

**PREVALENCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL EN LA CLINICA SANTA
BEATRIZ DE PALMIRA (1999-2001)**

AUTOR:

NANCY DEL PILAR LINARES LOPEZ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS

CARRERA DE BACTERIOLOGIA

Santa fe de Bogota, D.C.

2002

**PREVALENCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL EN LA CLINICA SANTA
BEATRIZ DE PALMIRA (1999-2001)**

NANCY DEL PILAR LINARES LOPEZ

TRABAJO DE GRADO

Presentado como requisito parcial

Para optar al titulo de

BACTERIOLOGA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS BASICAS

BOGOTÁ, Agosto , 2002

**PREVALENCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL EN LA CLINICA SANTA
BEATRIZ DE PALMIRA(1999-2001)**

NANCY DEL PILAR LINARES LOPEZ

Dra. MARCELA MERCADO
Directora

Dr. HUGO DIEZ O.
Jurado

Dra. ALBA A. TRESPALACIOS
Jurado

Agradezco a DIOS por brindarme la oportunidad de culminar esta meta de mi vida y a mi familia por su apoyo incondicional, en especial a mis padres y a mi tía Tere por que sin su apoyo no hubiera podido culminar mi carrera.

En el campo intelectual y profesional agradezco a la Dra. MARCELA MERCADO por su orientación y asesoría, al Dr. ELMER ARBOLEDA por permitirme realizar el estudio en el la institución a su cargo.

NOTA DE ADVERTENCIA

Artículo 25 de la resolución N° 13 de julio de 1946

“La universidad no se hace responsable por sus alumnos en sus tesis de grado. Este velara por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica, por que los trabajos de grado no contengan ataques o polémicas puramente personales anhelo de la verdad y la justicia”

TABLA DE CONTENIDOS

1. RESUMEN	9
2. INTRODUCCIÓN	12
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. OBJETIVOS	16
4.1 OBJETIVO GENERAL	16
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
5. MATERIALES Y METODOS	17
5.1 TIPO DE ESTUDIO	17
5.2 MUESTRA	17
5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	17
5.4 RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN	18
5.5 ANALISIS DE DATOS	18
6. DEFINICION DE SÍFILIS	19
6.1 AGENTE ETIOLÓGICO	19
FIGURA 1.	20
FIGURA 2.	20
6.2 PATOLOGIA Y PATOGENIA	21
6.3 MANIFESTACIONES CLÍNICA	22
6.3.1 SÍFILIS PRIMARIA	22
6.3.2 SÍFILIS SECUNDARIA	23
6.3.3 SÍFILIS LATENTE	24
6.3.4 SÍFILIS TARDIA	25

6.3.5 SÍFILIS CONGENITA	26
FIGURA 3.	26
6.4 INMUNIDAD	31
6.4.1 RESPUESTA INMUNE	31
6.4.2 INMUNIDAD NATURAL	33
FIGURA 4.	33
6.4.3 INMUNIDAD ADQUIRIDA	34
6.5 DIAGNOSTICO	36
6.5 TRATAMIENTO	44
7. EPIDEMIOLOGIA DE SÍFILIS CONGENITA	48
7.1 PANORAMA GENERAL	49
7.2 PANORAMA NACIONAL	50
FIGURA 5.	51
7.3 PANORAMA DEPARTAMENTAL	52
8. ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA	53
8.1 PROGRAMA DE ELIMINACION DE SÍFILIS CONGENITA	54
8.1.1 OBJETIVOS	54
8.1.2 METAS	55
8.1.3 ESTRATEGIAS DEL PLAN	56
8.1.4 ACCIONES CONCRETAS	58
9. COMO SE MANEJA EL PROBLEMA DE SÍFILIS CONGENITA EN LA CIUDAD DE PALMIRA.	58
9.1 ESTRATEGIAS Y ACCIONES LOCALES POR PARTE DE LA SECRETARIA DE SALUD EN LA CIUDAD.	60

10. PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DISEÑADO PARA MUJERES DE LA CIUDAD DE PALMIRA.	61
10.1 INTRODUCCION	61
10.2 JUSTIFICACION	62
10.3 ANTECEDENTES	64
10.4 OBJETIVOS	64
10.5 ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION	65
10.6 DESCRIPCION DEL SUBSISTEMA	66
10.7 METODOLOGIA	67
10.8 ASPECTOS ETICOS	68
11. RESULTADOS	70
TABLA 1.	72
TABLA 2.	73
TABLA 3.	74
TABLA 4.	74
TABLA 5.	75
TABLA 6.	76
TABLA 7.	77
12. DISCUSIÓN	79
13. CONCLUSIONES	81
14. RECOMENDACIONES	84
15. BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXO	90

1.RESUMEN

La sífilis es una enfermedad transmisible que puede ser contraída por la mujer durante el embarazo y dar como resultado consecuencias en el niño que van desde lesiones físico-mentales hasta la muerte. Esta es una enfermedad que por sus tasas e implicaciones sociales es de vigilancia epidemiológica; Colombia adopto el plan de eliminación de sífilis congénita propuesto por la OPS/OMS desde 1996 y aunque en este se planteaba la meta de erradicación para el año 2000, en nuestro país no se dio este objetivo y las metas se extendieron por dos años más. La base de la erradicación del evento es el fortalecimiento de los planes de salud y de los programas para controlar y prevenir el evento. Este estudio tiene como objetivo describir la prevalencia de sífilis gestacional en la ciudad de Palmira del departamento del Valle, en las pacientes que asistieron a la clínica Santa Beatriz entre (1999-2001). El Valle es uno de los departamentos que más casos de sífilis congénita reporta en el país (más o menos el 50% de los casos). Este estudio aporta una descripción socio-demográfica de la población estudiada y un programa de control y prevención de sífilis gestacional dirigido a mujeres, como herramienta para el fortalecimiento de los programas de atención a la gestante y a la mujer común tanto en entidades estatales como privadas de salud y así incidir en la disminución de la sífilis congénita en la ciudad. La población en estudio fueron las mujeres en embarazo que asistieron a los controles

prenatales al laboratorio clínico de la Clínica Santa Beatriz entre(1999-2001), la información fue recolectada por medio de una encuesta que incluía diferentes aspectos comunes para todas las pacientes, entre estos los resultados de las serologías (VDRL) durante el embarazo , estos datos fueron procesados en una base de datos hecha en el programa Epi info. 6.0 para correlación de los factores obtenidos y la obtención de resultados tales como: las mujeres embarazadas que asistieron tenían entre 14 y 42 años de edad, mostrando que estas tendían a dividirse en tres grupos de 14-20años, de 21-27 años, 28-42 años; también se evidencio que la mayoría de las mujeres que asistieron eran de procedencia urbana, y aunque del total de las mujeres es mayor el porcentaje que tiene vinculación a una EPS, el cubrimiento no llega a la totalidad. Las mujeres que presentaron reactividad en el embarazo fueron 5 de cada 1000 en el estudio. Con estos resultados entre otros puede concluirse: la existencia del evento en la ciudad, que la mayoría de las mujeres que asistieron a esta Clínica eran de procedencia urbana y en ellas se encontró el mayor número de casos de reactividad, todas las mujeres que presentaron serologías reactivas en el embarazo estaban vinculadas a una EPS, pero a su vez no todas hicieron uso del recurso de información del evento a través del curso psicoprofiláctico, y lo más contundente se concluye la ardua tarea que le espera al municipio para la erradicación de la enfermedad y de la inmediata necesidad de tomar medidas para el fortalecimiento de los planes de atención a las gestantes, incluidos los programas de control y prevención que estos incluyen.

