de la Salud Asociados a la Sífilis Gestacional y Congénita en Risaralda*", buscaron describir las características sociodemográficas de las madres, analizar la tendencia de casos y estimar el nivel de asociación con los determinantes sociales involucrados, en el periodo comprendido entre 2015 y 2021. El estudio adoptó un diseño observacional descriptivo analítico de 66 casos y 75025 controles. Los resultados mostraron que ciertos

determinantes sociales, como el estado civil (soltera) (OR=3.1; IC 95%: 1,8-5,2), el bajo nivel educativo (OR=3; IC 95%: 1,2-7,6), y la no afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (OR=5.1; IC 95%: 2,8-9,3), se asociaron con un mayor riesgo de sífilis gestacional en el departamento. En cuanto a los recién nacidos con sífilis congénita, los resultados indicaron que estos presentaron un menor peso (OR=4.55; IC 95%: 2,6-7,6). La investigación concluyó que “la sífilis gestacional y la transmisión de sífilis congénita están vinculadas a determinantes sociales como el estado civil, el bajo nivel educativo y el régimen de aseguramiento de las madres. Se observó que la prevalencia de estas condiciones es mayor en mujeres que no están aseguradas, lo que refuerza la necesidad de mejorar el acceso a la atención médica y las condiciones sociales de las madres.”

Brizuela et al. (2021), en su estudio sobre sífilis congénita en un hospital de Buenos Aires, buscaron describir cómo se presentan los recién nacidos expuestos a la sífilis durante el embarazo, tanto en aspectos clínicos como epidemiológicos. El estudio fue retrospectivo y analizó a 87 pacientes, incluyendo bebés nacidos vivos y también mortinatos. Se evaluaron distintas variables usando pruebas estadísticas. Entre los resultados, se encontró que el 55% de los recién nacidos eran varones. En promedio, nacieron a las 39 semanas de gestación y con un peso cercano a 3205 gramos. En cuanto a las madres, algunas fueron diagnosticadas al inicio del embarazo, otras a mitad, varias al final, y algunas recién en el parto o después. Aunque muchas recibieron tratamiento con penicilina, en más de la mitad este tratamiento fue considerado inadecuado porque se aplicó muy cerca del momento del parto. A varios recién nacidos se les hizo la prueba VDRL al nacer, y en algunos casos también estudios como la punción lumbar. Se confirmaron 13 casos de sífilis congénita; de estos, algunos desarrollaron complicaciones como neurosífilis, y hubo fallecimientos. La mortalidad fue baja en general, pero más alta entre los bebés con la enfermedad.

Los autores concluyeron que el riesgo de sífilis congénita aumenta cuando la madre tiene niveles altos en la prueba VDRL, cuando el recién nacido también presenta valores elevados, y cuando el tratamiento durante el embarazo no fue adecuado. Además, los bebés afectados tendían a nacer antes de tiempo, con menor peso y con más problemas de salud. Por ello, resaltan que detectar y tratar la sífilis a tiempo en la madre es clave para prevenir complicaciones y reducir la mortalidad.”

Osorio-Guzmán et al. (2020), en un estudio realizado en México, buscaron describir las características clínicas y patológicas de recién nacidos con sífilis congénita en un hospital de León, Guanajuato, entre 2016 y 2018. El estudio fue retrospectivo y se basó en la revisión de historias clínicas. De 18 casos revisados, solo 6 cumplieron con los criterios para el análisis. La mitad de los bebés eran mujeres y, en promedio, nacieron a las 38 semanas. La mayoría de los diagnósticos se hizo durante la primera semana de vida. Respecto a las madres, tenían una edad promedio de 22 años. Varias presentaban factores de riesgo: algunas consumían drogas, la mayoría no tuvo controles prenatales, y las pocas que sí asistieron lo hicieron muy pocas veces. Todos los recién nacidos presentaron problemas en la piel (como descamación) y alteraciones en exámenes de laboratorio. La mayoría tuvo bajo peso al nacer y agrandamiento del hígado y el bazo. También se observaron otras complicaciones como neumonía, problemas en los huesos y alteraciones en la sangre en algunos casos. Todos los bebés dieron positivo a la prueba VDRL, con niveles variados, y ninguno tuvo VIH. El tratamiento fue con penicilina durante varios días, y la mayoría de los bebés sobrevivió, aunque se registró un fallecimiento. Los autores concluyen que la sífilis congénita sigue siendo un problema importante de salud pública, principalmente por sus complicaciones en los recién nacidos. Destacan que en todos los casos hubo poco o ningún control prenatal, por lo que enfatizan la importancia de promover la atención médica en mujeres en edad fértil, especialmente en adolescentes y en quienes consumen drogas.”

2.1.2 Antecedentes nacionales

Fabián y Dávila-Aliaga (2023), en su estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, buscaron identificar qué factores se relacionan con la sífilis congénita en recién nacidos entre los años 2018 y 2021. El estudio incluyó a 214 bebés con sífilis congénita y a otros 214 como grupo de comparación. Se analizaron datos de las madres y de los recién nacidos usando métodos estadísticos para encontrar asociaciones. Los resultados mostraron que la mayoría de las madres tenía entre 20 y 35 años y contaba con educación secundaria. Casi todas no recibieron un tratamiento completo durante el embarazo y más de la mitad tuvo menos de seis controles prenatales. En cuanto a los recién nacidos, poco más de la mitad eran mujeres, algunos nacieron prematuros y varios presentaron complicaciones como bajo peso al nacer, manchas en la piel, ictericia o problemas en los huesos. El análisis encontró que el bajo peso al nacer está fuertemente relacionado con la sífilis congénita. En cambio, tener mayor nivel educativo y recibir tratamiento completo durante el embarazo actúan como factores protectores. También se identificó relación con la ruptura prolongada de membranas. En conclusión, el estudio señala que la sífilis congénita se asocia principalmente con factores como bajo nivel educativo de la madre, menor edad y tratamiento incompleto durante el embarazo. Además, destaca que los recién nacidos con esta enfermedad tienen mayor probabilidad de presentar bajo peso al nacer. ”

Figuroa y Munayco (2022), en su tesis sobre puérperas con sífilis atendidas en un hospital entre 2020 y 2021, buscaron describir tanto las características de las madres como de sus recién nacidos. El estudio fue descriptivo y analizó a 32 madres con sífilis y a sus bebés. Los resultados mostraron que la mayoría de las mujeres tenía entre 20 y 34 años, vivía en unión libre, contaba con educación secundaria y provenía de zonas rurales. En relación con el control del embarazo, muchas tuvieron pocas atenciones prenatales (menos de cuatro), y en más de la mitad de los casos

la sífilis fue detectada recién en el tercer trimestre. Sobre los recién nacidos, la mayoría de los partos fueron vaginales y a término. Aunque algunos bebés nacieron prematuros, la mayoría tuvo un peso adecuado, y solo una minoría presentó bajo peso al nacer. En conclusión, el estudio indica que las mujeres con sífilis durante el embarazo suelen ser jóvenes, vivir en pareja, tener varios hijos y proceder de zonas rurales. Además, muchas son diagnosticadas tardíamente, aunque la mayoría de sus bebés nace con vida y con peso normal.”

Uriondo (2024), en su estudio realizado en centros de salud de la provincia de Ica, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a la sífilis en mujeres embarazadas durante el año 2022. La investigación fue de tipo cuantitativa, con un diseño observacional y retrospectivo. Aunque se partió de una población amplia de 859 gestantes, la muestra final estuvo conformada por 30 mujeres que cumplían con los criterios del estudio. Para analizar los datos, se utilizó una prueba estadística que permitió ver la relación entre distintas variables. Los resultados mostraron que muchas de las gestantes tenían la enfermedad en una etapa avanzada. Además, la mayoría había tenido más de un embarazo, inició sus controles prenatales de manera tardía y, en varios casos, estos controles fueron insuficientes. También se observó que la mayoría tenía educación secundaria, era soltera y se dedicaba al hogar. El análisis encontró que varios factores estaban relacionados con la presencia de sífilis en las gestantes, como: tener pocos controles prenatales, nivel educativo bajo, iniciar relaciones sexuales a edad temprana, no usar métodos de planificación familiar y no utilizar métodos de barrera como el preservativo. En conclusión, el estudio señala que estos factores aumentan el riesgo de sífilis en mujeres embarazadas, destacando la importancia de mejorar la educación, promover el uso de métodos de protección y asegurar un adecuado control prenatal.”

Illanes (2022) realizó un estudio en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna con el objetivo de describir las características de las gestantes con sífilis y las complicaciones en sus bebés. Revisó 91 historias clínicas de mujeres atendidas entre 2016 y 2022. Los resultados mostraron que la mayoría de las mujeres tenía entre 20 y 34 años, contaba con educación secundaria y vivía con su pareja. Muchas ya habían tenido más de un embarazo y una parte importante había sufrido abortos previos. En cuanto a los controles prenatales, varias no asistieron a la cantidad recomendada y solo algunas iniciaron sus controles desde el primer trimestre. Aproximadamente la mitad recibió un tratamiento adecuado, pero en la mayoría de los casos no había información sobre si la pareja también fue tratada. Respecto a los bebés, la complicación más frecuente fue la sífilis congénita. También se presentaron otros problemas como poco líquido amniótico, ruptura prematura de membranas y parto prematuro, aunque en menor proporción. En conclusión, el estudio señala que las gestantes con sífilis suelen ser mujeres jóvenes, muchas con antecedentes de aborto, y que la complicación más común en los recién nacidos es la sífilis congénita.

Chucos (2018), en su investigación realizada en el mismo hospital, tuvo como objetivo determinar cuántos casos de sífilis congénita se presentaban y qué factores estaban asociados. Para ello, revisó 128 historias clínicas de recién nacidos diagnosticados entre 2010 y 2017. Encontró que la mayoría de las madres tenía entre 20 y 35 años, vivía con su pareja y se dedicaba al hogar. Además, una parte de ellas consumía sustancias nocivas. Un dato importante fue que la gran mayoría no recibió controles prenatales adecuados. En cuanto a los recién nacidos, algunos presentaron bajo peso, prematuridad y en pocos casos puntajes bajos al nacer. La mortalidad neonatal fue baja. El análisis identificó como principales factores de riesgo el consumo de drogas, bajo nivel educativo, nacimiento prematuro y control prenatal insuficiente. Finalmente, el estudio concluye que muchas gestantes con sífilis no tenían una adecuada atención prenatal ni educación

completa, lo que se relaciona con complicaciones como la prematuridad. Por ello, se recomienda fortalecer los controles y la detección oportuna en los servicios de salud.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Definición de sífilis congénita

La sífilis congénita es una enfermedad infecciosa, que puede ser transmitida al feto desde una madre infectada, ya sea durante el embarazo a través de la placenta o, en menor medida, en el momento del parto. Esta transmisión vertical puede originar diversas manifestaciones clínicas en el recién nacido, que van desde infecciones sin síntomas hasta la muerte fetal o neonatal, lo que la convierte en un grave problema para la salud pública y perinatal (Sankaran et al., 2023).

Etiología

El agente etiológico de la sífilis congénita es *Treponema pallidum*, una espiroqueta Gram negativa, microaerófila, perteneciente al orden *Spirochaetales* y a la familia *Spirochetaceae* (INMP-MINSA, 2023). Esta bacteria infecta exclusivamente al ser humano, se caracteriza por su capacidad de persistir, diseminarse en el organismo, incluso atravesar barreras tisulares mediante el paso entre uniones celulares estrechas y diseminarse ampliamente por la circulación sistémica (Li et al., 2023).

Además, se ha descrito que *T. pallidum* posee un genoma relativamente pequeño y una expresión limitada de proteínas en su membrana externa, lo que reduce su reconocimiento por el sistema inmunitario y favorece su capacidad de persistencia, especialmente en el contexto del sistema inmune fetal inmaduro (Stafford et al., 2024).

Patogenia

La sífilis congénita se origina a partir de la transmisión vertical de *Treponema pallidum* desde una madre infectada al feto durante la gestación o, con menor frecuencia, en el momento del parto por contacto directo del neonato con sangre, secreciones o lesiones genitales maternas. En la mujer gestante, la patogénesis de la sífilis comienza con la inoculación del microorganismo en la piel o las mucosas, lo que conduce a la aparición del chancro indoloro característico de la sífilis primaria, seguido de la diseminación hematógena hacia múltiples órganos, incluyendo piel, mucosas, sistema nervioso central, tracto gastrointestinal, hígado y riñones, que define la fase secundaria. En esta etapa, la paciente puede presentar linfadenopatía, mialgias, fatiga, pérdida de peso y exantemas cutáneos, los cuales suelen resolverse en semanas, tras lo cual la infección entra en una fase de latencia clínica, durante la cual el microorganismo persiste en el huésped sin manifestaciones evidentes (Li et al., 2023).

Sin embargo, la presencia de infección activa y una alta carga bacteriana en la madre favorecen la transmisión vertical. En estas circunstancias, *T. pallidum* puede atravesar la placenta, especialmente cuando existe una bacteriemia materna significativa (particularmente durante la etapa de sífilis secundaria) y títulos elevados de anticuerpos antitreponémicos, lo que refleja una mayor densidad de espiroquetas en circulación. Una vez que el patógeno cruza la barrera placentaria, alcanza la circulación fetal a través de los vasos del cordón umbilical, estableciendo una infección sistémica hematógena en el feto, donde puede persistir gracias a su capacidad de evadir la respuesta inmunitaria debido a la inmadurez fetal (Eallonardo & Freitag, 2024). Se sugiere que la infección fetal ocurre inicialmente por infección placentaria, seguida de una infección del líquido amniótico y, en última instancia, disfunción hematológica, lo que conduce a

hidropesía no inmunitaria, aunque la secuencia exacta sigue siendo desconocida (Stafford et al., 2024).

Cabe resaltar que la transmisión puede ocurrir en cualquier momento durante el embarazo, y se cree que el riesgo de transmisión aumenta con la duración de la exposición gestacional (Stafford et al., 2024). Además, una proporción de fetos infectados presenta muerte intrauterina, atribuida al daño placentario y la hipoxemia resultante, mientras que los recién nacidos vivos pueden exhibir un amplio espectro de complicaciones, entre ellas malformaciones óseas, alteraciones neurológicas e insuficiencia hematopoyética (Eallonardo & Freitag, 2024)

Factores de riesgo

Considerando que un factor de riesgo se define como cualquier característica, exposición o circunstancia identificable en una persona o población que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad específica, los principales determinantes para la transmisión vertical de *Treponema pallidum* incluyen, principalmente factores sociodemográficos y económicos respecto a la madre:

- Edad materna: La edad materna joven, típicamente en adolescentes y adultas jóvenes, se asocia consistentemente con mayor riesgo de sífilis congénita debido al inicio temprano de actividad sexual, múltiples parejas, acceso limitado a educación sexual y servicios de salud, lo que favorece a diagnósticos tardíos y tratamientos inadecuados. (Valencia-Correa et al., 2025).
- Estado civil: Ser soltera o en unión libre informal eleva el riesgo al limitar el apoyo social, la adherencia al tratamiento y el tamizaje/tratamiento conjunto de parejas, que puede llevar a reinfecciones durante la gestación (Moreno-Gómez et al., 2023).

- Nivel de instrucción: El bajo nivel educativo, especialmente secundaria incompleta o grados menores, impide el conocimiento sobre prevención, tamizaje prenatal y reconocimiento de síntomas, reduciendo la búsqueda oportuna de atención (Fabián y Dávila-Aliaga, 2023).
- Asistencia a controles prenatales: La asistencia inadecuada (<6 controles) es un factor clave por fallas en tamizaje oportuno, debido a que esto eleva el riesgo de detección tardía y transmisión (Uriondo, 2024).
- Momento del diagnóstico: El diagnóstico materno tardío (tercer trimestre o posparto) aumenta significativamente el riesgo ya que limita severamente la ventana terapéutica. (Shimizu et al., 2025).
- Tratamiento inadecuado: El tratamiento incompleto, tardío (<4 semanas preparto) o no estándar es el predictor más fuerte, ya que no alcanza concentraciones idóneas, permitiendo así la persistencia bacteriana, reinfección y fracaso terapéutico (Shimizu et al., 2025).

