

Sífilis Congénita, Experiencia en un Hospital Básico de Sonora.

Felipe Barba-Muñoz*

Víctor Tovar-Guzmán**

Francisco Ramón Jiménez-Gauna***

RESUMEN

Introducción: La Sífilis, conocida desde hace más de 500 años, representa en nuestro tiempo un problema mundial de salud no resuelto.

Objetivos: Describir la frecuencia de sífilis congénita en un hospital general básico de la Secretaría de Salud de Sonora.

Material y Métodos: Estudio epidemiológico exploratorio y descriptivo de una serie de 17 casos; las variables fueron nacimientos registrados, origen condición socioeconómica, drogadicción, evidencias clínicas, pruebas treponémicas positivas, tratamiento y evolución.

Resultados: Se documentaron 17 casos, en 59% procedían de Caborca en 53 % eran del sexo masculino, el promedio de edad materna fue de 23 años, el nivel socioeconómico fue bajo en 88%, el control prenatal lo llevaron en 47% de los casos, dos madres tenían lesiones sifilíticas, todas las pruebas de laboratorio fueron positivas, el tratamiento resultó efectivo en todos los casos y la evolución satisfactoria, la prevalencia fue de 0.3 X 1000 nacimientos.

Conclusión: La oferta de los servicios en el proceso de atención de la Sífilis Gestacional y la Sífilis Congénita, debe incluir los procedimientos de: Educación para la prevención Detección Diagnóstico Tratamiento, Seguimiento.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is known about 500 years ago and still being a world wide health problem.

Objective: Describe syphilis congenital frequency in a Basic General Hospital of the Secretaría de Salud from Sonora.

Material and Methods: A descriptive and exploratory epidemiologic study with 17 cases; the variables were registered births, socioeconomic condition, drug addiction, clinical evidence, positive treponemal tests, treatment and evolution. 17 cases were

* Jefe Servicio de Pediatría, HGC, Servicios de Salud de Sonora.

** Coordinador de Investigación, DGEC, Servicios de Salud de Sonora.

*** Director de Enseñanza y Calidad, Servicios de Salud de Sonora.

documented, 59% were from Caborca, 53% were males, the mean maternal age was 23 years old. An 88% has low socioeconomic level, 47 % had prenatal control. 2 mothers had syphilitic lesions. All the lab tests were positives. The treatment was effective in all cases and has a satisfactory evolution, prevalence was 0.3 x 1000 births.

Conclusion: The supply of services in the care process of gestational syphilis and congenital syphilis, should include procedures for: education for prevention, detection, diagnosis, treatment and monitoring.

INTRODUCCIÓN

La sífilis, padecimiento con más de 500 años de historia, cumple con prerequisites que permitieron predecir su erradicación: el único reservorio es el ser humano, las vías de transmisión son limitadas, se cuenta con métodos de detección seguros, económicos y simples, fue blanco de políticas de salud pública en casi todos los países, y permanece muy sensible a antibióticos tan efectivos como la penicilina, luego de más de medio siglo de utilización¹. Sin embargo, representa aún, un problema de salud en todo el mundo.

Caborca es un municipio que se ubica al noroeste del Estado de Sonora, México, tiene una población de 110,000 habitantes, el hospital atiende de un promedio de 1250 eventos obstétricos promedio anuales y estos representan el 60% de la ocupación hospitalaria de la unidad de 30 camas censables.

La Sífilis se le asocia al desarrollo de ciertos modos y condiciones de vida e íntimamente ligada a la prostitución³, además en grupos sociales con elevada prevalencia de drogodependencia, en particular donde es habitual el intercambio de favores sexuales por droga; en poblaciones con acceso limitado a la consulta médica, grupos con iniciación sexual muy temprana, sectores que eluden el uso del preservativo y en pacientes con infección concomitante con el VIH^{4,5}.

La sífilis congénita (SC), es una enfermedad transmitida de la madre al producto a través de la circulación transplacentaria a partir de la semana 20 de gestación. Se define como una infección transmisible cuyo agente etiológico es *Treponema pallidum*.

Durante el embarazo, el riesgo de transmisión de las espiroquetas de una madre no tratada al feto, es de casi el 100% en la sífilis reciente y disminuye a un 10% en los estadios ulteriores latentes, aún en períodos muy tardíos permanece bajo el riesgo de transmisión fetal⁶⁻¹⁰.