2. INTRODUCCION

la sífilis es una enfermedad transmisible con un porcentaje considerable de frecuencia en las mujeres en embarazo, se constituye como un evento de salud pública y vigilancia epidemiológica por las tasa que presenta, su incremento en el tiempo y las implicaciones sociales. En los Estados Unidos se registro un significativo ascenso de la enfermedad hacia finales de los 80 y comienzos de los 90, siendo las mujeres un numero significativo en las cifras. En México a partir de 1992 se declaro una de las enfermedades transmisibles mas frecuentes en este país, registrando en 1998 63 casos de sífilis congénita y en 1999 66 casos de la misma enfermedad.

Aunque en nuestro país no constituye una de las enfermedades más comunes si registra tasas considerables, la de prevalencia esta entre el 1.7% y 7.4% en mujeres embarazadas; en el departamento del Valle del Cauca se registran tasa entre el 1.3% y el 3% por cada 1000 recién nacidos vivos.

Esta es una enfermedad que puede llegar a ser erradicada si se cuenta con buenos programas de control y prevención, más el refuerzo de los sistemas de atención prenatal. Para poder fortalecer los aspectos anteriormente mencionados es necesario conocer y atacar los factores de riesgo asociados al contagio de la mujer durante el embarazo como: contacto sexual riesgoso, promiscuidad, cualquier enfermedad de

transmisión sexual, consumo de drogas psicoactivas, desconocimiento de la información preventiva.

En Colombia se detecto un aumento en el porcentaje de las tasas a partir de la corrección del subregistro, tarea que se ha venido ejecutando desde 1996 mostrando el aumento del evento y los sectores del país que más lo registran. Este estudio describe la prevalencia de sífilis gestacional en la ciudad de Palmira entre 1999-2001. Los datos fueron obtenidos de las pacientes que asistieron a control prenatal al Laboratorio de la Clínica Santa Beatriz de la ciudad, se recopilaron mediante un formato que agrupaba distintos aspectos correlacionables con la enfermedad, incluidos los resultados de las pruebas serologicas, algunos de los aspectos encontrados en las hojas clínicas se pueden relacionar directa o indirectamente con el evento, y a través del análisis de ellos se puede describir los factores que pudieran influir en la existencia del evento y de su permanencia en la ciudad. Uno de los objetivos propuestos es el de proveer a los entes estatales y privados de la salud de un programa de vigilancia epidemiológica para sífilis dirigido a mujeres, con el fin de que este sirva como herramienta de apoyo al fortalecimiento en los sistemas de atención a las gestantes, y a su vez sea una acción concreta contra la enfermedad.

Palmira es la segunda ciudad en importancia en el Valle del Cauca y una de las vulnerables a este evento por el deficiente sistema operativo de salud con el que cuenta, por esta razón la importancia de este estudio y de las herramientas que este pueda aportar para el mejoramiento de la

calidad en prevención y control de la sífilis gestacional y las consecuentes tasas de sífilis congénita.

3.JUSTIFICACION

La sífilis congénita es una enfermedad transmisible que afecta el producto de la gestación, con problemas que van desde daños físico-mentales hasta su muerte por aborto o luego de su nacimiento. Esta enfermedad puede ser eliminada mediante el fortalecimiento de los sistemas de atención prenatal y la implementación de programas de vigilancia y control del evento.

El departamento de Valle del Cauca es uno de los que más casos de sífilis congénita reporta en el país, y una vez el problema del subregistro se ha ido superando el evento se ha hecho más evidente; Palmira es la segunda ciudad más grande del Valle del Cauca y más cerca a su capital, pero no cuenta con los mejores servicios de salud y de vigilancia epidemiológica frente a la sífilis congénita. Por esta razón este trabajo muestra la prevalencia de la enfermedad en un periodo de 3 años (1999-2001) y algunos aspectos que se relacionan con el evento, además de mostrar un programa de vigilancia epidemiológica para la enfermedad como herramienta que aporte una acción concreta para el control y la prevención de la sífilis congénita con el fin de disminuir las tasas de la enfermedad, para la disminución de sífilis gestacional en la ciudad y así lograr la disminución de las tasas de sífilis congénita además del fortalecimiento del sistema operativo de salud.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de sífilis gestacional en la clínica SANTA BEATRIZ de Palmira entre 1999 y 2001

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Crear un programa de promoción y prevención de sífilis dirigido a mujeres con el fin de disminuir los casos de sífilis congénita en la ciudad de Palmira.
2. Proveer a los entes estatales territoriales de una herramienta de información y control para el manejo de la sífilis congénita.
3. Describir las características socio demográficas de la población en estudio y su relación con la sífilis gestacional.