Características clínicas

La sífilis congénita, de manera análoga a la infección en adultos, puede clasificarse según el momento de aparición de sus manifestaciones clínicas. Se distinguen así las formas tempranas, que se presentan habitualmente durante los primeros dos años de vida; las formas tardías, que aparecen después; y los estigmas residuales, que corresponden a secuelas permanentes de la enfermedad (LaFond & Lukehart, 2006).

Sífilis congénita temprana

La sífilis congénita temprana se define como aquella cuyas manifestaciones clínicas aparecen dentro de los primeros 2 años de vida, observándose con mayor frecuencia durante los

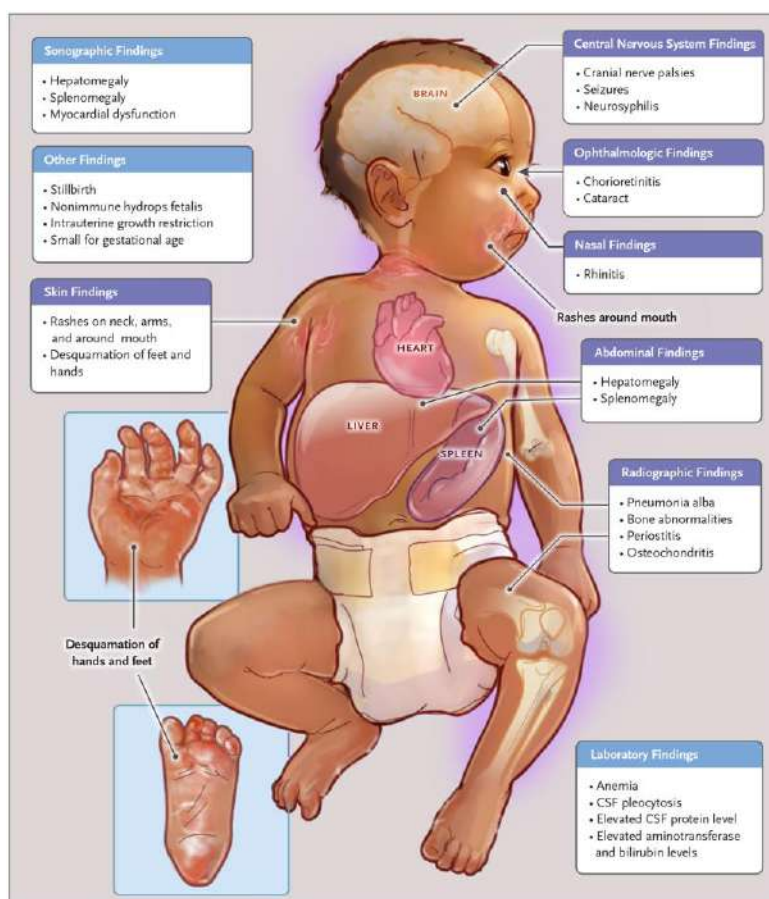
primeros 3 meses tras el nacimiento. En este periodo, el espectro clínico es amplio y va desde recién nacidos asintomáticos (alrededor de un 70%) hasta formas graves asociadas a muerte fetal, hidropesía fetal y parto prematuro, especialmente cuando la infección materna no ha sido diagnosticada ni tratada de manera adecuada (Sankaran et al., 2023). Algunos síntomas que pueden presentarse son (Spach et al., 2025):

- **Manifestaciones generales:** Fiebre o hipotermia, letargo, irritabilidad entre otros signos inespecíficos de infección sistémica neonatal.
- **Hallazgos cutáneos:** Erupción maculopapular descamativa, pustulosa o vesículo-bullosa difusa, característica por su localización en palmas y plantas. Además, condilomas planos indoloros en fisuras periorales, perianales o pliegues cutáneos, altamente contagiosos.
- **Hallazgos respiratorios:** Rinitis sifilítica caracterizada por ser mucopurulenta, abundante y persistente.
- **Hallazgos abdominales:** Hepatomegalia que en el 50% de casos se encuentra acompañada de esplenomegalia.
- **Hallazgos musculoesquelético:** Osteocondritis y periostitis que se caracterizan por lesiones metafisarias simétricas en huesos largos, detectables por radiografía; signo de Wimberger (destrucción ósea avanzada); pseudoparálisis de Parrot por limitación dolorosa del movimiento sin parálisis neurológica.
- **Hallazgos neurológicos:** Meningitis aséptica, convulsiones y se estima que hasta el 60% de los recién nacidos sintomáticos tienen neurosífilis.

Además de estas manifestaciones, los neonatos con sífilis congénita presentan un mayor riesgo de desarrollar diversas complicaciones, como prematuridad (<37 semanas), bajo peso al nacer (<2500 g) y puntajes bajos de APGAR a los 5 minutos (Gulersen et al., 2023). En los casos graves, pueden presentar encefalopatía hipóxico-isquémica, hipertensión pulmonar y coagulación intravascular diseminada, condiciones que pueden afectar negativamente el pronóstico (Sankaran et al., 2023). Asimismo, la enfermedad puede causar el fallecimiento, especialmente cuando el diagnóstico y el tratamiento maternos fue inadecuado (Wozniak et al., 2023).

Figura 1

Signos clínicos de la sífilis congénita temprana



Nota. De *Syphilis Complicating Pregnancy and Congenital Syphilis*, por Stafford et al., 2024, New England Journal of Medicine.

Sífilis congénita tardía

La clínica suele manifestarse después de los 2 años en neonatos previamente asintomáticos que no hayan sido tratados, caracterizándose por la tríada clásica de Hutchinson que incluye queratitis intersticial con cicatrización corneal progresiva, sordera neurosensorial bilateral y dientes incisivos centrales con muescas en forma de destornillador (dientes de Hutchinson). También se pueden observar deformidades óseas, como tibia en sable con arqueamiento anterior, articulaciones de Clutton (inflamación indolora de las rodillas), nariz en silla de montar debido al colapso del puente nasal, uveítis posterior y atrofia óptica en casos poco frecuentes, además de retraso en el desarrollo psicomotor. De manera excepcional, también se ha reportado glomerulonefritis con síndrome nefrótico (Sankaran et al., 2023).

Diagnóstico

La evaluación diagnóstica de la sífilis congénita se fundamenta en tres elementos esenciales: La historia clínica materna (antecedente de infección y tratamiento), examen físico completo del neonato y estudios laboratoriales de este (Sankaran et al., 2023).

Sin embargo, el diagnóstico serológico aún resulta complejo ya que la transferencia transplacentaria de anticuerpos maternos IgG, puede generar reactividad que refleje únicamente la exposición materna y no infección fetal activa. (Workowski et al., 2021).

Debido a esto los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) clasifican el riesgo de padecer la enfermedad en cuatro escenarios: (1) sífilis congénita probada/alta probabilidad, (2) posible sífilis congénita, (3) sífilis congénita menos probable y (4) sífilis congénita improbable, orientando así la evaluación y manejo terapéutico de cada caso (Workowski et al., 2021).

Tabla 1*Escenarios serológicos y pautas de evaluación según CDC*

Escenario	Historia Clínica y Examen	Evaluación
Escenario 1 Sífilis congénita confirmada, probada o altamente probable	Examen físico anormal o título de RPR ≥ 4 veces el título materno	Análisis de LCR (recuento celular, proteínas, VDRL), hemograma completo, radiografías de huesos largos, otros.
Escenario 2 Posible sífilis congénita	Examen físico normal y título de RPR < 4 veces el título materno y tratamiento materno ninguno/desconocido/inadecuado o iniciado < 30 días antes del parto	Análisis de LCR: recuento celular, proteínas, VDRL, hemograma completo, radiografías de huesos largos.
Escenario 3 Sífilis congénita menos probable	Examen físico normal y título de RPR < 4 veces el título materno y tratamiento materno adecuado e iniciado ≥ 30 días antes del parto y sin preocupación por reinfección	Ninguna.
Escenario 4 Sífilis congénita poco probable	Examen físico normal y título de RPR < 4 veces el título materno y tratamiento materno adecuado antes del embarazo	Ninguna.

Nota. De *Congenital Syphilis—An Illustrative Review*, por Sankaran et al., 2023. Children - Stabilization and Resuscitation of Newborns: 2nd Edition.

En nuestro país, considerando las directrices de los CDC y la alta incidencia nacional, la Guía de Práctica Clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP-MINSA, 2023), se considera un caso de sífilis congénita a cualquier recién nacido (o producto de la gestación) que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio epidemiológico: Cuando el bebé (o aborto/mortinato) es hijo de una madre que tuvo una prueba positiva de sífilis durante el embarazo y no recibió tratamiento o este fue inadecuado (por

ejemplo, incompleto o muy cerca del parto), o si la infección se detectó recién durante el parto o aborto.

Criterio serológico: Cuando el recién nacido presenta resultados de laboratorio (VDRL o RPR) con valores mucho más altos que los de la madre al momento del parto (al menos cuatro veces mayores).

Criterio clínico: Cuando el bebé presenta signos o síntomas compatibles con sífilis congénita, como lesiones en la piel (por ejemplo en palmas y plantas), secreción nasal con sangre, agrandamiento del hígado y bazo, acumulación de líquidos en el cuerpo, dificultad para mover extremidades o alteraciones neurológicas.

Criterio diagnóstico directo: Cuando se logra identificar directamente la bacteria causante (*Treponema pallidum*) en muestras del bebé, la placenta o el cordón umbilical mediante pruebas especiales de laboratorio.

En resumen, basta con que se cumpla uno de estos criterios para considerar el diagnóstico de sífilis congénita

Tratamiento

El tratamiento oportuno es fundamental para prevenir secuelas neurológicas permanentes, siendo la penicilina G el único fármaco con eficacia comprobada para erradicar *Treponema pallidum* del neonato y prevenir progresión a formas tardías (Workowski et al., 2021). Por lo que el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP-MINSA, 2023) adapta las recomendaciones internacionales al contexto peruano:

- **Sífilis congénita sintomática/probada:** Penicilina G sódica 100,000 UI/kg/día IV/IM (2 dosis) × 7 días, seguida de 150,000 UI/kg/día IV/IM (3 dosis) × 10 días (máx. 4 millones UI/día). Obligatoria punción lumbar para descartar compromiso del SNC; si LCR muestra >25 leucocitos/mm³, proteínas >100 mg/dL y/o VDRL reactivo, extender tratamiento a 14 días completos.
- **Asintomático:** Es decir con evaluación negativa clínica y exámenes auxiliares negativos (VDRL LCR, hemograma y Rx normal) se indica penicilina G benzatínica 50,000 UI/kg IM dosis única (máx. 2.4 millones UI).

Es necesario resaltar que en caso el neonato presente antecedentes de alergia a la penicilina, debe ser desensibilizado y tratado con penicilina G, ya que no existen pruebas cutáneas estandarizadas ni datos suficientes sobre alternativas (ceftriaxona u otros). (Workowski et al., 2021).

Seguimiento

El seguimiento serológico del neonato con sífilis congénita es esencial para confirmar la respuesta al tratamiento, detectar recaídas tempranas y descartar neurosífilis persistente. Diversas guías internacionales (CDC, AAP) coinciden en la necesidad de controles periódicos con pruebas no treponémicas cuantitativas durante los primeros meses de vida, hasta documentar la disminución progresiva y eventual negativización de los títulos.

Es así que el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP-MINSA, 2023), plantea un seguimiento con RPR cuantificado a 6, 12, 24 meses, verificando disminución progresiva de títulos; en casos con evidencia previa de neurosífilis, se realiza VDRL en LCR más celularidad/proteínas a los 6 y 24 meses, indicando retratamiento ante persistencia de reactividad o ascenso de al menos dos diluciones.

2.3 Bases filosóficas

En los últimos años, la medicina basada en la evidencia (MBE) se ha establecido como un pilar esencial en la práctica médica, influyendo en la conducta clínica, la investigación y la enseñanza de la medicina. El objetivo es mejorar la práctica clínica en salud, promoviendo mejores enfoques y reduciendo la variabilidad en la toma de decisiones. No obstante, han surgido vacíos en su conceptualización, lo que ha llevado a seguir protocolos y guías sin una comprensión profunda de las bases fisiológicas o bioquímicas que respaldan dichas conductas. (Monroy Amado & Ospina, 2017)

Aquí es donde la filosofía de Immanuel Kant ofrece un marco crítico para reflexionar sobre los desafíos de la MBE. Según Kant, en su "Crítica de la Razón Pura", el conocimiento no se limita a lo que percibimos a través de los sentidos, sino que es estructurado por la mente mediante categorías a priori. Aplicando esta idea a la medicina, no basta con seguir las guías basadas en evidencia empírica; es necesario que el profesional de la salud ejerza un juicio racional y crítico sobre las bases de esa evidencia, integrando tanto la ciencia como el contexto particular del paciente. De manera similar, en su "Crítica de la Razón Práctica", Kant destaca que las acciones morales deben regirse por principios universales, lo que en medicina puede traducirse en que las decisiones clínicas deben estar fundamentadas no solo en datos estadísticos, sino también en el deber ético hacia el paciente (Elío-Calvo, 2021).

Por lo tanto, la educación médica debe continuar apoyándose en herramientas como la estadística, sin perder de vista la dimensión ética en su aplicación. En este sentido, el presente trabajo buscará contribuir a la comunidad médica identificando las características clínico epidemiológicas de neonatos con diagnóstico de sífilis congénita, ampliando así, el conocimiento existente y así sentar las bases para el futuro.

2.4 Definición de términos básicos:

Sífilis congénita: Infección del recién nacido con sífilis por transmisión materno infantil (INMP-MINSA, 2023).

Edad gestacional: Edad de un feto o recién nacido, expresado en semanas a partir del primer día de la última menstruación de la madre. (Fabián y Dávila-Aliaga, 2023).

- Pre término: <37 semanas cumplidas
- A Término: 37-42 semanas cumplidas
- Post Término: > 42 semanas cumplidas

Peso de nacimiento: Determinación del peso del recién nacido al momento del nacimiento en gramos, siendo su escala de medición de tipo ordinal. (Fabián y Dávila-Aliaga, 2023).

- Macrosómicos: > 4000gr
- Peso normal: 2500gr - 3999gr
- Bajo peso: 1500gr - 2499gr
- Muy bajo peso: < 1500 gr
- Extremadamente bajo peso: < 1000 gr

Tipo de Parto: Proceso que comprende en la expulsión del feto, su escala de medición es nominal. (Fabián y Dávila-Aliaga (2023)

- Parto Cesárea: Tipo de parto en el cual se extrae al feto a través de una incisión quirúrgica practicada en el abdomen.
- Parto Vaginal: Considerado el natural, realizado por el canal del parto.

Morbilidad neonatal: La morbilidad neonatal se define como la presencia de enfermedades, complicaciones o alteraciones clínicas diagnosticadas en recién nacidos durante los primeros 28 días de vida (período neonatal) que pueden incluir la ictericia, sepsis, dificultad respiratoria, asfixia neonatal, hipoglucemia (Chen et al., 2024).

Manifestaciones clínicas: Conjunto de signos observables y síntomas referidos por el neonato que caracterizan la presentación fenoménica de la sífilis congénita, incluyendo hepatomegalia, esplenomegalia, rinitis mucopurulenta, lesiones palmo plantares descamativas y pseudoparálisis de Parrot (INMP-MINSA, 2023)

APGAR: La escala de Apgar es un método estandarizado para evaluar rápidamente la condición fisiológica del recién nacido al minuto y quinto minuto de vida, basado en cinco criterios (Apariencia, Frecuencia cardíaca, Reflejos, Tono muscular, Esfuerzo respiratorio), con puntuación de 0-2 por ítem (total 0-10). Puntajes ≥ 7 son tranquilizadores; 4-6 moderados; ≤ 3 graves, requiriendo reanimación inmediata. (American Academy of Pediatrics, 2023).

Fallecimiento neonatal: Muerte del recién nacido ocurrida dentro de los primeros 28 días de vida. (Wozniak et al., 2023)

Edad materna: Se define como a la edad a la cual se realizó el parto. (Fabián y Dávila-Aliaga (2023).

- Adolescente: 12 hasta las menores de 18 años.
- Adulta: 18-35 años
- Avanzada: Igual o mayor de 35 años

Estado civil: Condición jurídica de una persona respecto a su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, inscrita en el Registro Civil y que establece el ámbito de capacidad y responsabilidad reconocido por el derecho a las personas naturales (RAE - ASALE, 2017)

Nivel de instrucción: Representa el grado de conocimiento y formación adquirida por personas de 15 años o más a través de las etapas del sistema educativo formal: inicial, primaria, secundaria y superior, reflejando las distintas fases del desarrollo educativo individual (INEI, 2025).