Las consecuencias varían según la gravedad de la infección y produce desde aborto tardío, feto muerto y retenido, muerte neonatal, enfermedad neonatal, a infección latente. El 60% de los recién nacidos infectados son asintomáticos en las primeras semanas de vida y el 40% presenta signos con grados variables de afectación clínica asociados a manifestaciones multisistémicas.

En México, el tamiz para detectar a pacientes con sífilis durante el embarazo está indicado por ley, sin embargo, algunos médicos que atienden a mujeres embarazadas carecen de acceso

a las pruebas de laboratorio.

Un alto porcentaje de mujeres gestantes quedan sin acudir a control prenatal de forma regular, ello a pesar de que en México la cobertura de la atención prenatal es superior al 80% y a nivel estatal se estima que el 98% de las gestantes reciben atención en unidades de de salud, el resto por parteras empíricas. La falta de detección y tratamiento sistemáticos de la enfermedad en esta etapa, determina que la sífilis congénita siga siendo un problema de salud pública en la mayoría de los Estados de nuestro país. El número de casos notificados de sífilis congénita en México es bajo, sin embargo el diagnóstico erróneo o la falta de él, en muchos casos disminuye la importancia que en realidad tiene.

El objetivo de nuestro trabajo es el de describir la frecuencia de sífilis congénita en el Hospital General Caborca, Sonora de junio 2006 a abril 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico, de alcance exploratorio y descriptivo, en la modalidad de series de casos y de información secundaria, se estudiaron los nacimientos registrados en ese período. Las medidas estadísticas utilizadas fueron la estimación de frecuencia relativa y absoluta, medida de tendencia central y dispersión para variables continuas, la información es recopilada de expedientes clínicos confidencial, solamente se realiza para fines estadísticos.

Para sífilis congénita se utilizó la siguiente definición: Todo niño, aborto o mortinato cuya madre tiene evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o con prueba treponémica (incluidas prueba treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente.

Todo neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los títulos maternos. (Ejemplo, de 1:4 en la madre a 1:16 el neonato) o bien con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de SC al examen físico y/o evidencia radiográfica de SC y/o resultado positivo de una prueba treponémica o no treponémica. Manifestaciones clínicas sugestivas de SC: Distrofias, neumopatías, laringitis (llanto ronco y continuado), gastroenteritis, hepatoesplenomegalia, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, ictericia y/

o anemia, lesiones muco-cutáneas (pápulas, placas infiltradas rojizas en región peribucal, miembros, palmas, plantas, perianales y perigenitales, roséolas, ampollas palmo plantares). Todo producto de la gestación con demostración de *T. pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.

Las variables de estudio son: Área de procedencia (rural-urbana), edad materna, lugar de nacimiento, nivel socioeconómico, año de presentación del caso, control prenatal, promiscuidad, hacinamiento, condiciones de la vivienda, antecedentes de uso de drogas por la madre o padre, abortos, sexo del producto, edad gestacional (pre término-término) y peso al nacimiento (punto de corte 2,500 grs) y lesiones sifilíticas.

La información se obtuvo de los expedientes clínicos obtenidos en el periodo junio 2006 a abril 2009 y cuyo diagnóstico se fundamentó en los criterios ya enunciados y contenidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 para la Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual¹⁶, la información de sustentó en el Sistema Único de Información en Salud (SUIS 2006-2009), y el Sistema de Ingresos y Egresos Hospitalarios (SAEH 2006-2009).

RESULTADOS

Durante el estudio se documentaron 17 casos, de los cuales 6 (35%), provenían del área rural pueblos aledaños al municipio de Caborca, 10 (59%), de la ciudad de Caborca y uno foráneo de Cuernavaca, Morelos. Todas recibieron en el Hospital General atención del trabajo de parto, excepto uno foráneo en domicilio.

Por sexo el masculino representó (53%), la edad materna promedio fue de 23.8 años, con rango de 16 a 36 años, la moda fue de 22.

El nivel socioeconómico en base al ingreso familiar, Bajo (menor a 3 salarios vigentes mínimos); Medio 3-6 y Alto más de 6, predominó el bajo 88%.