5. MATERIALES Y METODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal.

5.2 MUESTRA

La población en estudio son las pacientes gestantes que se atendieron en la clínica Santa Beatriz de la ciudad de Palmira durante los tres años mencionados.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyen en el estudio todas aquellas mujeres que estuvieron en embarazo y que se practicaron los controles de laboratorio clínico para sífilis gestacional. Serología (VDRL) con corroboración por FTA-ABS

5.4 RECOLECCION DE LA INFORMACION

La información se recolecto por medio de un formato que se lleno con los datos que suministra el registro clínico de cada paciente.

5.5 ANALISIS DE DATOS

Los datos se analizaron por una base de datos en el programa epi info 6.0 que permite correlacionar los datos obtenidos entre si y por separado, para concluir los aspectos relevantes que competen frente al evento.

6. DEFINICION DE SÍFILIS

Lúes o sífilis es una enfermedad infecto contagiosa, que solo se presenta en los seres humanos y se da por contacto sexual, el agente causal de la enfermedad es una espiroqueta. La sífilis es una enfermedad que lleva un curso clínico crónico, presenta varios estadios. Su inicio es en los órganos genitales o en el área en que se haya dado el contacto con el microorganismo, la enfermedad se caracteriza por manifestar una lesión que tiene alto contenido del microorganismo, para que luego este pase a otros órganos y se desarrolle de manera sistémica.(14,27,31)

6.1 AGENTE ETIOLOGICO

El agente causal de la sífilis es un microorganismo que pertenece al orden spirochaetales y a la Familia spirochetaceae y recibe el nombre de *treponema pallidum*, que mide de 6 a15 micras de longitud, sus extremos son finamente ahusados, presenta formas delgadas e irregulares con 6 a 14 espiras regulares y juntas, con esta descripción se podría concluir que e similar a un resorte o tirabuzón. (14)

Su motilidad es lenta y es mas marcada en un medio ambiente de una viscosidad relativamente elevada. Su composición consta de una membrana citoplasmática con múltiples capas, flagelos o fibrillas que los

asemejan, la envoltura se asemeja a una cápsula, posee de 6 a 8 grupos de fibrillas que son exclusivas del género.

Figura 1. fotografía del *Treponema Pallidum*

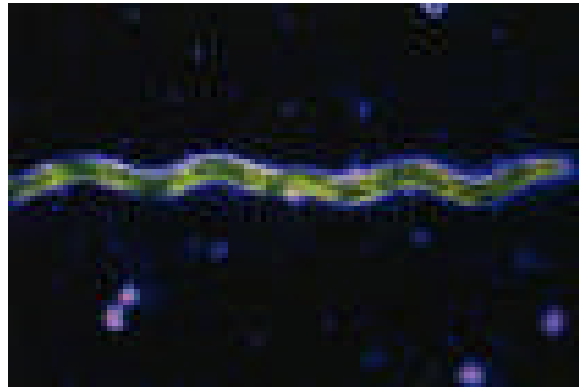
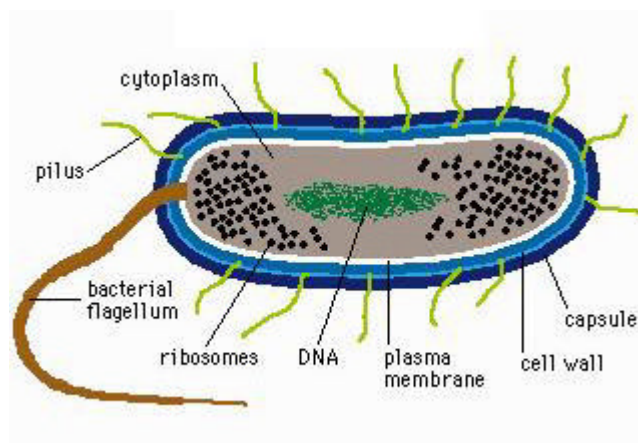