Controles Prenatales: Es una actividad preventiva y de promoción de la salud que se realiza mediante la comunicación directa entre el personal de salud y la gestante (y su acompañante). Su objetivo es brindar información y orientación para fortalecer la confianza de la mujer, de modo que continúe con sus controles y acuda al establecimiento de salud para su parto. Se recomienda realizar como mínimo seis controles durante el embarazo (INMP-MINSA, 2023).

- Adecuado: 6 controles o más
- Inadecuado: Menos de 6 controles

Momento del diagnóstico: Trimestre gestacional específico o etapa periparto/puerperio en que se detecta la sífilis gestacional mediante pruebas serológicas confirmatorias reactivas (Brizuela et al. (2021).

- I trimestre: Desde la semana 1 hasta la semana 12.
- II trimestre: Desde la semana 13 hasta la semana 28.
- III trimestre: Desde la semana 29 hasta la semana 40.
- Intraparto: Durante el trabajo de parto activo o expulsión fetal.
- Puerperio: Hasta los 40-42 días postparto.

2.5 Formulación de hipótesis

2.5.1 Hipótesis general

No formulada

2.5.2 Hipótesis específicas

No formulada

2.6 Operacionalización de las variables

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ÍTEM
Características clínicas	Sexo	Clasificación biológica basado en características físicas y genéticas. (RAE - ASALE, 2025)	Sexo registrado en la historia clínica.	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino	1
	Edad gestacional	Edad de un feto o recién nacido, expresado en semanas a partir del primer día de la última menstruación de la madre. (Fabián y Dávila-Aliaga, 2023)	Edad al nacimiento determinada a través del test de Ballard o Capurro, registrada en la historia clínica. Se expresa en semanas.	Cualitativa Ordinal	Pretérmino (< 37 semanas) A término (37-42 semanas) Postérmino (>42 semanas)	2
	Peso al nacer	Peso del bebé inmediatamente después del nacimiento. (Fabián y Dávila-Aliaga, 2023)	Peso del recién nacido medido con una balanza calibrada y expresado en gramos.	Cualitativa Ordinal	Elevado peso al nacer (>4000 g) Adecuado peso al nacer (2500 – 4000 g) Bajo peso al nacer (<2500 g) Muy bajo peso al nacer (<1500 g) Extremadamente bajo peso al nacer (<1000 g)	3
	Tipo de parto	Proceso que comprende en la expulsión del feto. (Fabián y Dávila-Aliaga, 2023)	Tipo de parto descrito en la historia clínica.	Cualitativa Nominal	Vaginal Cesárea	4
	Morbilidad neonatal	Enfermedades o condiciones de salud que afectan a los recién nacidos durante el primer mes de vida. (Chen et al., 2024)	Enfermedades descritas como diagnósticos adicionales en la historia clínica.	Cualitativa Nominal	Ictericia neonatal Sepsis neonatal Asfixia neonatal Hipoglucemia neonatal Cardiopatía congénita Sd. Dificultad respiratoria No	5
	Manifestaciones clínicas	Indicios clínicos observados en el neonato que pueden indicar la presencia de alguna enfermedad o complicación. (INMP-MINSA, 2023)	Signos y síntomas característicos de neonatos con sífilis congénita descritos en la historia clínica.	Cualitativa Nominal	Hepatomegalia Esplenomegalia Rinitis mucopurulenta Lesiones palmo plantares Pseudoparálisis Periostitis Osteocondritis	6

				Alteración hematológica	
APGAR	Evaluación estandarizada del estado del neonato inmediatamente después del nacimiento. (American Academy of Pediatrics, 2023)	Valor mencionado de APGAR al 1" y 5" de nacido, mencionado en la historia clínica	Cualitativa Nominal	Normal (7-10) Depresión moderada (4-6) Depresión severa (0-3)	7
Fallecimiento neonatal	Defunción del recién nacido ocurrida durante el periodo neonatal. (Wozniak et al., 2023)	Fallecimiento del neonato con diagnóstico de sífilis congénita registrado en la historia clínica.	Cualitativa nominal	Sí No	8
Edad materna	Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto. (Fabián y Dávila-Aliaga, 2023)	Edad correspondiente de la madre al momento del parto. Consignado en años.	Cualitativa Ordinal	Adolescente: 12 - 18 años Adecuada: ≥ 18 -35 años Avanzada: ≥ 35	9
Estado civil	Indica la condición de un individuo en relación con el matrimonio. (RAE - ASALE, 2017)	Vínculo afectivo de la madre con el padre, registrado en la historia clínica.	Cualitativa Nominal	Soltera Conviviente Divorciada Casada Viuda	10
Nivel de instrucción	Grado máximo de educación formal que una persona ha completado. (INEI, 2025)	Nivel de instrucción registrado en la historia clínica.	Cualitativa Nominal	Inicial completa Primaria completa Secundaria completa Superior completa	11
Control prenatal	Atención continua y planificada que recibe una mujer durante el embarazo, con el objetivo de monitorear su salud y la del feto, para así, identificar y prevenir riesgos y/o complicaciones. (INMP-MINSA, 2023)	Cantidad de controles pre natales que tuvo la madre, descritos en la historia clínica.	Cualitativa Ordinal	Adecuado: $\geq a 6$ Inadecuado: $< a 6$	12
Momento de diagnóstico	Periodo específico durante el embarazo o el posparto en el que se identifica la infección de sífilis en la madre. (Brizuela et al., 2021)	Periodo en que la madre presentó una prueba rápida treponémica reactiva para sífilis y/o un RPR cuantitativo igual o superior a ocho (8) diluciones.	Cualitativa Ordinal	I trimestre II trimestre III trimestre Intraparto Puerperio	13

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la investigación

3.1.1 Tipo de investigación

El estudio, según su finalidad, fue de tipo descriptivo, ya que analizó las características de las variables para identificar si estaban relacionadas, sin realizar ninguna intervención. Por su enfoque, fue cuantitativo, porque se basó en el análisis estadístico de los datos. En cuanto al tiempo de recolección de la información, fue de tipo transversal, debido a que los datos se obtuvieron en un solo momento. Además, el método utilizado fue documental, ya que la información se recopiló a partir de registros y documentos existentes. Finalmente, según el tiempo de ocurrencia de los hechos, fue retrospectivo, porque se analizaron datos previamente registrados entre los años 2017 y 2025 sobre sífilis congénita, antes de llevar a cabo la investigación.

3.1.2 Nivel de investigación

El estudio fue de nivel descriptivo, porque se centró en describir y detallar los hechos dentro de un contexto específico. Para ello, utilizó herramientas estadísticas que permitieron analizar los datos, y los resultados obtenidos sirvieron para caracterizar a la población estudiada. (Supo, 2024).

Diseño

El diseño fue no experimental, ya que no se manipularon las variables; únicamente se observaron, registraron y analizaron tal como ocurrieron (Villanueva, 2022). Además, fue de tipo transversal, porque la información se recopiló en un solo momento específico (Supo, 2024).

Enfoque de investigación

Fue de enfoque cuantitativo, ya que utilizó mediciones numéricas y métodos estadísticos para analizar los datos. Esto permitió determinar la frecuencia de las características clínico-epidemiológicas en los recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita. (Villanueva, 2022).

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

La población objetivo estuvo conformada por 52 neonatos con diagnóstico de sífilis congénita atendidos en el Hospital Regional de Huacho entre enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2025, según los registros del Departamento de Estadística y los libros de egresos.

Después de aplicar los criterios de selección, la muestra final quedó en 38 neonatos, ya que algunos casos fueron excluidos por tener información incompleta o por no encontrarse la historia clínica correspondiente.

3.2.2 Muestra

Se incluyeron en el estudio los neonatos diagnosticados con sífilis congénita durante el periodo 2017–2025 que cumplieron con los criterios establecidos.

Criterios de inclusión: Neonatos con diagnóstico de sífilis congénita (CIE-10 A50) atendidos en el Servicio de Pediatría–Neonatología del Hospital Regional de Huacho entre 2017 y 2025.

Neonatos cuyas historias clínicas contenían toda la información necesaria para el estudio.

Neonatos con historias clínicas legibles.

Criterios de exclusión:

Neonatos con historias clínicas incompletas.

Neonatos con historias clínicas no legibles.

Neonatos provenientes de partos domiciliarios.

3.3 Técnicas de recolección de datos**3.3.1 Técnicas a emplear**

El estudio, utilizó la observación documental como técnica principal, recolectando datos a partir de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Servicio de Neonatología entre 2017 y 2025, con diagnóstico de sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho, siempre que cumplieran con los criterios de inclusión.

Para acceder a la información, primero se solicitó la lista de pacientes a la Unidad de Estadística e Informática del hospital, además de contar con la autorización de la Dirección y de la Unidad de Apoyo a Docencia e Investigación.

Los datos obtenidos fueron registrados en una ficha de recolección de información diseñada específicamente para el estudio.

En cuanto al instrumento, se utilizó una ficha de recolección de datos (Anexo 1), elaborada de acuerdo con los objetivos de la investigación. Esta ficha permitió recopilar información de cada paciente de manera individual, a partir de las historias clínicas que cumplieran con los criterios establecidos.

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Después de la recolección de datos, la información fue ordenada, organizada y sistematizada en una base de datos elaborada en Microsoft Excel. Luego, los datos fueron procesados y analizados estadísticamente con el programa SPSS versión 25.

Además, se realizó un análisis bivariado exploratorio utilizando tablas de contingencia para relacionar las variables. Para determinar la asociación entre variables categóricas, se aplicó la prueba de Chi cuadrado de Pearson cuando las frecuencias esperadas fueron iguales o mayores a 5 en todas las celdas. En los casos en que no se cumplió este requisito, se utilizó la prueba exacta de Fisher.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Durante el periodo 2017–2025, se identificaron 38 neonatos con diagnóstico de sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho. La información fue recolectada a partir de la revisión de historias clínicas, considerando características clínicas y epidemiológicas.

Respecto a la distribución temporal de los casos, se observó variabilidad en la frecuencia anual de neonatos diagnosticados con sífilis congénita durante el periodo 2017–2025. El mayor número de casos se registró en 2020, con 10 neonatos (26,3%), seguido de 2019 y 2021, con 6 casos cada uno (15,8%). En 2024 y 2025 se reportaron 4 casos por año (10,5%), mientras que en 2017 se identificaron 3 casos (7,9%), en 2018 y 2023 se registraron 2 casos por año (5,3%) y en 2022 se presentó la menor frecuencia, con 1 caso (2,6%).

Tabla 2

Número anual de neonatos diagnosticados con sífilis congénita

Fecha	Frecuencia	Porcentaje
2017	3	7.9%
2018	2	5.3%
2019	6	15.8%
2020	10	26.3%
2021	6	15.8%
2022	1	2.6%
2023	2	5.3%
2024	4	10.5%
2025	4	10.5%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

Características clínicas

a) Sexo

En relación con el sexo, predominó el masculino con 25 casos (65.8%), mientras que el femenino estuvo representado por 13 neonatos (34.2%).

Tabla 3

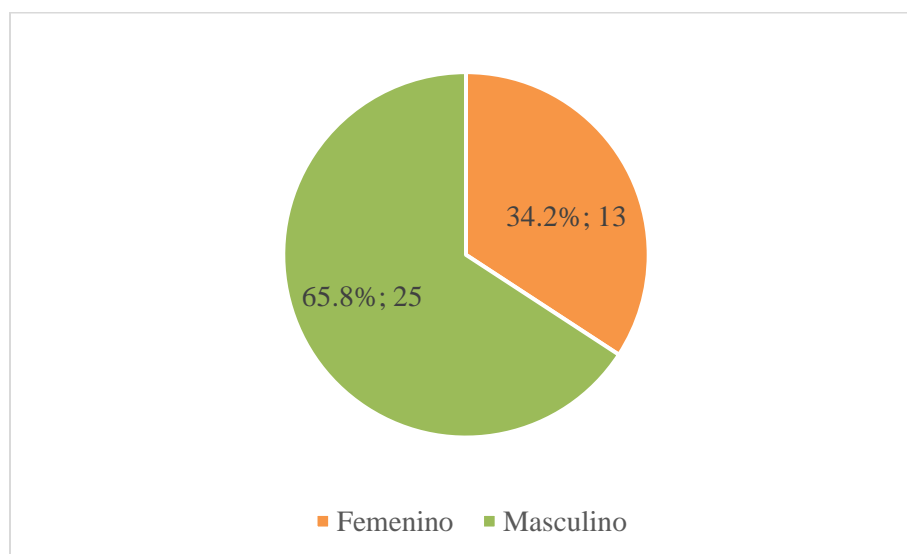
Distribución de frecuencia y porcentaje del sexo de los neonatos

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	13	34.2%
Masculino	25	65.8%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025.

Figura 2

Gráfico de porcentajes del sexo de los neonatos.



Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025.

b) Edad gestacional

En la siguiente distribución se aprecia un predominio de neonatos nacidos a término, entre las 37 y 42 semanas de gestación, con 32 casos (84.2%). En menor proporción se identificaron 6 neonatos pretérmino (15.8%), mientras que no se registraron casos postérminos. Esto mostró que la sífilis congénita se presentó principalmente en recién nacidos con madurez gestacional adecuada.

Tabla 4

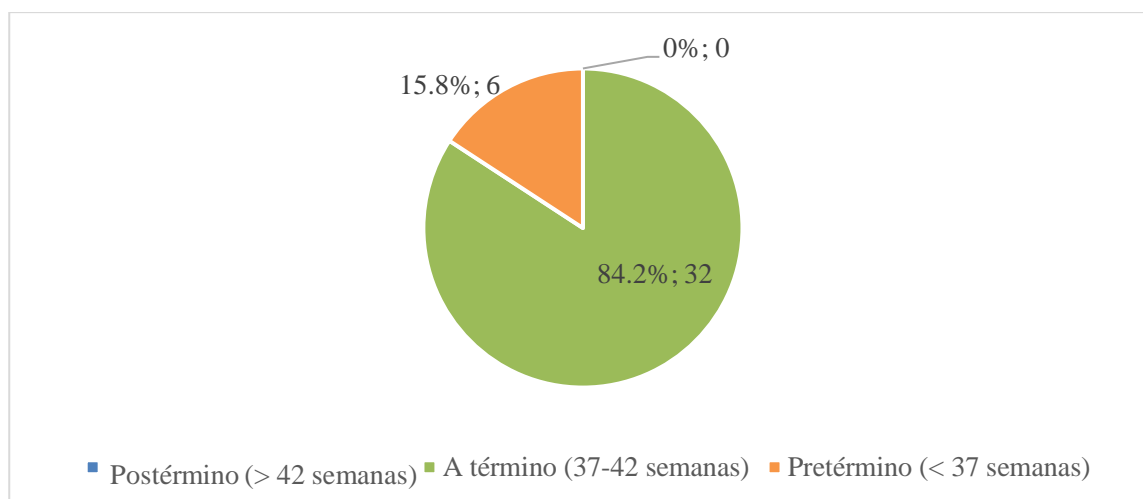
Distribución de frecuencia y porcentaje de la edad gestacional de neonatos

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Postérmino (>42 semanas)	0	0.0%
A término (37-42 semanas)	32	84.2%
Pretérmino (< 37 semanas)	6	15.8%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025.

Figura 3

Gráfico de porcentajes de la edad gestacional de neonatos.



Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025.

c) **Peso al nacer**

De acuerdo con la clasificación del peso al nacer, se observó que 30 neonatos (78.9%) presentaron un peso adecuado, ubicado entre 2500 y 4000 gramos, mientras que 8 casos (21.1%) correspondieron a bajo peso al nacer. No se identificaron recién nacidos con elevado peso, muy bajo peso ni extremadamente bajo peso. Estos hallazgos indicaron que, en la mayoría de los casos, el crecimiento fetal se mantuvo dentro de rangos esperados, aunque existió un grupo importante con compromiso ponderal al nacimiento.