Uso de drogas: En siete de los casos existían antecedentes de toxicomanías, 1 consumía cristal, 3 para cocaína y 3 marihuana.

El 53% fueron producto de un embarazo de término (9 casos) y el resto 8 casos (47%) fueron pre término, un evento de embarazo gemelar. El control prenatal solo se llevó a cabo en 8 de las 17 madres (47.1%), el antecedente de aborto fue de 3 casos (17.6%), las lesiones sifilíticas en la madre se presentaron solo en 2 casos (11.8%). Las variables sociales de promiscuidad se presentó en 10 de los 17 casos (58.8%) y el hacinamiento en 8 casos (47.1%).

Dentro de nuestros casos, tres de los 17 recién nacidos nunca recibieron tratamiento al nacimiento (primera fase del proyecto), a pesar de que la madre cumplía los requisitos de adecuado control prenatal, estaba sin tratamiento eficaz y había salido con títulos altos VDRL al momento del parto, solo

tomaron en cuenta que era VDRL negativo y que se reportaba asintomático.

Todos en la segunda fase 100% de los casos se inicio tratamiento por 10 días VDRL positivo y envió de FTABs a laboratorio estatal y notificación y registro de caso, así como seguimiento, hasta la fecha asintomáticos, la prevalencia de período de sífilis congénita fue de 0.3 por 1,000 nacimientos, (Cuadros 1 y 2).

DISCUSIÓN

Con base en esta observación, los casos de sífilis durante el embarazo podrían pasar desapercibidos por la falta de conocimiento en el diagnóstico, registro y notificación con su médico en el primer contacto.

La prevalencia de SC y de mortalidad por sífilis en México han tenido un descenso aparente, en contraste con el resultado de las encuestas nacionales seroepidemiológicas y de las tendencias mundiales, que indican un repunte de los casos nuevos y de los brotes epidémicos, principalmente entre los grupos de riesgo alto¹¹.

El análisis en la primera etapa comprendida entre junio 2006 a junio 2007 fue de 0.7/mil nacimientos y en la segunda etapa de Agosto 2007 a Abril 2009 disminuyó a 0.3/mil nacimientos; el año de mayor prevalencia fue el 2007 con 11 casos de los 17 reportados con una frecuencia de 0.9/mil nacimientos.

En la población estudiada de 3346 recién nacidos en el periodo Junio 2006-abril 2009 se presentó una tasa de 0.5 casos por mil nacimientos, aceptable a la basal del mismo número que fija OPS.

























Esto nos advierte que la enfermedad tiene problema en sus acciones de control y buena parte asociada a un déficit en la notificación de la misma, con la consiguiente imposibilidad de conocer su situación real.



La forma congénita de la enfermedad, presenta las consecuencias más devastadoras si no es tratada adecuadamente, y que es prevenible mediante la detección oportuna y el tratamiento correcto de la embarazada. Esta última característica torna a la Sífilis Congénita, en un evento centinela, pues su ocurrencia manifiesta fallas, tanto a nivel de los programas de control de la enfermedad como en el de la atención prenatal recibida por una población.

El tratamiento adecuado de la Sífilis durante la gestación, es capaz de prevenir y evitar las consecuencias sobre el feto². La terapia con Penicilina es altamente eficaz, simple y económica y debe ser aplicada a la gestante, siempre que se detecte evidencia serológica, clínica o epidemiológica de sífilis, o cuando el diagnóstico no pueda ser excluido³.

El registro y notificación requiere del esfuerzo y la voluntad del personal responsable. Esta sencilla intervención proveería evidencia de que el tamizaje de sífilis en la embarazada se está realizando, lo cual es un primer paso previo a la administración de tratamiento adecuado, el cual debe