figura 2. Morfología del *Treponema Pallidum*



6.2 PATOLOGIA Y PATOGENIA

El *treponema pallidum* puede invadir las mucosas intactas a la piel intacta o erosionada y necesita del contacto con otra persona para que ocurra la infección ya que este microorganismo es labil al medio ambiente, lo que quiere decir que fuera del cuerpo muere en pocos minutos por efecto de desecación, en él influyen a su vez temperaturas por encima de 41°C, la humedad intensa, cambios de pH, desinfectantes, radiación ultra violeta y temperaturas por debajo de 4°C.

El *treponema pallidum* al entrar en contacto mediano persona-persona (infectada) penetra por los medios ya mencionados y llega rápidamente a los vasos linfáticos y a la sangre diseminándose así las espiroquetas por todos los órganos, pero la manifestación se da de 3 a 4 semanas después de la inoculación del microorganismo, se da una respuesta inflamatoria en el sitio de inoculación; la manifestación es una lesión que se denomina chancro que es básicamente una ulceración con infiltrado de células mononucleadas de forma elevada por el engrosamiento del endotelio, tiene una prominente eliminación de espiroquetas. Luego de sucederse la adherencia del *treponema pallidum* una alteración en la membrana de la célula huésped sirve para bloquear la adherencia de otros microorganismos, son unos ligandos específicos los que actúan en adherencia entre célula huésped y célula que aloja, la

primera se fija por sus husos y atraviesa matriz extracelular por medio de ácido hialurónico.

Los anticuerpos contra el fragmento proteico que parece servir como el ligando treponémico para la adherencia a las células de los mamíferos pueden bloquear la adherencia de los microorganismos a la célula. La adherencia de los treponemas a las células de los mamíferos es potenciada por el revestimiento de los microorganismos con fibronectina, el conjunto de los treponemas con fibronectina da como resultado la mucho mayor adherencia de los microorganismos a la matriz extracelular o la fibronectina unida.(14,27,31)

6.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

6.3.1 SÍFILIS PRIMARIA

Se caracteriza por la aparición del chancro típico, es una lesión única, indolora, y firme su superficie es limpia, bordes sobre elevados con característico color rojo, esta lesión ocurre mas o menos entre 10 o 90 días que corresponde al tiempo de incubación. En las mujeres se puede pasar por alto debido a que la lesión se localiza con frecuencia en el cuello uterino o en la pared vaginal en otras ocasiones se puede localizar en cervix, vagina y labios mayores; en los hombres se observa con frecuencia en el prepucio surco balanoprepucial y glande, la lesión

normalmente no es purulenta, pero si se contamina con bacterias piógenas se vuelve purulenta y se acompaña de algunas adenopatías regionales. El ganglio linfático es duro, indoloro y no supura.

Si la lesión es fuera de los genitales, esto debido a las costumbres sexuales de los individuos, puede encontrarse la lesión en la pared anal, en la boca, en el canal rectal, lengua dedos y pezón mamario entre otros, en estos casos al igual que en los anteriores se acompaña de adenopatías en la región en la que se localiza, en algunas ocasiones pueden llegar a manifestarse especialmente en la parte anal y oral. Luego de pasadas 4 semanas del inicio del evento el chancro desaparece espontáneamente y las adenopatías persisten unos meses más.(14,31)

6.3.2 SÍFILIS SECUNDARIA

Una vez desaparecido el chancro los síntomas y manifestaciones desaparecen por una a tres semanas, en donde este periodo se denomina fase o etapa de latencia.