Tabla 5

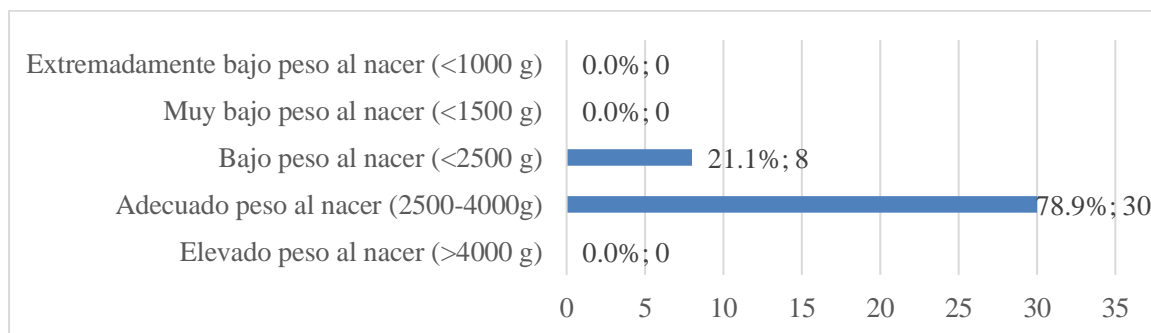
Distribución de frecuencia y porcentaje del peso al nacer de neonatos

Peso al nacer	Frecuencia	Porcentaje
Elevado peso al nacer (>4000 g)	0	0.0%
Adecuado peso al nacer (2500-4000g)	30	78.9%
Bajo peso al nacer (<2500 g)	8	21.1%
Muy bajo peso al nacer (<1500 g)	0	0.0%
Extremadamente bajo peso al nacer (<1000 g)	0	0.0%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025.

Figura 4

Gráfico de porcentajes del peso al nacer de neonatos.



Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025.

d) Tipo de parto

En relación con el tipo de parto, el parto vaginal fue el más frecuente con 21 casos (55,3%), seguido de la cesárea con 17 casos (44,7%). Esta distribución refleja que la vía de culminación del embarazo no presenta diferencias marcadas en relación con la presencia de sífilis congénita, predominando ligeramente el parto vaginal.

Tabla 6

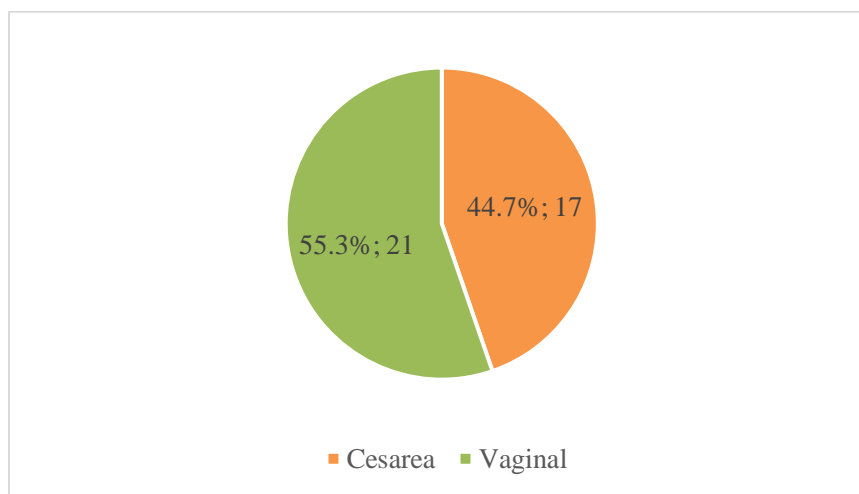
Distribución de frecuencia y porcentaje del tipo de parto en los neonatos

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	17	44.7%
Vaginal	21	55.3%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025.

Figura 5

Gráfico de porcentajes del tipo de parto en los neonatos.



Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025.

e) Morbilidad neonatal

En cuanto a la morbilidad neonatal, la ictericia fue la complicación más frecuente, al presentarse en 35 neonatos (92.1%). Asimismo, la hipoglucemia y el síndrome de dificultad respiratoria se registraron en 8 casos cada uno (21.1%), seguidos de sepsis en 4 casos (10.5%). También se presentaron 3 neonatos fallecidos (7.9%), mientras que la asfixia y la cardiopatía se observaron en 1 caso cada una (2.6%).

Tabla 7

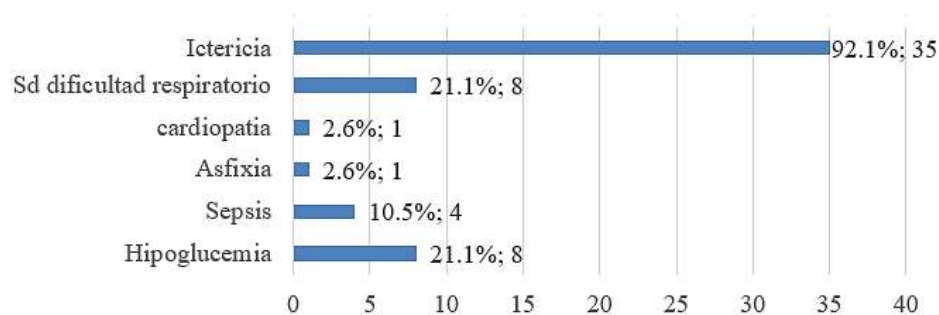
Distribución de frecuencia y porcentaje de morbilidad neonatal

Morbilidad neonatal	Frecuencia	Porcentaje
Hipoglucemia	8	21.1%
Sepsis	4	10.5%
Asfixia	1	2.6%
Cardiopatía	1	2.6%
Sd dificultad respiratorio	8	21.1%
Ictericia	35	92.1%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

Figura 6

Gráfico de porcentajes de morbilidad neonatal.



Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

f) Manifestaciones clínicas

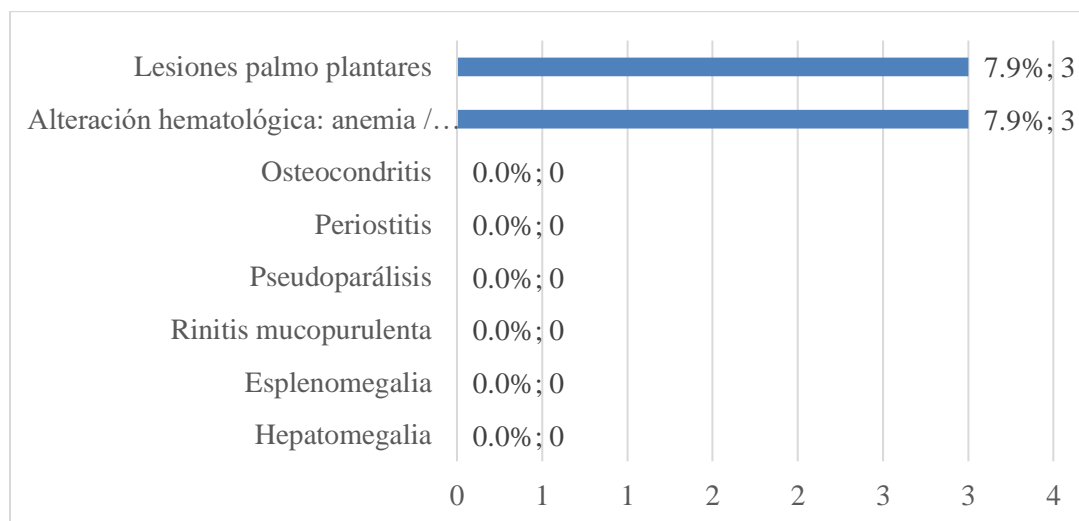
Las manifestaciones clínicas fueron poco frecuentes, predominando neonatos sin signos evidentes. No obstante, en 3 neonatos (7.9%) se observó alteración hematológica, expresada como anemia y/o plaquetopenia, y en otros 3 casos (7.9%) se encontraron lesiones palmo-plantares, consideradas manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita. No se registraron hepatomegalia, esplenomegalia, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, periostitis ni osteocondritis. Este patrón mostró que, aunque existieron manifestaciones sugestivas, la mayoría de los neonatos no presentó signos clínicos evidentes, lo que resalta la dificultad del diagnóstico basado solo en la observación clínica.

Tabla 8

Distribución de frecuencia y porcentaje de manifestaciones clínicas

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Hepatomegalia	0	0.0%
Esplenomegalia	0	0.0%
Rinitis mucopurulenta	0	0.0%
Pseudoparálisis	0	0.0%
Periostitis	0	0.0%
Osteocondritis	0	0.0%
Alteración hematológica: anemia / plaquetopenia	3	7.9%
Lesiones palmo plantares	3	7.9%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

Figura 7*Gráfico de porcentajes de manifestaciones clínicas en neonatos*

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

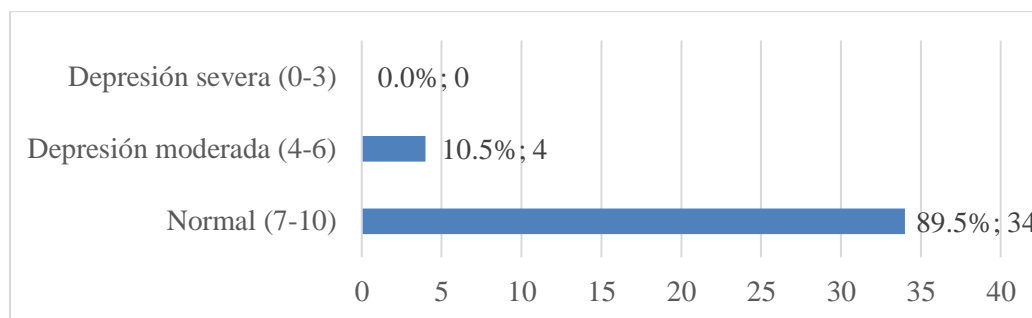
g) Apgar

En la evaluación del APGAR, 34 neonatos (89.5%) obtuvieron puntajes normales entre 7 y 10, mientras que 4 casos (10.5%) presentaron depresión moderada. No se registraron casos de depresión severa. Estos resultados indicaron que, la mayoría de los neonatos mostró una adecuada adaptación inmediata.

Tabla 9*Distribución de frecuencia y porcentaje del Apgar de los neonatos*

APGAR	Frecuencia	Porcentaje
Normal (7-10)	34	89.5%
Depresión moderada (4-6)	4	10.5%
Depresión severa (0-3)	0	0.0%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

Figura 8*Gráfico de porcentajes del Apgar de los neonatos*

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

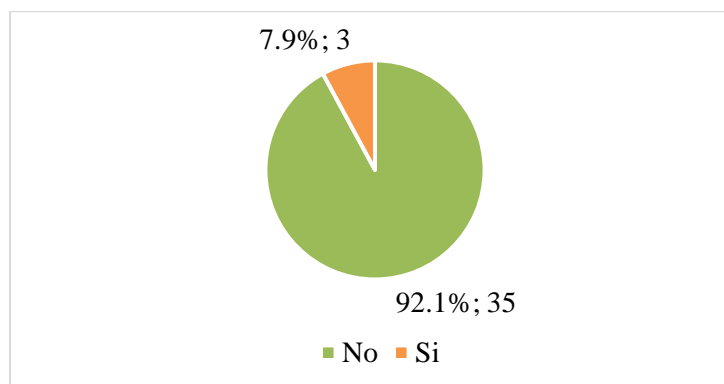
h) Fallecimiento neonatal

En cuanto al fallecimiento neonatal, se registraron 3 casos de muerte dentro de los primeros 28 días de vida, lo que representó el 7.9% del total de neonatos con sífilis congénita, mientras que los 35 neonatos restantes (92.1%) egresó vivo. Este resultado evidencia que, si bien la mortalidad no fue mayoritaria, representó una proporción relevante que refleja la gravedad potencial de la enfermedad cuando no es detectada y tratada oportunamente. Los tres fallecimientos ocurrieron en neonatos que presentaron manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita, lo que sugiere que la presencia de signos clínicos activos constituye un indicador de mayor severidad y peor pronóstico neonatal.

Tabla 10*Distribución de frecuencia y porcentaje de fallecimiento neonatal*

Fallecimiento neonatal	Frecuencia	Porcentaje
No	35	92.10%
Si	3	7.90%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

Figura 9*Gráfico de porcentajes de fallecimiento neonatal*

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

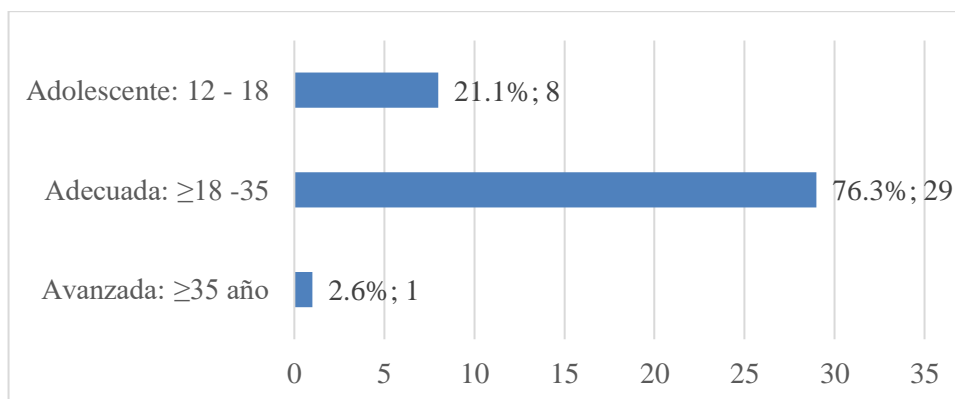
Características epidemiológicas**a) Edad materna**

El grupo predominante fue el de madres entre 18 y 35 años con 29 casos (76,3%), seguida de madres adolescentes con 8 casos (21,1%) y solo 1 caso (2,6%) en edad avanzada. Este patrón indica que la sífilis congénita no se limita a grupos etarios extremos, sino que ocurre principalmente en mujeres en edad reproductiva habitual, aunque con una proporción relevante en adolescentes.

Tabla 11*Distribución de frecuencia y porcentaje de la edad materna*

Edad materna	Frecuencia	Porcentaje
Avanzada: ≥ 35 año	1	2.6%
Adecuada: ≥ 18 -35	29	76.3%
Adolescente: 12 - 18	8	21.1%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

Figura 10*Gráfico de porcentajes de la edad materna*

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

b) Estado civil

Sobre el estado civil, la mayoría de las madres fue conviviente, con 29 casos (76.3%), mientras que 9 casos (23.7%) correspondieron a madres solteras. No se registraron otros estados civiles.

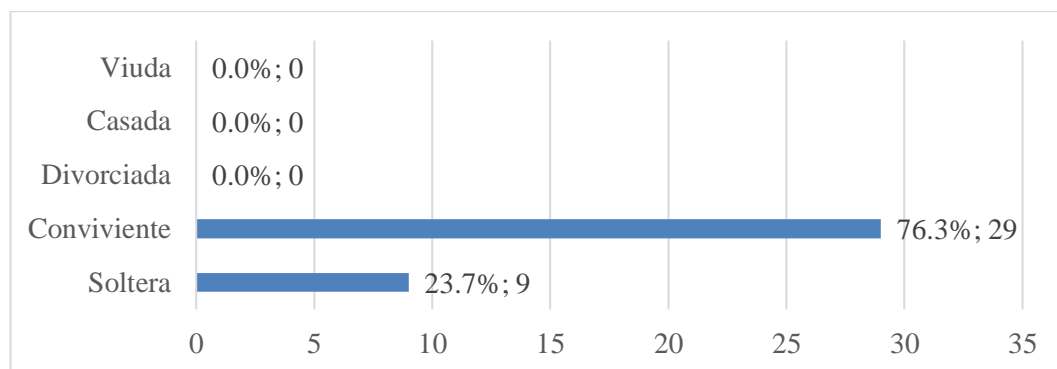
Tabla 12*Distribución de frecuencia y porcentaje de estado civil de las madres*

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	9	23.7%
Conviviente	29	76.3%
Divorciada	0	0.0%
Casada	0	0.0%
Viuda	0	0.0%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

Figura 4

Gráfico de porcentajes del estado civil de las madres.



Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

c) Nivel de instrucción

En relación con el nivel de instrucción, la mayor proporción de madres presentó secundaria completa, con 23 casos (60.5%), seguida de primaria completa con 13 casos (34.2%), y superior completa con 2 casos (5.3%). No se registraron madres con instrucción inicial completa.