Cuadro 1
RELACIÓN DE CASOS DE PACIENTES CON SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA
CON VDRL + EN HOSPITAL GENERAL DE CABORCA 2006-2007

| CASOS | EDAD MATERNA (AÑO) | EDAD (DÍAS) AL INICIO DEL TX. | CONTROL PRENATAL VDRL. POSITIVO Y TIEMPO DE TOMA (DILUCIÓN) | | | | | | ATENCIÓN DEL PARTO Y TOMA VDRL. (DILUCIÓN) | | | | CONFIRMATORIO FTA ABS. | | | | VIGILANCIA | |
|-------|--------------------|-------------------------------|---|--------|---------------|--------|---------------|--------|--|------------|------------------|------------|--|----------|---|----------|---|---|
| | | | 1ER. TRIM. | | 1ER. TRIM. | | 1ER. TRIM. | | MADRE | | RECIÉN NACIDO | | MADRE | | HIJO | | ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO | |
| | | | CON TX | SIN TX | CON TX | SIN TX | CON TX | SIN TX | CON TX (+) | SIN TX (-) | CON TX (+) | SIN TX (-) | NEGATIVO | POSITIVO | NEGATIVO | POSITIVO | | |
| 1 | *22 | 1 | 1:80 | | | | | | 1:160 | | 1:80 | |  | |  | |  |  |
| 2 | *22 | 1 | 1:40 | | | | | | 1:160 | | 1:80 | |  | |  | |  |  |
| 3 | 30 | 1 | | | | | | | 1:80 | | 1:20 | |  | |  | | NR | NR |
| 4 | 22 | 1 | 1:80 | | | | | | 1:40 | | 1:40 | | NEG. | | NEG. | |  |  |
| 5 | 16 | 1 | | | | | | | 1:80 | | 1:80 | |  | |  | | NR | NR |
| 6 | 36 | 1 | 1:40 | | | 1:40 | | | 1:80 | | 1:80 | |  | |  | | NR | NR |
| 7 | 18 | 1 | | | | | | | 1:80 | | | ☉ |  | |  | | NR | NR |
| 8 | 20 | 1 | | | | | 1:80 | | 1:80 | | | ☉ |  | |  | | NR | NR |
| 9 | 20 | 1 | | | | | 1:80 | | 1:160 | | 1:40 | |  | |  | | NR | NR |
| 10 | 23 | 1 | | | | | | | 1:20 | | | ☉ | NEG. | | NEG. | |  |  |

- **CASOS 3, 5, 7 y 10** = Sin control prenatal y solo VDRL al momento del parto.
- **CASOS 4 Y 10** = Tuvieron vigilancia epidemiológica adecuada en base a normatividad. El Caso 10 fue producto de violación.
- **CASO 8** = Con tratamiento adecuado, se define como “el suministro a la embarazada (30) días un mes o más antes del parto, es decir el tratamiento con penicilina hasta 5 semanas antes del parto se considera adecuado, el tratamiento con penicilina 3 semanas antes del parto se considera inadecuado” paho/OPS.
- **CASO 9** = Tratamiento no adecuado, menor a 30 días al evento obstétrico, con dosis única de Benzatacinica 2,400,000 UI intramuscular.
- **CASO 6** = Sífilis primaria (chancro genital) con VDRL en primer y segundo trimestre con tratamiento inadecuado, con dosis única de Benzatacinica 2,400,000 UI Intramuscular.
- **SIMBOLOGÍA**
- **NR** : No realizado.
- ***** : Gemelar.
- **☉** = Recién nacido VDRL negativos sin tratamiento de madre VDRL positivo con tratamiento posterior a evento obstétrico.
-  = FTA ABS no tomada.
-  = FTA ABS tomada y no enviada.
- ******* = Tuvo dos tomas de VDRL durante un embarazo.

Cuadro 2
RELACIÓN DE CASOS DE PACIENTES CON SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA
CON VDRL + EN HOSPITAL GENERAL DE CABORCA AGOSTO 2007 - ABRIL 2009