Tabla 13

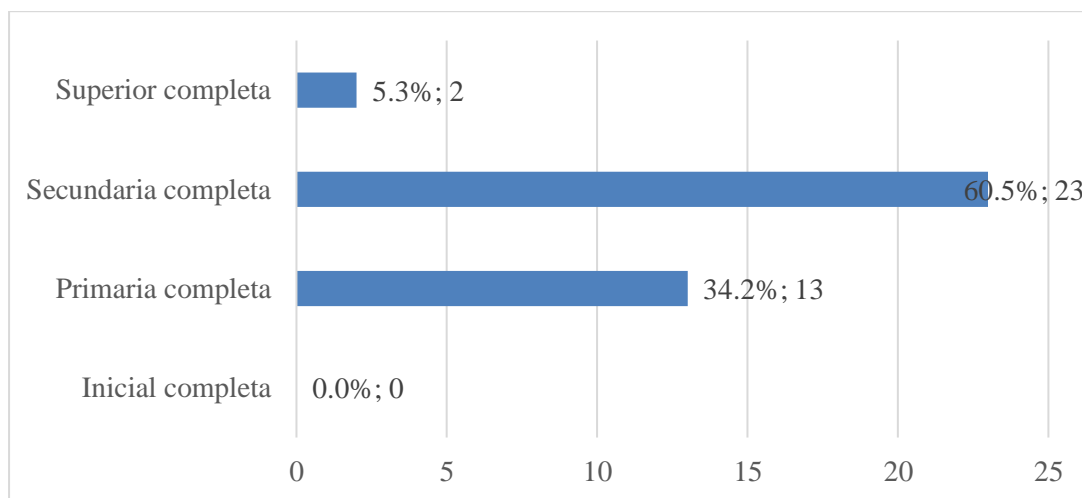
Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de instrucción

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Inicial completa	0	0.0%
Primaria completa	13	34.2%
Secundaria completa	23	60.5%
Superior completa	2	5.3%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

Figura 5

Gráfico de porcentajes del nivel de instrucción de las madres



Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

d) Control prenatal

En relación con el control prenatal, 21 gestantes (55,3%) tuvieron un control adecuado, es decir, seis o más atenciones, mientras que 17 gestantes (44,7%) presentaron un control inadecuado.

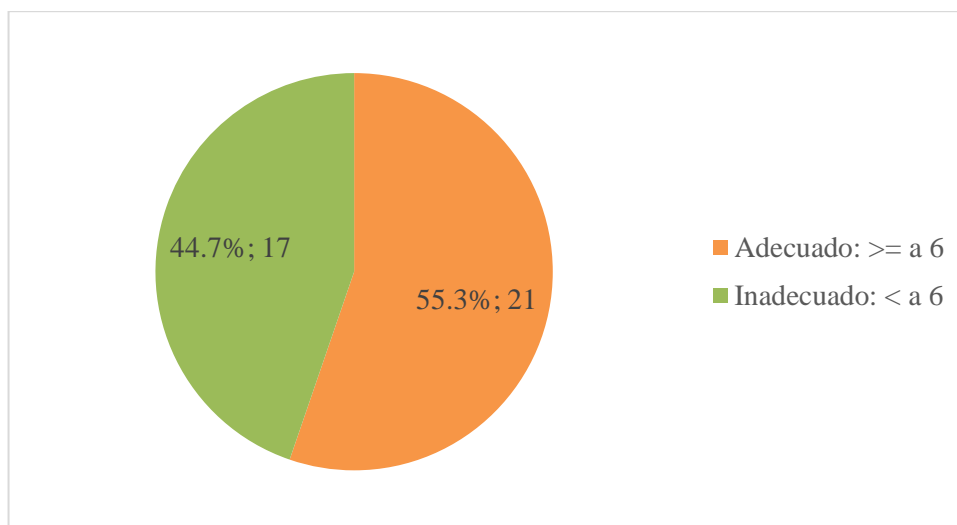
Este resultado evidencia que, a pesar de que más de la mitad accedió a controles adecuados, existe una proporción considerable de gestantes con seguimiento insuficiente, y con ello contribuir al diagnóstico tardío de la enfermedad.

Tabla 14

Distribución de frecuencia y porcentaje del control prenatal de las madres

Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado: \geq a 6	21	55.3%
Inadecuado: $<$ a 6	17	44.7%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

Figura 6*Gráfico de porcentajes del control prenatal de las madres*

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

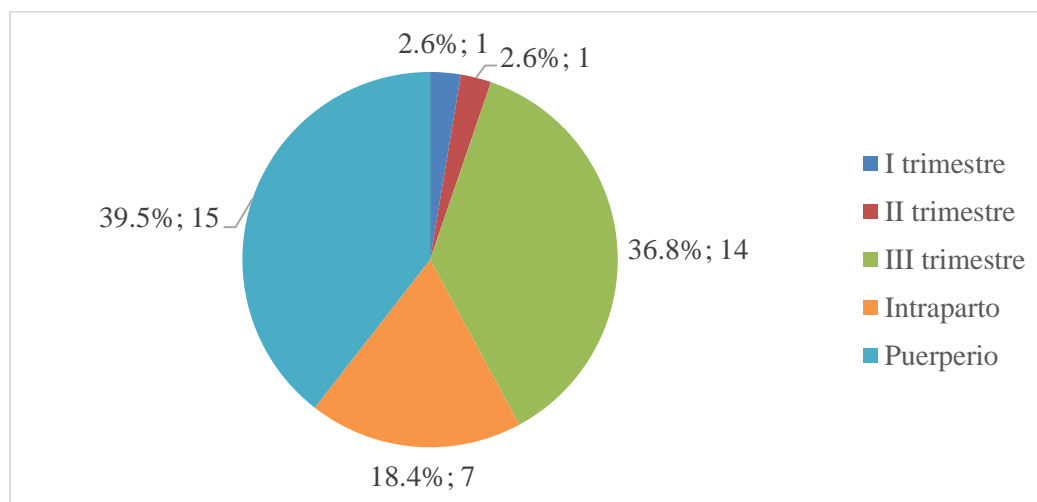
e) Momento del diagnóstico

En cuanto al momento del diagnóstico materno de sífilis, la mayor frecuencia se presentó en el puerperio, con 15 casos (39.5%), seguido del tercer trimestre con 14 casos (36.8%) y del intraparto con 7 casos (18.4%). En menor proporción, el diagnóstico se realizó en el primer y segundo trimestre, con 1 caso cada uno (2.6%). Estos resultados mostraron que en la mayoría de los casos el diagnóstico fue tardío, especialmente después del parto, lo que redujo las posibilidades de intervenir oportunamente para prevenir la transmisión vertical.

Tabla 15*Distribución de frecuencia y porcentaje del momento del diagnóstico*

Momento de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
I trimestre	1	2.6%
II trimestre	1	2.6%
III trimestre	14	36.8%
Intraparto	7	18.4%
Puerperio	15	39.5%
Total	38	100%

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

Figura 7*Gráfico de porcentajes del momento del diagnóstico materno de sífilis*

Fuente: Registros Hospital Regional de Huacho periodo 2017-2025

Análisis bivariado exploratorio**a) Manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el peso al nacer**

Los neonatos con manifestaciones clínicas activas de sífilis congénita presentan mayor afectación sistémica por *T. pallidum*, lo que podría comprometer el crecimiento fetal y traducirse en bajo peso al nacer. Este cruce evalúa si la presencia de manifestaciones clínicas se asocia con déficit ponderal, un indicador objetivo de gravedad neonatal.

Tabla 16

Relación entre las manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el peso al nacer

Manifestaciones clínicas	Bajo peso al nacer					
	Sí		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	4	80.0%	1	20.0%	5	100.0%
No	4	12.1%	29	87.9%	33	100.0%
Total	8	21.1%	30	78.9%	38	100.0%

Nota. Elaborado en base al procesamiento de datos en SPSS.

La **Tabla 16** presenta la relación entre las manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el peso al nacer. Se observó que el 80.0% de los neonatos con manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita presentó bajo peso al nacer, mientras que entre aquellos sin manifestaciones clínicas esta proporción fue de 12.1%. El análisis bivariado exploratorio mediante la prueba exacta de Fisher mostró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 0.004$). Este hallazgo debe interpretarse como una asociación interna de la muestra estudiada.

b) Manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el Apgar alterado

El Apgar mide la vitalidad neonatal inmediata; en neonatos con infección sifilítica activa y manifestaciones clínicas evidentes, se esperaría mayor afectación multiorgánica que podría traducirse en depresión neonatal. Se evalúa si las manifestaciones clínicas se asocian con Apgar alterado.

Tabla 17

Relación entre las manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el Apgar alterado

Manifestaciones clínicas	APGAR alterado					
	Sí		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	3	60.0%	2	40.0%	5	100.0%
No	1	3.0%	32	97.0%	33	100.0%
Total	4	10.5%	34	89.5%	38	100.0%

Nota. Elaborado en base al procesamiento de datos en SPSS.

La **Tabla 17** presenta la relación entre las manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el Apgar alterado. Se observó que el 60.0% de los neonatos con manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita presentó Apgar alterado, mientras que entre aquellos sin manifestaciones clínicas esta proporción fue de 3.0%. El análisis bivariado exploratorio mediante la prueba exacta de Fisher mostró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 0.005$). Este hallazgo debe interpretarse como una asociación interna de la muestra estudiada.

c) Manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y fallecimiento neonatal

Con el propósito de explorar la asociación entre las manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el desenlace más grave, se realizó un análisis bivariado entre ambas variables. Los neonatos fueron clasificados según la presencia o ausencia de manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita, y el desenlace se definió como fallecimiento ocurrido dentro de los primeros 28 días de vida, conforme al registro en la historia clínica.

Tabla 18

Relación entre las manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el fallecimiento neonatal.

Características	Fallecimiento neonatal					
	Sí		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	3	60,0%	2	40,0%	5	100,0%
No	0	0,0%	33	100,0%	33	100,0%
Total	3	7,9%	35	92,1%	38	100,0%

Nota. Elaborado en base al procesamiento de datos en SPSS.

La **Tabla 18** presenta la relación entre las manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita y el fallecimiento neonatal. Se observó que el 60,0% de los neonatos con manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita falleció, mientras que entre aquellos sin manifestaciones clínicas no se registraron fallecimientos. El análisis bivariado exploratorio mediante la prueba exacta de Fisher mostró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 0,001$). Este hallazgo debe interpretarse como una asociación interna de la muestra estudiada.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las características clínico epidemiológicas de neonatos con diagnóstico de sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante el período 2017-2025, institución de referencia de la región Lima Provincias, Perú. Se identificaron 38 neonatos que cumplieron con los criterios de inclusión, lo que permitió describir tanto las características neonatales como el perfil epidemiológico materno asociado.

Durante el período de estudio se registraron 38 casos de sífilis congénita, con variabilidad marcada a lo largo de los años. El año 2020 concentró el mayor número de casos ($n=10$; 26,3%), coincidiendo temporalmente con el inicio de la pandemia por COVID-19. Este pico puede atribuirse a las interrupciones en los servicios de atención prenatal reportadas a nivel nacional e internacional durante ese período. En los años siguientes se observó una disminución relativa, aunque con persistencia de casos hasta 2025, evidenciando que la transmisión vertical de *Treponema pallidum* continúa activa en el ámbito hospitalario local, en consonancia con lo reportado por la PAHO (2024), que estima una incidencia regional de 4,98 casos por cada 1.000 nacidos vivos en el período 2022-2023, cifra muy superior a la meta de eliminación de 0,5 por 1.000 nacidos vivos propuesta para 2025.

En los neonatos estudiados predominó el sexo masculino con 65,8% frente al femenino con 34,2%. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Brizuela et al. (2021) en un hospital general de la provincia de Buenos Aires, Argentina, quienes también observaron un predominio masculino (55%) entre los neonatos con sífilis congénita, con una mediana de edad gestacional de 39 semanas. De igual manera, Fabián y Dávila-Aliaga (2023), en el Instituto Nacional Materno

Perinatal (INMP) de Lima, Perú, reportaron una distribución por sexo similar en su serie, donde el 54,2% correspondió al sexo femenino. Aunque la sífilis congénita no tiene predilección biológica por el sexo en cuanto a la transmisión vertical per se, el predominio masculino observado podría reflejar la distribución natural del sexo en las poblaciones neonatales estudiadas, siendo necesario evaluar esta variable en series más amplias para establecer si existe asociación estadísticamente significativa.

La mayoría de los neonatos nació a término, entre las 37 y 42 semanas de gestación (84,2%), mientras que el 15,8% correspondió a recién nacidos pretérminos. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Figueroa y Munayco (2022), quienes en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú, reportaron que la mayoría de los nacimientos fue a término (78,1%) con una proporción de prematuridad del 18,8%. De manera similar, Osorio-Guzmán et al. (2020), en una serie de casos en México, reportaron una edad gestacional promedio de 38 semanas. En contraste, Chucos (2018) encontró una tasa de prematuridad del 10,9% en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) de Lima, Perú, valor inferior al del presente estudio. La prematuridad en la sífilis congénita es reconocida como un resultado perinatal adverso frecuente, vinculado a la respuesta inflamatoria fetal y al daño placentario por *T. pallidum* (da Silva et al., 2024, Brasil). El predominio de nacimientos a término en nuestra serie podría reflejar que muchos casos correspondieron a neonatos asintomáticos diagnosticados por criterio epidemiológico materno más que por enfermedad clínica severa.

El 78,9% de los neonatos presentó peso adecuado al nacer (2.500-4.000 g), mientras que el 21,1% tuvo bajo peso al nacer (< 2.500 g). Estos datos son coherentes con lo reportado por Figueroa y Munayco (2022) en Ica, Perú, quienes encontraron un 84,4% con peso adecuado y 15,6% con bajo peso, y con el estudio de Fabián y Dávila-Aliaga (2023) en el INMP, Lima, Perú,

que documentó bajo peso al nacer en el 18,7% de los neonatos con sífilis congénita, identificando además esta condición como el factor más fuertemente asociado a sífilis congénita sintomática. En esta misma línea, Gulersen et al. (2023) en Estados Unidos, mediante regresión logística multivariable sobre 17.408 neonatos hijos de madres con sífilis, reportaron que los neonatos con diagnóstico confirmado de sífilis congénita presentaban significativamente mayor frecuencia de bajo peso al nacer. La proporción hallada en la presente serie refuerza la necesidad de una evaluación serológica dirigida en neonatos que presenten esta condición.

El parto vaginal predominó con 55,3% frente a la cesárea con 44,7%. Este hallazgo es similar al reportado por Fabián y Dávila-Aliaga (2023) en el INMP, Lima, Perú, quienes documentaron un 51,4% de partos vaginales en su muestra, y al de Figueroa y Munayco (2022) en Ica, Perú, con 62,5% de partos por vía vaginal. La distribución observada sugiere que la indicación de cesárea no estuvo determinada exclusivamente por el diagnóstico de sífilis, sino por otras indicaciones obstétricas independientes. Es importante destacar que, a diferencia de otras infecciones de transmisión vertical como el VIH, la sífilis congénita no tiene en la cesárea una medida preventiva reconocida, dado que la transmisión ocurre principalmente por vía hematogena transplacentaria durante la gestación y no durante el parto (Stafford et al., 2024, Estados Unidos).

Las manifestaciones clínicas específicas de sífilis congénita fueron notablemente escasas en la serie estudiada. Solo se documentaron alteraciones hematológicas (anemia y/o plaquetopenia) y lesiones palmo-plantares, ambas en un 7,9% de los casos. No se registraron hepatomegalia, esplenomegalia, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, periostitis ni osteocondritis. Este patrón contrasta marcadamente con lo reportado por Osorio-Guzmán et al. (2020) en México, quienes, en una serie de seis casos con diagnóstico confirmado, observaron hepatoesplenomegalia en cinco de ellos (83,3%), descamación en la totalidad (100%), y

alteraciones óseas y de la biometría hemática en dos pacientes (33,3%). Esta diferencia puede explicarse porque la baja tasa de manifestaciones clínicas en el presente estudio refleja que la mayoría de los diagnósticos se basaron en criterios serológicos y epidemiológicos maternos (sífilis congénita probable según los escenarios del CDC) más que en enfermedad clínicamente evidente. Esta presentación subclínica es bien reconocida en la literatura: se estima que entre el 60 y el 70% de los neonatos con sífilis congénita son asintomáticos al nacimiento (Sankaran et al., 2023, Estados Unidos), lo que subraya la importancia del tamizaje sistemático en todos los neonatos de madres con diagnóstico de sífilis, independientemente de la presencia de signos clínicos.

La ictericia fue la complicación neonatal más frecuente, presentándose en 35 casos (92,1%). Esta proporción resulta notablemente elevada, aunque es importante considerar que la ictericia neonatal tiene alta prevalencia en la población general de neonatos hospitalizados, lo que limita su especificidad como marcador exclusivo de sífilis congénita. Sin embargo, cuando se presenta en el contexto serológico descrito, puede reflejar el compromiso hepático asociado a la infección treponémica. Estos resultados contrastan con lo reportado por Fabián y Dávila- Aliaga (2023) en el INMP, Lima, Perú, quienes reportaron ictericia en apenas el 8,9% de los neonatos con sífilis congénita; diferencia que podría explicarse por el diseño de casos y controles de dicho estudio, que incluyó neonatos con y sin manifestaciones clínicas. De forma similar, Rocha et al. (2024) en Brasil, sobre 199 recién nacidos con signos sugestivos de sífilis congénita, reportaron ictericia con requerimiento de fototerapia en el 58,3% de los casos, proporción también inferior a la observada en la presente serie, lo que refuerza la hipótesis de que la elevada frecuencia de ictericia en nuestra muestra refleja en gran medida comorbilidad neonatal inespecífica y no exclusivamente compromiso treponémico. La hipoglucemia y el síndrome de dificultad respiratoria se registraron en 8 casos cada uno (21,1%), hallazgos asociables tanto a la

prematuridad como al estado general del neonato. La sepsis se presentó en 4 casos (10,5%), mientras que la asfixia y la cardiopatía se registraron en 1 caso cada una (2,6%).

En relación al fallecimiento neonatal, se registraron 3 casos (7,9%), mientras que el 92,1% de los neonatos egresó con vida. Esta proporción de mortalidad es superior a la reportada por Chucos (2018) en el HNHU, Lima, Perú (0,03%), pero inferior a la descrita por Brizuela et al. (2021) en Buenos Aires, Argentina, quienes documentaron una mortalidad del 15% en los 13 neonatos con diagnóstico confirmado de sífilis congénita (2 fallecidos), con una mortalidad general de 2,3% en toda su serie de 87 pacientes. Es relevante señalar que todos los fallecimientos ocurrieron en neonatos que presentaron manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita, evidenciando un patrón de mayor severidad en este grupo. Wozniak et al. (2023) en Estados Unidos subrayan que la mortalidad por sífilis congénita, aunque variable según el nivel de atención y el momento del diagnóstico, se concentra sistemáticamente en las formas sintomáticas de la enfermedad.

Los resultados del análisis bivariado exploratorio (Tablas 16, 17 y 18) conforman un patrón coherente: las manifestaciones clínicas activas de sífilis congénita constituyeron el marcador de mayor gravedad neonatal inmediata en la serie estudiada, asociándose de forma estadísticamente significativa con bajo peso al nacer, depresión neonatal y mortalidad.

Respecto a la relación entre manifestaciones clínicas y peso al nacer, se encontró que el 80,0% de los neonatos con manifestaciones clínicas presentó bajo peso al nacer, frente al 12,1% de aquellos sin manifestaciones, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,004$).

Este hallazgo es consistente con lo reportado por Fabián y Dávila-Aliaga (2023) en el INMP, Lima, Perú, quienes mediante análisis bivariado identificaron una asociación significativa entre la sífilis congénita sintomática y el bajo peso al nacer en el 18,7% de sus neonatos, siendo

este el factor más fuertemente asociado. En el ámbito internacional, Rocha et al. (2024) en Brasil reportaron que el 43,7% de los neonatos con signos de sífilis congénita presentó bajo peso al nacer, con una probabilidad 3,7 veces mayor de nacer con signos de sífilis en hijos de madres no tratadas ($p = 0,001$). Gulersen et al. (2023) en Estados Unidos, mediante regresión logística multivariable sobre 17.408 neonatos hijos de madres con sífilis, reportaron que dicha infección se asoció con mayor riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro antes de las 37 semanas y malformaciones congénitas. La afectación sistémica activa por *T. pallidum* compromete el crecimiento fetal y la función placentaria, explicando el déficit ponderal al nacer en los neonatos sintomáticos.

En cuanto a la relación entre manifestaciones clínicas y puntuación de Apgar, se observó que el 60,0% de los neonatos con manifestaciones clínicas presentó Apgar alterado (4-6), frente al 3,0% de aquellos sin manifestaciones, diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p = 0,005$). Este resultado es concordante con los hallazgos de Gulersen et al. (2023) en Estados Unidos, quienes mediante regresión logística multivariable reportaron que la sífilis materna se asoció significativamente con puntuaciones bajas de Apgar a los 5 minutos, así como con mayor riesgo de ventilación inmediata e ingreso a UCI neonatal, con lo descrito por Sankaran et al. (2023) en Estados Unidos, quienes señalan que los neonatos sintomáticos presentan mayor compromiso multiorgánico inmediato, y con lo reportado por Chucos (2018) en el HNHU, Lima, Perú, quien reportó que solo el 3,1% de su serie presentó Apgar de 0-3, evidenciando que la depresión neonatal severa, aunque infrecuente, se concentra en los casos con mayor compromiso clínico. La presencia de manifestaciones clínicas activas constituye, por tanto, un predictor de depresión neonatal que justifica la clasificación de estos neonatos como de alto riesgo y su derivación a cuidados intensivos.

Finalmente, la relación entre manifestaciones clínicas y fallecimiento neonatal mostró la asociación más significativa de la serie: el 60,0% de los neonatos con manifestaciones clínicas (3 de 5) falleció, mientras que no se registraron fallecimientos en el grupo sin manifestaciones clínicas ($p = 0,001$). Este hallazgo es coherente con la literatura disponible. Osorio-Guzmán et al. (2020) en México, en una serie de 6 casos con sífilis congénita confirmada, reportaron que 1 de los 6 neonatos (16,7%) falleció, y que los casos con mayor expresión clínica concentraron las formas más graves. Brizuela et al. (2021) en la provincia de Buenos Aires, Argentina, documentaron una mortalidad del 15% entre los 13 neonatos con diagnóstico confirmado de sífilis congénita (2 fallecidos), con una mortalidad general de 2,3% en toda su serie de 87 pacientes. En el ámbito de mayor escala, Wozniak et al. (2023) en Estados Unidos, en una cohorte prospectiva de 191 casos confirmados de sífilis congénita, reportaron una tasa de letalidad del 31% (59 fallecidos), de los cuales el 90% correspondió a mortinatos y el 10% a fallecimientos en el período neonatal, concluyendo que la mortalidad se concentra en los casos con mayor carga de infección activa. La dirección y magnitud de la asociación observada en la presente serie, aunque exploratoria, es clínicamente inequívoca y justifica la realización de estudios multicéntricos con muestras de mayor tamaño para confirmar estas asociaciones con mayor potencia estadística.

El grupo predominante correspondió a madres entre 18 y 35 años (76,3%). Las madres adolescentes constituyeron un 21,1% de la muestra, proporción relevante que concuerda con lo señalado por Valencia-Correa et al. (2025) en Medellín, Colombia, quienes en una muestra de 71 recién nacidos con sífilis congénita reportaron que el 58,1% de las madres eran menores de 26 años y el 18,1% tenía 18 años o menos, destacando el mayor riesgo de sífilis gestacional en mujeres jóvenes dado el inicio temprano de actividad sexual, el acceso limitado a educación en salud sexual y las barreras para la atención prenatal. El estudio de Fabián y Dávila-Aliaga (2023)

en el INMP, Lima, Perú, reportó que el 64,02% de las madres tenía entre 20 y 35 años, hallazgo coherente con nuestra serie. De forma similar, Figueroa y Munayco (2022) en el Hospital Santa María del Socorro, Ica, Perú, encontraron que el 59,4% de las puérperas tenía entre 20 y 34 años, y Chucos (2018) en el HNHU, Lima, Perú, reportó que el 65,6% de las madres con sífilis tenía entre 20 y 35 años. Estos datos, en conjunto, apuntan de forma consistente a las mujeres en edad reproductiva habitual como el grupo más afectado, reafirmando la necesidad de un tamizaje universal desde el primer contacto prenatal.

La condición de conviviente fue la más prevalente con un 76,3% de los casos, seguida de madres solteras en el 23,7%. Este patrón es coherente con estudios similares realizados en el país: Chucos (2018) en el HNHU, Lima, Perú, reportó que el 76,6% de las madres convivía con su pareja, e Illanes (2022) en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú, encontró un 66% de convivientes en su serie. La unión conviviente, en el contexto peruano, puede asociarse con vínculos de pareja menos formalizados y menor control de la conducta sexual del cónyuge, lo que eleva el riesgo de reinfección durante la gestación cuando el tratamiento de la pareja sexual no se garantiza de manera sistemática. En la presente serie, no se pudo obtener información sobre el tratamiento de la pareja en las historias clínicas revisadas, limitación que se alinea con lo reportado por Illanes (2022) en Tacna, Perú, quien señaló la ausencia de registro del tratamiento de pareja en el 91% de sus casos.

La mayoría de las madres tenía secundaria completa (60,5%), seguida de primaria completa (34,2%) y solo un 5,3% contó con educación superior. La ausencia de instrucción superior como factor protector predominante en nuestra serie es consistente con lo reportado por Fabián y Dávila-Aliaga (2023) en el INMP, Lima, Perú, quienes encontraron que el 82,71% de las madres de neonatos con sífilis congénita tenía educación hasta nivel secundario. En el mismo sentido,

Uriondo (2024) en tres centros del primer nivel de atención de Ica, Perú, encontró que el 63% de las gestantes con sífilis solo tenía secundaria completa, identificando el nivel de educación como factor de riesgo con asociación estadísticamente significativa ($p = 0,0042$). El bajo nivel educativo limita el conocimiento sobre prevención, el reconocimiento de síntomas y la adherencia al seguimiento prenatal, constituyendo una barrera estructural para el diagnóstico y tratamiento oportunos.

El 55,3% de las gestantes tuvo un control prenatal adecuado (≥ 6 atenciones), mientras que el 44,7% presentó control prenatal inadecuado (< 6 atenciones). Este resultado revela que casi la mitad de las madres no cumplió con el número mínimo de controles establecido por el MINSA, aunque incluso aquellas con control prenatal aparentemente adecuado desarrollaron neonatos con sífilis congénita, lo que sugiere que el número de controles, por sí solo, no es suficiente si no se acompaña de tamizaje serológico oportuno y tratamiento completo. El hallazgo contrasta con el estudio de Chucos (2018) en el HNHU, Lima, Perú, donde el 82,81% de las madres no recibió control prenatal, y con el de Uriondo (2024) en Ica, Perú, donde el 40% presentó controles inadecuados (menos de 4 atenciones). En la presente serie, la presencia de casos entre gestantes con control prenatal formalmente adecuado refuerza la hipótesis de que las fallas no radican exclusivamente en la asistencia, sino también en la calidad del tamizaje, el momento del diagnóstico y la adherencia al tratamiento.

El diagnóstico materno de sífilis se realizó predominantemente en el puerperio (39,5%) y en el tercer trimestre del embarazo (36,8%), seguido del intraparto (18,4%). Solo el 5,2% de los casos fue detectado en el primer o segundo trimestre. Este patrón de diagnóstico tardío es uno de los hallazgos más alarmantes del estudio, ya que indica que en la mayoría de los casos no se logró una ventana terapéutica suficiente para prevenir la transmisión vertical. Figueroa y Munayco

(2022) en el Hospital Santa María del Socorro, Ica, Perú, reportaron que el 56,3% de sus casos fue diagnosticado en el tercer trimestre, proporción superior al 36,8% de nuestra serie; sin embargo, si se suman el intraparto (18,4%) y el puerperio (39,5%), el patrón de diagnóstico tardío en ambos estudios es igualmente crítico. Valencia-Correa et al. (2025) en Medellín, Colombia, encontraron que en el 59% de su muestra el diagnóstico se estableció en el tercer trimestre, cifra comparable con la de Figueroa y Munayco (2022) y superior a la del presente estudio cuando se analiza ese trimestre de forma aislada. Shimizu et al. (2025) en Japón, mediante estudio de cohorte retrospectivo nacional que incluyó 230 gestantes con sífilis, identificaron que el tratamiento materno incompleto con más de 4 semanas antes del parto fue el factor de riesgo más significativo para sífilis congénita ($p = 0,02$), señalando que el diagnóstico tardío es el principal determinante de esta brecha terapéutica. Estos resultados señalan una brecha crítica en el sistema de tamizaje prenatal precoz que debe abordarse mediante la incorporación universal de la prueba rápida treponémica en la primera atención prenatal y su repetición en el tercer trimestre.

El presente estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo y documental. La pérdida de 14 casos de la población inicial (52 registrados, 38 incluidos) por datos incompletos o historias clínicas no localizadas podría introducir un sesgo de selección que limite la representatividad de los hallazgos. Asimismo, la ausencia de registro sobre el tratamiento de la pareja sexual, el cumplimiento del tratamiento materno y los resultados de pruebas serológicas neonatales en varias historias clínicas constituyen limitaciones importantes en la caracterización completa del perfil epidemiológico. A pesar de ello, los resultados obtenidos representan la primera evidencia local sistematizada sobre sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho y aportan información clínicamente valiosa para la toma de decisiones institucionales.

En síntesis, los hallazgos del presente estudio reflejan un patrón de sífilis congénita predominantemente subclínico, con una alta frecuencia de ictericia neonatal como complicación asociada y un perfil epidemiológico materno caracterizado por madres en edad reproductiva habitual, en unión conviviente, con nivel educativo secundario, control prenatal tardío o insuficiente y diagnóstico de sífilis realizado mayoritariamente en el tercer trimestre o el puerperio. Estos resultados son consistentes con la literatura nacional e internacional y señalan la urgente necesidad de fortalecer las estrategias de tamizaje prenatal precoz, tratamiento oportuno y seguimiento neonatal sistemático en el Hospital Regional de Huacho.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- La sífilis congénita mantuvo una presencia sostenida en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2017–2025, con una concentración máxima de casos en el año 2020 (26,3%), período coincidente con la pandemia por COVID-19. Este hallazgo evidencia la vulnerabilidad estructural del sistema de vigilancia epidemiológica ante escenarios de emergencia sanitaria, en los cuales la priorización de recursos hacia la atención de la patología prevalente compromete la continuidad del tamizaje prenatal y otros programas de salud materno-neonatal.
- La mayoría de los neonatos con sífilis congénita nacieron a término (84.2%), con peso adecuado (78.9%) y puntuación de Apgar normal (89.5%), lo que indica que la enfermedad puede cursar sin signos evidentes al nacimiento, esto no descarta la aparición de complicaciones posteriores, por lo que se resalta la importancia de una vigilancia continua.
- La ictericia neonatal constituyó la complicación más frecuente, seguida de hipoglucemia, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis y fallecimiento. Además, las manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita se observaron conjuntamente con desenlaces neonatales de mayor gravedad, especialmente bajo peso al nacer, Apgar alterado y muerte neonatal.
- Las manifestaciones clínicas específicas de sífilis congénita, incluyendo alteraciones hematológicas y lesiones palmo-plantares, se registraron únicamente en el 7,9% de los casos. Este patrón mayoritariamente asintomático determina que el diagnóstico clínico aislado carece de sensibilidad suficiente, siendo

imprescindible su integración con los resultados serológicos maternos y neonatales, los antecedentes obstétricos y los criterios epidemiológicos establecidos por la normativa vigente del MINSA.

- El perfil de las gestantes afectadas correspondió predominantemente a mujeres en edad reproductiva activa (18–35 años, 76,3%), con unión convivencial (76,3%) y nivel educativo secundario (60,5%). La distribución de estas características en la población general indica que la sífilis congénita no se circunscribe a grupos con vulnerabilidad social.
- El 44,7% de las gestantes presentó un control prenatal insuficiente (menos de seis atenciones); no obstante, la ocurrencia de casos entre quienes completaron el número mínimo recomendado evidencia que la frecuencia de los controles no garantiza por sí sola la prevención de la transmisión vertical. La calidad del tamizaje serológico en cada atención, su interpretación oportuna y el inicio precoz del tratamiento constituyen los determinantes críticos del resultado perinatal.
- El diagnóstico materno de sífilis se realizó predominantemente durante el puerperio (39,5%) y el tercer trimestre del embarazo (36,8%), registrándose detección en el primer trimestre en apenas el 5,2% de los casos. Esta brecha diagnóstica refleja una falla estructural en el tamizaje prenatal precoz que restringe severamente la ventana terapéutica disponible para prevenir la transmisión vertical.