| CASOS | EDAD MATERNA (AÑO) | EDAD (DÍAS) AL INICIO DEL TX. | CONTROL PRENATAL VDRL. POSITIVO Y TIEMPO DE TOMA (DILUCIÓN) | | | | | | ATENCIÓN DEL PARTO Y TOMA VDRL. (DILUCIÓN) | | | | CONFIRMATORIO FTA ABS. | | | | VIGILANCIA | |
|-------|--------------------|-------------------------------|---|--------|---------------|--------|---------------|--------|--|------------|------------------|------------|---------------------------|----------|-----------------|----------|---------------------------|--|
| | | | 1ER. TRIM. | | 1ER. TRIM. | | 1ER. TRIM. | | MADRE | | RECIÉN NACIDO | | MADRE | | HIJO | | ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO | |
| | | | CON TX | SIN TX | CON TX | SIN TX | CON TX | SIN TX | CON TX (+) | SIN TX (-) | CON TX (+) | SIN TX (-) | NEGATIVO | POSITIVO | NEGATIVO | POSITIVO | | |
| 11 | ** 30 | 1 | | | | | | | 1:80 | | 1:40 | | | | | | | |
| 12 | 22 | 1 | | | | | | | 1:40 | | 1:40 | | | | | | | |
| 13 | 20 | 1 | | | | | | | 1:80 | | 1:20 | | | | | | | |
| 14 | 20 | 5 | | | | | | | 1:20 | | 1:20 | | | | | | | |
| 15 | 30 | 1 | | | | | | | 1:80 | | 1:40 | | | | | | | |
| 16 | ** 32 | 1 | | | | | | | 1:80 | | 1:80 | | | | POSITIVA FTA | | | |
| 17 | 22 | 1 | 1:80 | | 1:40 | | | | 1:20 | | 1:40 | | | | POSITIVA FTA | | | |

- **CASOS 11 al 16** = Sin control prenatal y solo VDRL al momento del parto.
- **CASOS 11 al 17** = Tuvieron vigilancia epidemiológica adecuada en base a normatividad posterior a evento obstétrico
- **CASO 17** = Tratamiento no adecuado, menor a 30 días al evento obstétrico, con dosis única de Benzatacinica 2,400,000 UI Intramuscular.
- **CASOS 11 y 16** = Son hermanos con diferencia de intergenesico de 2 años y madre alérgica a penicilina.

• **SIMBOLOGÍA**

- **NR** = No realizado.
- ****** = Hermanos.
- = Recién nacido VDRL negativos sin tratamiento de madre VDRL positivo con tratamiento posterior a evento obstétrico.
- = FTA ABS no tomada.
- = FTA ABS en espera.
- = Realizado.
- = Realizado, con LCR normal.
- = FTA ABS tomada y no enviada.

entenderse como “el suministrado a la embarazada 30 días (un mes) o más antes del parto (es decir, el tratamiento con penicilina hasta las 5 semanas antes del parto se considera adecuado; el tratamiento con penicilina 3 semanas antes del parto se

considera inadecuado)”.

La ausencia de atención prenatal oportuna y adecuada es el factor más importante en la incidencia de sífilis congénita. Para lo anterior es fundamental la normalización de los procesos

de atención de la sífilis gestacional y de la sífilis congénita en el marco del plan obligatorio de salud.

Llama la atención el consumo de Cocaína y/o Marihuana o cristal referido por siete madres. Se trata de un número considerable si se tiene en cuenta que el registro proviene de una entrevista médica donde las madres declararon voluntariamente y tratándose del consumo de sustancias ilegales cabe pensar en la posibilidad de que en realidad el número haya sido superior, no revelado en otros casos, por temor a la denuncia. Cinco de estas siete madres, habían llegado al parto, casi sin controles prenatales, esta condición induce a profundizar en el conocimiento del perfil sanitario y de la modalidad de las relaciones de estas mujeres con los servicios de salud.

Asimismo la necesidad realizar esta investigación, recurriendo a múltiples fuentes de información, SUIS, SIAE, hojas de egreso hospitalario de el periodo comprendido entre junio 2006-abril 2009, se debió a la presunción de omisiones en la notificación de la enfermedad al sistema de vigilancia epidemiológica.

La sífilis congenita podría evitarse con el cumplimiento en el llenado del expediente clínico materno, con sus historias clínicas perinatales y la finalización del evento obstétrico con el tratamiento al binomio. El riesgo teórico de infección fetal en las etapas primaria y secundaria de la sífilis es de 90 a 100%. Por lo tanto es importante iniciar un tratamiento precoz en el recién nacido de madre VDRL + Posteriormente, el riesgo de infección cae a 80% en la etapa latente precoz y a menos de 50% transcurrido un año o más de infección materna¹²⁻¹³. El 60% de los RN infectados nace asintomático, manifestando la enfermedad en las primeras semanas o meses de vida. Se describen secuelas en 1 a 3% de los pacientes tratados.