6.2 Recomendaciones

- Promover la captación temprana de gestantes y el cumplimiento de los controles prenatales desde el inicio del embarazo, con el fin de favorecer el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

- Incorporar de manera sistemática el tratamiento de la pareja sexual como componente esencial del manejo integral de la gestante con sífilis, registrando su cumplimiento en la historia clínica, con el fin de reducir el riesgo de reinfección y fortalecer la continuidad terapéutica.
- Mantener una vigilancia clínica y diagnóstica estricta en los neonatos expuestos a sífilis materna, aun cuando no presenten manifestaciones clínicas específicas, debido a la posibilidad de evolución subclínica.
- Optimizar el diagnóstico de los neonatos con sospecha de sífilis congénita mediante una evaluación clínica, epidemiológica y serológica integral, con el fin de favorecer una adecuada clasificación diagnóstica y disminuir el riesgo de sobrediagnóstico.
- Fortalecer la capacitación del personal de salud en el correcto y completo llenado de la ficha epidemiológica de sífilis gestacional y congénita para la identificación, registro y seguimiento de los casos, a fin de optimizar la atención integral y la respuesta institucional.
- Fortalecer el registro de la información en las historias clínicas maternas y neonatales, consignando de manera precisa y legible la información para facilitar la vigilancia epidemiológica, el análisis de los casos y el desarrollo de futuras investigaciones.
- Promover nuevas investigaciones sobre sífilis congénita en el ámbito hospitalario y regional, orientadas a profundizar en sus determinantes, características clínicas y epidemiológicas.

CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1 Fuentes documentales

Arcos Viscarra. (2025). Caracterización epidemiológica y factores de riesgo para sífilis congénita en el noreste de México: Un estudio de casos y controles 2016-2024 [Tesis, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <https://epri/8nts.uanl/mx/30/35/>

Chucos Urcuhuaranga, G. R. (2018). Seroprevalencia de Sífilis congénita y factores asociados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.2010-2017. Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20/500.13084/1695>

Figueroa Malpartida, F. J., & Munayco López, M. G. (2022). Caracterización de puérperas con sífilis durante el embarazo, atendidas en el hospital Santa María del Socorro, 2020 y 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.145/97/48/75>

Illanes Silva, J. D. (2022). Perfil epidemiológico de sífilis gestacional en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016 al 2022. Universidad Privada de Tacna. <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/256/6>

Uriondo Oré, V. D. E. (2024). Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en tres centros del primer nivel de atención en la provincia de Ica en el año 2022. <https://hdl.handle.net/20.500813028/49832>

Valencia-Correa, M., Hoyos-Orrego, Á., & Franco-Hincapié, L. (2025). Caracterización de la sífilis gestacional y congénita en una clínica universitaria de Medellín, Colombia. *Medicina U.P.B.*, 44(1), 40-50. <https://www.redalyc.org/journal/1590/1590/81245009/html/>

7.2 Fuentes bibliográficas

Elío-Calvo, D. (2021). Pensamiento filosófico y medicina. Cuadernos Hospital de Clínicas, 62(1), 101-111. <https://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci/abstract&pid=S/1652-677620210/00100015&lng=/es&nrm=is/&tlng=es>

Supo Condori, J. A. (2024). Metodología de la Investigación Científica (4ta Edición). Bioestadístico EEDU.

Villanueva Couoh, F. J. (2022). Metodología de la Investigación. Klik soluciones educativas. (Obra original publicada en 2022)

7.3 Fuentes hemerográficas

Buonsenso, D., Raffaelli, F., Camporesi, A., Fiori, B., Ricci, R., Romano, L., De Santis, M., Vento, G., Torti, C., Tamburrini, E., & Valentini, P. (2025). Neonatal outcomes of mothers with syphilis during pregnancy: A retrospective single center experience. *Children*, 12(3), 307. <https://doi.org/10.3390/children/12030307>

Salomè, S., Cambriglia, M. D., Montesano, G., Capasso, L., & Raimondi, F. (2024). Congenital syphilis: A re-emerging but preventable infection. *Pathogens*, 13(6), 481. <https://doi.org/10.3390/patho/gens13060/481>

Gilmour, L. S., & Walls, T. (2023). Congenital syphilis: A review of global epidemiology. *Clinical Microbiology Reviews*, 36(2), e00126-22. <https://doi.org/10.1128/cmr.00126-22>

Wozniak, P. S., Cantey, J. B., Zeray, F., Leos, N. K., Michelow, I. C., Sheffield, J. S., Wendel, G. D., & Sánchez, P. J. (2023). The mortality of congenital syphilis. *The Journal of Pediatrics*, 263, 113650. doi:10.1016/j.jpeds.2023.113650

Brizuela et al. (2021). Características clínicas de recién nacidos con sífilis congénita durante 2018 y 2019 en un Hospital General de la provincia de Buenos Aires. <https://infectologia.info/abstracts/características/clinicas-de-recien/nacidos/con->

sifilis-congenita/durante-2018/y/2019-en/un/hospital/general/de/la/provincia/de-buenos/aires/

- Carcamo, C., Velasquez, C., Rocha, S., Centurion-Lara, A., Lopez-Torres, L., & Parveen, N. (2024). Sociodemographic and clinical characteristics associated with maternal and congenital syphilis A prospective study in Peru. *International Journal of Infectious Diseases*, 143. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.20/24.1070/41>
- Chen, H.-Y., Klausner, J. D., & Stafford, I. A. (2024). Congenital Syphilis in Live Births: Adverse Outcomes, Hospital Length of Stay, and Costs. *Obstetrics and Gynecology*, 144(2), 207-214. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005642>
- da Silva, H. B. M., de Cássia Ribeiro-Silva, R., Junior, E. P. P., Barreto, M. L., Paixão, E. S., & Ichihara, M. Y. (2024). Syphilis in pregnancy and adverse birth outcomes: A nationwide longitudinal study in Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 166(1), 80-89. <https://doi.org/10.1002/ijg/o.155/61>
- Daniels, E., Atkinson, A., Cardoza, N., Ramakrishnan, A., Willers, D., & Reno, H. (2024). Social Factors Associated With Congenital Syphilis in Missouri. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 79(3), 744-750. <https://doi.org/10.1093/cid/ciae/260>
- Eallonardo, S. J., & Freitag, N. E. (2024). Crossing the Barrier: A Comparative Study of *Listeria monocytogenes* and *Treponema pallidum* in Placental Invasion. *Cells*, 13(1), 88. <https://doi.org/10.33//90/cell/s130100/88>
- Fabián Pizarro, C., & Dávila-Aliaga, C. R. (2023). Factores asociados a sífilis congénita en recién nacidos del Institución Nacional Materno Perinatal, 2018-2021. *Revista Peruana de*

Investigación Materno Perinatal, 12(3), 30-38. [https://doi.org/ 10.3/3421/inm/p.202/3363](https://doi.org/10.3/3421/inm/p.202/3363)

Gao, J., Chen, X., Yang, M., Wu, Y., Liang, T., Li, H., & Xie, W. (2023). Adverse pregnancy outcomes and associated risk factors among pregnant women with syphilis during 2013–2018 in Hunan, China. *Frontiers in Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fme/d.2023.1207/248>

Gulersen, M., Lenchner, E., Eliner, Y., Grunebaum, A., Johnson, L., Chervenak, F. A., & Bornstein, E. (2023). Risk factors and adverse outcomes associated with syphilis infection during pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 5(6), 100957. <https://doi.org/10.1016/j.ajo/gmf.2023.10/0957>

Haro Sarango, A. F., Chisag Pallmay, E. R., Ruiz Sarzosa, J. P., & Caicedo Pozo, J. E. (2024). Tipos y clasificación de las investigaciones. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2). <https://doi.org/10.56712/latam.v/5i2.1927>

Jiraporn Luengmettakul. (2025). Incidence of Congenital Syphilis and Adverse Pregnancy Outcomes among Syphilitic Pregnant Women According to the Treatment Adequacy in Tertiary Care Hospital, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 108(1), 9-16. <https://doi.org/10.35755/jmedas/socthai.2025.1.9-16-01/174>

LaFond, R. E., & Lukehart, S. A. (2006). Biological Basis for Syphilis. *Clinical Microbiology Reviews*, 19(1), 29-49. <https://doi.org/10.1128/CM/R.19.1.29-49.2/006>

Li, W., Yuan, W., Huang, S., Zou, L., Zheng, K., & Xie, D. (2023). Research progress on the mechanism of *Treponema pallidum* breaking through placental barrier. *Microbial Pathogenesis*, 185, 106392. <https://doi.org/10.1016/j.mic/path.2023.1063/92>

- Monroy Amado, J. L., & Ospina, J. F. (2017). Bases filosóficas de la evidencia como sustento de las conductas médicas actuales. *Investigación en Educación Médica*, 6(22), e32-e33. <https://doi.org/10.1016/j.r/iem.2017.01.079>
- Moreno-Gómez, G. A., Moreno-Gómez, J. G., Colorado-Barrios, K. T., Moreno-Gómez, G. A., Moreno-Gómez, J. G., & Colorado-Barrios, K. T. (2023). Determinantes sociales de la salud asociados a la sífilis gestacional y congénita en Risaralda. *Revista Médica de Risaralda*, 29(2), 9-21. <https://doi.org/10.22/517/25395/203.25/271>
- Osorio-Guzmán, M., Santos Vázquez, G., Torres-Muñoz, D., González-Córdova, G., Moreno Pizarro, E., & Heredia, D. (2020). Sífilis congénita temprana, serie de casos y descripción anatomopatológica Early congenital syphilis, case series and anatomopathological description. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 33, 149-155. <https://doi.org/108/.35366/956/52>
- Rocha, A. F. B., Araújo, M. A. L., Yousafzai, A. K., Oliveira, R. G. de, & Silva, A. P. A. da. (2024). Factors associated with signs of congenital syphilis in newborns. *Jornal De Pediatria*, 100(6), 667-673. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed./2024/06/008>
- Salomè, S., Cambriglia, M. D., Montesano, G., Capasso, L., & Raimondi, F. (2024). Congenital Syphilis: A Re-Emerging but Preventable Infection. *Pathogens*, 13(6), 481. <https://doi.org/10.3390/patho8gens130680481>
- Sankaran, D., Partridge, E., & Lakshminrusimha, S. (2023). Congenital Syphilis—An Illustrative Review. *Children*, 10(8), 1310. <https://doi.org/10.3390/children/10081310>
- Shimizu, H., Furuichi, M., Takeuchi, N., Ito, K., Funaki, T., Ito, Y., Mori, M., Moriuchi, H., Yamagishi, T., & Shinjoh, M. (2025). Risk factors and diagnostic indicators for

congenital syphilis: A Nationwide retrospective survey. *Epidemiology and Infection*, 153, e127. <https://doi.org/10.1017/S0950/268825100/629>

Stafford, I. A., Workowski, K. A., & Bachmann, L. H. (2024). Syphilis Complicating Pregnancy and Congenital Syphilis. *The New England Journal of Medicine*, 390(3), 242-253. <https://doi.org/10/1056/NEJMra/2202762>

Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M., & Bolan, G. A. (2021). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR. Recommendations and Reports: Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*, 70(4), 1-187. <https://doi.org/10.15585/mm/wr.rr/7004a1>

7.4 Fuentes electrónicas

PAHO. (2024). Datos epidemiológicos. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Recuperado 26 de mayo de 2023, de <https://portal/inen/sld/pe/indicadores/anuales/de/gestión/producción/hospitalaria/>

INMP-MINSA. (2023). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de sífilis congénita. <https://www.in/mp.gob.pe/institucional/guias/de/practica/clínica/y/de/procedimiento-del/departamento/en/neonatalogia1/16802/05704>

Perú: Indicadores de Educación según Departamentos, 2014-2024. (s. f.). Recuperado 22 de enero de 2026, de <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes/publicaciones/7020/268-peru-indicadores-de-educacion-segun-departamentos-2014-2024>

RAE. (2025). Diccionario del estudiante RAE. Diccionario panhispánico del español jurídico—RAE. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. Recuperado 22 de enero de 2026, de <https://www.rae/.es/diccionario/estudiante/sexo>

RAE. (2017). Definición de estado civil - Diccionario panhispánico del español jurídico—RAE.

Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. Recuperado 22 de enero de 2026, de <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>

Spach et al. (2025). Syphilis During Pregnancy and Congenital Syphilis—Self-Study Lessons -.

National STD Curriculum. <https://www.st/d.uw/.edu/go/compreh/ensive-study/sy/philis-pregnancy/core-concept/all>

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
Problema General	Objetivo General	Hipótesis general		Sexo	Femenino Masculino	Tipo de investigación. -Observacional -Retrospectivo -Transversal.
¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?	Determinar las características clínico epidemiológicas de neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.	No formulado		Edad gestacional	Pretérmino (< 37 semanas) A término (37-42 semanas) Postérmino (>42 semanas)	Nivel Descriptivo
					Elevado peso al nacer (>4000 g) Adecuado peso al nacer (2500 – 4000 g)	
Problemas Específicos	Objetivos específicos			Peso al nacer	Bajo peso al nacer (<2500 g) Muy bajo peso al nacer (<1500 g) Extremadamente bajo peso al nacer (<1000 g)	Diseño. -No experimental
1. ¿Cuál es el número anual de neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?	1. Estimar el número anual de neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.		Características clínicas	Tipo de parto	Vaginal Cesárea	Enfoque -Cuantitativo
2. ¿Cuál es la edad gestacional de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?	2. Determinar la edad gestacional de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.				Ictericia neonatal Sepsis neonatal	Población y muestra Estará conformada por los neonatos con diagnóstico de sífilis congénita, durante el período comprendido entre enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2025 y que cumplan con los criterios de inclusión en el Hospital Regional de Huacho.
3. ¿Cuál es el peso al nacer de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?	3. Determinar el peso al nacer de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025			Morbilidad neonatal	Asfixia neonatal Hipoglucemia neonatal Cardiopatía congénita Sd. Dificultad respiratoria	
4. ¿Cuál es el tipo de parto de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?	4. Determinar el tipo de parto de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.				Hepatomegalia Esplenomegalia	
5. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?	5. Determinar las manifestaciones clínicas de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.			Manifestaciones clínicas	Rinitis mucopurulenta Lesiones palmo plantares Pseudoparálisis Periostitis	Técnicas a emplear.

- | | |
|--|--|
| <p>6. ¿Cuál es el APGAR de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?</p> <p>7. ¿Cuál es la morbilidad de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?</p> <p>8. ¿Cuál es la frecuencia de fallecimiento en los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?</p> <p>9. ¿Cuál es la edad materna de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?</p> <p>10. ¿Cuál es el estado civil de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?</p> <p>11. ¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?</p> <p>12. ¿Cuál es el número total de controles prenatales de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?</p> <p>13. ¿Cuál es el momento de diagnóstico de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025?</p> | <p>6. Determinar el APGAR de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.</p> <p>7. Determinar la morbilidad de los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.</p> <p>8. Determinar la frecuencia de fallecimiento en los neonatos diagnosticados con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.</p> <p>9. Determinar la edad materna de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.</p> <p>10. Determinar el estado civil de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.</p> <p>11. Determinar el nivel de instrucción de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.</p> <p>12. Determinar el número total de controles prenatales de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.</p> <p>13. Determinar el momento de diagnóstico de la madre de neonatos con sífilis congénita en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2017-2025.</p> |
|--|--|

Características epidemiológicas

	Osteocondritis
	Alteración hematológica
APGAR	Normal (7-10) Depresión moderada (4-6) Depresión severa (0-3)
Fallecimiento neonatal	Sí No
	Adolescente: 12 - 18 años
Edad materna	Adecuada: ≥18 -35 años Avanzada: ≥35
	Soltera
	Conviviente
Estado civil	Divorciada Casada Viuda
	Inicial completa
Nivel de instrucción	Primaria completa Secundaria completa Superior completa
Control prenatal	Adecuado: >= a 6 Inadecuado: < a 6
	I trimestre
	II trimestre
	III trimestre
	Intraparto
Momento de diagnóstico	Puerperio

-Recolección de datos de historias clínicas.

Instrumento.
-Ficha de recolección de datos.

Procesamiento de datos.
-Programa Microsoft Excel.
-STATA versión 17.

Anexo 02: Ficha de recolección de datos

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN. FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA. ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE
SÍFILIS CONGÉNITA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2017-2025”

N° registro: _____ HCL: _____ Fecha: ___/___/___

Sexo	Femenino	<input type="checkbox"/>
	Masculino	<input type="checkbox"/>
Edad gestacional	Pretérmino (< 37 semanas)	<input type="checkbox"/>
	A término (37-42 semanas)	<input type="checkbox"/>
	Postérmino (>42 semanas)	<input type="checkbox"/>
Peso al nacer	Elevado peso al nacer (>4000 g)	<input type="checkbox"/>
	Adecuado peso al nacer (2500-4000 g)	<input type="checkbox"/>
	Bajo peso al nacer (<2500 g)	<input type="checkbox"/>
	Muy bajo peso al nacer (<1500 g)	<input type="checkbox"/>
	Extremadamente bajo peso al nacer (<1000 g)	<input type="checkbox"/>
Tipo de parto	Vaginal	<input type="checkbox"/>
	Cesárea	<input type="checkbox"/>
Morbilidad neonatal	Ictericia neonatal	<input type="checkbox"/>
	Sepsis neonatal	<input type="checkbox"/>
	Asfixia neonatal	<input type="checkbox"/>
	Hipoglucemia neonatal	<input type="checkbox"/>
	Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/>
	Sd. Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>
	Fallecido	<input type="checkbox"/>
Manifestaciones clínicas	Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>
	Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>
	Rinitis mucopurulenta	<input type="checkbox"/>
	Lesiones palmo plantares	<input type="checkbox"/>

	Pseudoparálisis	()
	Periostitis	()
	Osteocondritis	()
	Alteración hematológica: anemia / plaquetopenia	()
APGAR		1" 5"
	Normal (7-10)	() ()
	Depresión moderada (4-6)	() ()
	Depresión severa (0-3)	() ()
Edad materna	Adolescente: 12 - 18 años	()
	Adecuada: ≥ 18 -35 años	()
	Avanzada: ≥ 35 años	()
Fallecimiento neonatal	Sí	()
	No	()
Estado civil	Soltera	()
	Conviviente	()
	Divorciada	()
	Casada	()
	Viuda	()
Nivel de instrucción	Inicial completa	()
	Primaria completa	()
	Secundaria completa	()
	Superior completa	()
Control prenatal	Adecuado: ≥ 6	()
	Inadecuado: < 6	()
Momento de diagnóstico	I trimestre	()
	II trimestre	()
	III trimestre	()
	Intraparto	()

Ficha de recolección de datos elaborado por autores.

Anexo 03: Validación del instrumento

Para la validación del instrumento, se contó con la participación de 4 profesionales médicos, de los cuales 3 fueron especialistas en pediatría y 1 en infectología. Cada uno evaluó el instrumento mediante un cuestionario de juicio de expertos.

Para esto, se empleó una escala ordinal de 1 a 5, donde: 1 = Muy malo, 2 = Malo, 3 = Regular, 4 = Bueno y 5 = Muy bueno. El cálculo del coeficiente V de Aiken, se consideró como valor mínimo de la escala 1 y como número de categorías 5. La transformación de los puntajes fue la siguiente:

Puntaje original	1	2	3	4	5
Valor transformado	0,00	0,25	0,50	0,75	1,00

A continuación, se presentan los valores transformados asignados por los jueces a cada criterio evaluado:

Juez	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10
Juez 1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Juez 2	1,00	1,00	1,00	1,00	0,75	1,00	1,00	0,75	1,00	1,00
Juez 3	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Juez 4	1,00	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
V de Aiken por ítem	1,000	0,938	1,000	1,000	0,938	1,000	1,000	0,938	1,000	1,000

De acuerdo con la valoración realizada por los expertos, el instrumento obtuvo un coeficiente V de Aiken global de 0,981. Asimismo, los valores por ítem oscilaron entre 0,938 y 1,000. Estos resultados indican que el instrumento presenta adecuada validez de contenido para su aplicación en la presente investigación.

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA. ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

VALIDEZ DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Autoras: Silva Falcón, Zarely Alessandra & Solano Romero, Lizet Fiorella

JUICIO DE EXPERTOS:

Estimado Dr (a) Carlos E Vega Manrique :

1. La opinión que usted brinde es personal y sincera
2. Marque con un aspa "X" dentro del Cuadro de Valoración, solo una vez por cada criterio, el que usted considere sobre el cuestionario.

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
1	2	3	4	5

Aspectos a evaluar:

Criterios	Valores				
	1	2	3	4	5
Claridad: Esta formulado con el lenguaje apropiado y comprensible					✓
Objetividad: Permite medir hechos observables					✓
Actualidad: Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					✓
Organización: Presentación ordenada					✓
Suficiencia: Comprende los aspectos en cantidad y claridad					✓
Pertinencia: Permite conseguir datos de acuerdo a objetivos					✓
Consistencia: Permite conseguir datos basados en modelos teóricos					✓
Coherencia: Hay coherencia entre las variables, indicadores e ítems					✓
Metodología: La estrategia corresponde al propósito de la investigación					✓
Aplicación: Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					✓

Sugerencias: _____

CARLOS VEGA MANRIQUE
Médico Reclutista
MP 30433 PNE 22230

Firma y Sello del Juez Experto

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA. ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

VALIDEZ DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÉNITA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2017-2025"

Autoras: Silva Falcón, Zarely Alessandra & Solano Romero, Lizet Fiorella

JUICIO DE EXPERTOS:

Estimado Dr (a) Henry Carlos, Lescano Rojas:

1. La opinión que usted brinde es personal y sincera
2. Marque con un aspa "X" dentro del Cuadro de Valoración, solo una vez por cada criterio, el que usted considere sobre el cuestionario.

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
1	2	3	4	5

Aspectos a evaluar:

Criterios	Valores				
	1	2	3	4	5
Claridad: Esta formulado con el lenguaje apropiado y comprensible					X
Objetividad: Permite medir hechos observables					X
Actualidad: Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
Organización: Presentación ordenada					X
Suficiencia: Comprende los aspectos en cantidad y claridad				X	
Pertinencia: Permite conseguir datos de acuerdo a objetivos					X
Consistencia: Permite conseguir datos basados en modelos teóricos					X
Coherencia: Hay coherencia entre las variables, indicadores e ítems				X	
Metodología: La estrategia corresponde al propósito de la investigación					X
Aplicación: Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					X

Sugerencias: _____

.....
HENRY C. LESCANO ROJAS
 MEDICO PEDIATRA
 C.M.P. 36914 R.N.E. 18127

Firma y Sello del Juez Experto

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA. ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

VALIDEZ DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Autoras: Silva Falcón, Zarely Alessandra & Solano Romero, Lizet Fiorella

JUICIO DE EXPERTOS:

Estimado Dr (a) MIGUEL A. ESTELA VICUÑA :

1. La opinión que usted brinde es personal y sincera
2. Marque con un aspa "X" dentro del Cuadro de Valoración, solo una vez por cada criterio, el que usted considere sobre el cuestionario.

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
1	2	3	4	5

Aspectos a evaluar:

Criterios	Valores				
	1	2	3	4	5
Claridad: Esta formulado con el lenguaje apropiado y comprensible					X
Objetividad: Permite medir hechos observables					X
Actualidad: Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
Organización: Presentación ordenada					X
Suficiencia: Comprende los aspectos en cantidad y claridad					X
Pertinencia: Permite conseguir datos de acuerdo a objetivos					X
Consistencia: Permite conseguir datos basados en modelos teóricos					X
Coherencia: Hay coherencia entre las variables, indicadores e ítems					X
Metodología: La estrategia corresponde al propósito de la investigación					X
Aplicación: Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					X

Sugerencias: _____



Firma y Sello del Juez Experto

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA, ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

VALIDEZ DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Autoras: Silva Falcón, Zarely Alessandra & Solano Romero, Lizet Fiorella

JUICIO DE EXPERTOS:

Estimado Dr (a) Diomedes Rojas Torres :

1. La opinión que usted brinde es personal y sincera
2. Marque con un aspa "X" dentro del Cuadro de Valoración, solo una vez por cada criterio, el que usted considere sobre el cuestionario.

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
1	2	3	4	5

Aspectos a evaluar:

Criterios	Valores				
	1	2	3	4	5
Claridad: Esta formulado con el lenguaje apropiado y comprensible					X
Objetividad: Permite medir hechos observables				X	
Actualidad: Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
Organización: Presentación ordenada					X
Suficiencia: Comprende los aspectos en cantidad y claridad					X
Pertinencia: Permite conseguir datos de acuerdo a objetivos					X
Consistencia: Permite conseguir datos basados en modelos teóricos					X
Coherencia: Hay coherencia entre las variables, indicadores e ítems					X
Metodología: La estrategia corresponde al propósito de la investigación					X
Aplicación: Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					X

Sugerencias: _____

Firma y Sello del Jefe Experto

Diomedes
Dr. Rojas Torres Diomedes
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. 78233 R.N.E. 45512
JEFE DEL OPITO. DE PEDIATRÍA

Anexo 04: Autorización de acceso a información



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"



MEMORANDO N°117-2026-GRL-DIRESA-HH0-SBS-UDEI

Unidad de Estadística e Informática	
DOC.:	7327138 ✓
EXP.:	4225139 ✓

A : M.I. LEONARDO VALLADARES ESPINOZA
 Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

ASUNTO : AUTORIZACION REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

REF. : DOC.: 7310340 / EXP. 4225139

FECHA : Huacho, 24 de marzo del 2026

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
 RECIBIDO 27 MAR 2026

Me dirijo a Usted, para saludarla y en atención al documento de la referencia, emito opinión favorable para la revisión de historias clínicas a Doña: SOLANO ROMERO LIZET FIORELLA identificada con DNI N° 72489448 y ZARELY ALESSANDRA SILVA FALCON identificada con DNI N°76234149 egresadas de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión con el fin de recopilar información para realizar su tesis.

Las coordinaciones se harán directamente con las interesadas, sobre los días viables para la revisión de historias clínicas.

Sin otro particular, es todo cuanto tengo a bien informar para su conocimiento y fines.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 HOSPITAL HUACHO HUACHO YOR Y S.B.S.

M.I. LEONARDO VALLADARES ESPINOZA
 JEFE UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 HOSPITAL HUACHO HUACHO YOR Y S.B.S.

Ing. MILTON CHUMBE CHAFALOTE
 C. P. 8553
 JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

MOC/inf
CA/inf

UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Anexo 05: Constancia de revisión de historias clínicas



«AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA»

CONSTANCIA

REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática del **HOSPITAL HUACHO – HUAURA – OYÓN Y SBS**, hace constatar:

Mediante el presente hago constatar que los datos registrados en el Proyecto de Tesis titulado: **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÉNITA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2017-2025.”** elaborado por el Bachiller **LIZET FIORELLA SOLANO ROMERO Y ZARELY ALESSANDRA SILVA FALCON**, aspirantes al Título profesional de Médico Cirujano, fueron obtenidos de los archivos de las Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho los cuales son válidos y confiables para ser aplicados en el logro de los objetivos que se planteen en la investigación.

Huacho, 27 de Marzo del 2026

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA
HOSPITAL HUACHO – HUAURA – OYÓN Y SBS
TAP. MARIO JOSÉ CERVERINO RODRÍGUEZ
JEFE DE UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Anexo 06. Registro fotográfico del procesamiento de información

Sin titulo1.sav [ConjuntoDatos3] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 14 de 14 variables

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011
1	Masculin	A término (...)	Adecuado ...	Vaginal	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Secundaria...	Inadecuad...
2	Masculin	A término (...)	Adecuado ...	Vaginal	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Secundaria...	Inadecuad...
3	Femenino	A término (...)	Adecuado ...	Cesarea	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Secundaria...	Adecuado...
4	Masculin	A término (...)	Adecuado ...	Cesarea	Sd. Dificultad respiratoria	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Superior c...	Adecuado...
5	Masculin	Prétermino...	Adecuado ...	Cesarea	Ictericia neonatal, Hipoglucemia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Secundaria...	Inadecuad...
6	Femenino	A término (...)	Adecuado ...	Vaginal	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Primaria c...	Adecuado...
7	Femenino	A término (...)	Adecuado ...	Vaginal	Ictericia neonatal, Sd. Dificultad respiratoria	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Soltera	Primaria c...	Inadecuad...
8	Femenino	A término (...)	Adecuado ...	Vaginal	Ictericia neonatal	Alteración hematológica: anemia /...	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Secundaria...	Adecuado...
9	Femenino	A término (...)	Adecuado ...	Cesarea	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Primaria c...	Inadecuad...
10	Masculin	A término (...)	Adecuado ...	Cesarea	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Secundaria...	Adecuado...
11	Masculin	A término (...)	Adecuado ...	Vaginal	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Secundaria...	Adecuado...
12	Masculin	A término (...)	Bajo peso ...	Vaginal	Ictericia neonatal, Hipoglucemia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Avanzada:...	Soltera	Secundaria...	Inadecuad...
13	Femenino	A término (...)	Adecuado ...	Cesarea	Ninguno	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Secundaria...	Adecuado...
14	Femenino	A término (...)	Adecuado ...	Vaginal	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Superior c...	Adecuado...
15	Masculin	A término (...)	Adecuado ...	Vaginal	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Soltera	Secundaria...	Inadecuad...
16	Masculin	A término (...)	Adecuado ...	Cesarea	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adolescent...	Conviente	Secundaria...	Inadecuad...
17	Masculin	A término (...)	Adecuado ...	Vaginal	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adolescent...	Soltera	Primaria c...	Adecuado...
18	Masculin	A término (...)	Adecuado ...	Vaginal	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Primaria c...	Adecuado...
19	Masculin	A término (...)	Adecuado ...	Vaginal	Ictericia neonatal	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Primaria c...	Adecuado...
20	Masculin	A término (...)	Bajo peso ...	Cesarea	Ictericia neonatal, Sepsis neonatal, Hipoglucemia n...	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Secundaria...	Inadecuad...
21	Masculin	A término (...)	Bajo peso ...	Vaginal	Ictericia neonatal, Hipoglucemia neonatal, Cardiopa...	Lesiones palmo plantares	Depresión ...	Adolescent...	Conviente	Primaria c...	Inadecuad...
22	Masculin	A término (...)	Adecuado ...	Cesarea	Ninguno	Ninguno	Normal (7-...	Adecuada:...	Conviente	Secundaria...	Adecuado...

Vista de datos Vista de variables

[Resultado] [Documento1] - IBM SPSS Statistics Viewer

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Guardar este documento

Tablas personalizadas: Título, Notas, Conjunto de datos, Tabla 1

[ConjuntoDatos3] E:\TRABAJO TI\ZARELY\Sin titulo1.sav

		Recuento	% de N totales de tabla
Sexo	Femenino	13	34,2%
	Masculin	25	65,8%
	Total	38	100,0%
Edad gestacional	A término (37-42 se)	32	84,2%
	Prétermino (< 37 se)	6	15,8%
	Total	38	100,0%
Peso al nacer	Adecuado peso al nac	30	78,9%
	Bajo peso al nacer (8	21,1%
	Total	38	100,0%
Tipo de parto	Cesarea	17	44,7%
	Vaginal	21	55,3%
	Total	38	100,0%
Morbilidad neonatal	Ictericia neonatal	24	63,2%
	Ictericia neonatal, Hipoglucemia neonatal	2	5,3%
	Ictericia neonatal, Hipoglucemia neonatal, cardiopatía congénita, Sd. Dificultad respiratoria, Fallecido	1	2,6%
	Ictericia neonatal, Hipoglucemia neonatal, Sd. Dificultad respiratoria	1	2,6%
	Ictericia neonatal, Hipoglucemia neonatal	1	2,6%
	Ictericia neonatal, Hipoglucemia neonatal	1	2,6%
	Ictericia neonatal, Hipoglucemia neonatal	1	2,6%

Guardar este documento IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