El diagnóstico de sífilis congénita es difícil de confirmar, no disponiéndose en la actualidad de un método rápido, sensible y específico que asegure el diagnóstico en los RN, especialmente en aquellos que nacen asintomáticos. Si bien la infección, se transmite al feto en cualquier etapa del embarazo, no es responsable de malformaciones congénitas.

Se ha observado que el tratamiento en la mujer embarazada, antes de las 20 semanas de gestación, previene la enfermedad en el feto, no así, cuando se realiza después de este período donde no se previenen las secuelas. Sería necesaria la presencia de una respuesta inmunológica para producir daño en el feto¹⁴⁻¹⁵.

CONCLUSIONES

La falta de control prenatal aparece como factor relevante asociado al desarrollo de Sífilis Congénita. La ausencia de atención del embarazo, impide la detección de la enfermedad y el subsiguiente tratamiento, casi en el 50% de los casos detectados, el número de Controles Prenatales fue elevado.

Las limitaciones impuestas por el carácter retrospectivo de este trabajo impiden llegar a conclusiones más precisas respecto

de la evaluación de la calidad de la atención; oportunidad de la detección y efectividad del tratamiento y el porqué esas mujeres llegaron al parto con diagnóstico establecido, pero sin tratamiento adecuado.

Por su parte, la elevada proporción de nacidos con Serología Reactiva para Sífilis donde el diagnóstico de la infección materna se produjo sólo en la instancia de los controles prenatales, manifiesta la insuficiencia de las acciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y la falta de oportunidad de detección temprana para una importante proporción de la población.

La información disponible acerca de los antecedentes socioeconómicos, aunque no muy abundante, permitió distinguir el perfil de las madres que llegaron con Sífilis al embarazo o parto, caracterizado por bajo nivel de instrucción, condiciones económicas desfavorables.

Para lo anterior al final de este trabajo se propone la normalización de los procesos de atención de la sífilis gestacional y de la sífilis congénita en el marco del plan obligatorio de salud eliminando del sesgo epidemiológico en las unidades de primer nivel de atención.

Se propusieron acciones y calendarizaron actividades todas las unidades del sector salud de primer nivel de atención en el municipio de Caborca con capacitación médica, educación para la salud población y la creación de la guía práctica de manejo y tratamiento de la sífilis gestacional y sífilis congénita.

La ausencia de atención prenatal oportuna y adecuada es el factor más importante en la incidencia de sífilis congénita; el control adecuado incluye la búsqueda, tratamiento y seguimiento oportunos de la enfermedad.

La oferta de los servicios en el proceso de atención de la Sífilis Gestacional y la Sífilis Congénita, debe incluir los procedimientos de: Educación para la prevención Detección Diagnóstico Tratamiento Seguimiento.

Es importante educar a los médicos más jóvenes que no estén familiarizados con esta importante patología, y valdría la pena investigar si la discrepancia estadística mencionada obedece al mal diagnóstico o al subregistro de los casos, por ello, conviene ampliar las investigaciones, mejorar la calidad y la oportunidad de la notificación y capacitar al personal de los laboratorios para efectuar correctamente la microscopía de campo oscuro y las pruebas serológica. Esto expresa la necesidad de reconsiderar a la enfermedad entre los problemas prioritarios, e intensificar las acciones que se llevan a cabo para su control, comenzando por un mejoramiento de la vigilancia epidemiológica. Los resultados obtenidos, reafirman la importancia de la disponibilidad de los servicios de salud y el cumplimiento de los controles prenatales para la detección y el tratamiento de la enfermedad en las embarazadas. A pesar de la elevada cobertura de atención de embarazo en el sistema de salud municipal, se impone seguir trabajando para incrementar la captación al cumplimiento de los controles prenatales, en cantidad y oportunidad, a fin de optimizar los resultados de la atención médica que se brinda.

Es evidente, además, que esta única estrategia, no será

suficiente para garantizar el control del problema. En el propio proceso de atención y control del embarazo, se manifiestan limitaciones y dificultades institucionales, atravesadas a su vez por el comportamiento de la embarazada, que interfieren en el proceso de detección de la enfermedad y en la adhesión y finalización del tratamiento, cuando éste es necesario.

La significativa proporción de mujeres con diagnóstico establecido pero sin tratamiento completo antes de finalizar el embarazo, impone una profundización en el conocimiento de las causas de esta realidad.

RECOMENDACIONES

El principio fundamental de la prevención/eliminación

de la sífilis congénita consiste en detectar y tratar la infección en la mujer embarazada para prevenir la transmisión materna infantil de la sífilis. Se deben realizar todos los esfuerzos para prevenir la sífilis congénita en esta etapa, y realizar la detección y tratamiento adecuado antes de la 20a semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto incidiendo el control prenatal adecuado. Asimismo, la vigilancia ayuda a identificar de manera precisa los casos de sífilis materna y a realizar una evaluación sobre las barreras que provocaron que no se tomaran medidas preventivas adecuadas. La vigilancia de los contacto(s) sexual(es) es muy importante para evitar la reinfección. Se necesita un enfoque inter programático para implementar las actividades de detección, tratamiento y vigilancia donde el concurso de laboratorios, enfermeras y médicos es imprescindible.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Mandell, G Douglas G. Bennett, J. Enfermedades Infecciosas y sus Agentes Etiológicos. Tomo II 3ra. Ed. Buenos Aires Panamericana 1992: 1896-911.
- 2.- Meirrowsky, E. Enfermedades Sexuales y Sífilis de los Órganos Internos. Barcelona: M. Marín Editor, 1933: Prólogo del autor. (Disponible en Biblioteca del Colegio de Bioquímicos de Santa Fé, 2da.Circ.).
- 3.- Barradas Barata, R. "O desafio das doenças emergentes e a revalorizacao da epidemiologia descritiva". Rev. Saúde Pública. 1991, 31:531-537.
- 4.- Meter, G; Hazle, P; Pickering, M.; Ed. Red Book, Enfermedades Infecciosas en pediatría 23ª Ed. Informe del comité de enfermedades infecciosas de la American Academy of Pediatrics. Buenos Aires: Panamericana, 1997: 441-51.
- 5.- Tramont, E. Treponema pallidum (Sífilis). En: Mandell, G; Douglas G; Bennett, J; Enfermedades Infecciosas y sus Agentes Etiológicos. Tomo II 3ra. Ed. Buenos Aires: Panamericana 1992: 1896-911.
- 6.- Stoll B.J. "Congenital Syphilis: evaluation and management of neonates born to mothers with reactive serologic test for syphilis. Pediatrics Infection Diseases Journal 1994, 845-53.
- 7.- Meter, G; Hazle, P; Pickering, M.; Ed. Red Book. Enfermedades Infecciosas en pediatría 23ª Ed. Informe del comité de enfermedades infecciosas de la American Academy of Pediatrics. Buenos Aires: Panamericana 1997: 441-51.
- 8.- Surubí, MA. Sífilis Congénita - Experiencia en la Maternidad Sardá y Recomendaciones Actuales. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1994, 13 (1): 36-9.
- 9.- C.D.C. Morbidity and Mortality Weekly Report- Recommendations and Reports. Case Definitions for Infectious Conditions Under public Health Surveillance. Washington, May 2, 1997, 46 (10): 38.
- 10.- Uribe-Salas F, Hernández-Ávila M, Conde-González C, Juárez- Figueroa L, Uribe- Zúñiga P, Calderón-Jaimes E et al. Prevalence, incident and determinants of syphilis in female commercial sex workers in Mexico City. Sex Trans Dis 1996; 23: 120-6.
- 11.- Beck-Sague C, Alexander E. Sexually transmitted diseases in children and adolescents. Infect Dis Clin North Amer 1987; 1: 277-80.
- 12.- Chávez A, Rojas C, Rakela S, Navarro E, Palma L, Urra L. Sífilis congénita en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. Pesquisa de casos. Rev Chil Infect 1997; 14: 42-8.
- 13.- Salazar A, Perret C, Chávez A, García C, Millán Z. Evaluación de métodos diagnósticos para sífilis congénita. Rev Chil Infect 2000; 17: 289-96.
- 14.- Ministerio de Salud. Boletín ETS. Boletín Epidemiológico N° 2 Enfermedades de Transmisión Sexual. Chile. Mayo 2000.
- 15.- Zegpi M S, Norero M. Sífilis congénita precoz. Dermatol. Chile 1995; 88-90.
- 16.- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de enfermedades de transmisión sexual.