Con el reaparecimiento de la infección luego de la etapa de latencia, hay una lesión en la piel y en las mucosas con gran variedad de formas clínicas que podrían confundir el tipo de entidad por esto se le denomina etapa de simulación. Algunos hallazgos clínicos son: fiebre, adenofagia, linfadenopatias generalizadas, cefaleas y erupción que se caracteriza por

ser un brote macular o papular rojo pálido o rosado lo que hace que se le atribuya el nombre de "roceola sifilitica".

En las regiones húmedas como la perianal, vulva, escroto, parte interna de los muslos, axilas y debajo de las glándulas mamarias, se forman lesiones erosionadas y se puede dar un levantamiento papular llamado condiloma plano, estas lesiones se caracterizan por tener gran cantidad de espiroquetas y por lo tanto son altamente infecciosas en las mucosas hay erupción en forma de parches, en labios, mucosa oral, lengua paladar, laringe, vulva, vagina, glande y prepucio interno, puede en algunos casos darse conjuntivitis, aunque las lesiones en su gran mayoría son indoloras, las de la garganta pueden presentarlo además de la dificultad de deglutir. La lesión de mucosas contiene gran cantidad de espiroquetas treponémicas y otros microorganismos.(14,27,31)

6.3.3 SÍFILIS LATENTE

Es la fase en la que el paciente esta asintomático pero esto no quiere decir que este curado.

Sífilis latente temprana: puede durar durante cuatro años de la infección, puede presentar recaídas que se manifiestan con menos intensidad luego de dos años, aquí es muy importante saber que durante las recaídas el paciente es infectante, en estos momentos hay espiroquitemia, se puede dar la transmisión por transfusiones o a través de la placenta.

Sífilis latente tardía: se presenta después de cuatro años de adquirida la infección, se asocia a un estado inmunitario, y aunque exista resistencia a las reinfecciones y a las recaídas se puede dar transmisión placentaria al feto y por las transfusiones.(14)

6.3.4 SÍFILIS TARDIA

Después de haber transcurrido de tres a diez años de la etapa secundaria pueden aparecer lesiones localizadas y formas clínicas benignas o malignas. Las primeras lesiones que se evidencian son de características necróticas de tipo gomoso, estas son dadas por una reacción de hipersensibilidad hacia el treponema y puede tener episodios: Lesión nodular única o múltiple, de uno a tres centímetros de diámetro son blandos y de ellos puede drenar material necrótico, dejando una cavidad que no cicatriza regularmente.

Las lesiones que aparecen en: piel hueso, tracto respiratorio superior, hígado y estomago que pueden considerarse benignas lo que no ocurre en las que aparecen en las meninges y en el pulmón.

La forma maligna presenta manifestaciones clínicas principalmente en el sistema nervioso central y en el cardio vascular.

NEUROSÍFILIS: puede no presentar síntomas durante mucho tiempo, cuando aparece puede presentar tabes dorsal o si el compromiso neurológico es alto, se llega incluso a la parálisis general progresiva; los

síntomas pueden ser en tabes dorsal: desmielinización de medula posterior, ganglios y raíces dorsales que lleva a la ataxia, parestesias, disturbios de la vejiga, impotencia, arreflexia, perdida de la posición con dolor profundo y sensación de temperatura alta; además puede presentar articulaciones de charcot. En la parálisis general progresiva hay alteraciones de la esfera psíquica y compromiso motor, anormalidades en la memoria, alteraciones en la personalidad con presencia de alucinaciones, paranoia llegando a la demencia. En la parte matriz hay temblores faciales y de la lengua perdida de la sensibilidad profunda entre otras.(31)

6.3.5 SÍFILIS CONGENITA

figura 3. Fotografía de niño con sífilis congénita



La transmisión del *treponema pallidum* desde una mujer sífilítica al feto a través de la placenta se puede producir en cualquier momento del embarazo, pero las lesiones de la sífilis congénita aparecen habitualmente después del cuarto mes de gestación en muchos casos la

infección podría transcurrir de manera subclínica en la madre aunque en el feto se este presentado la enfermedad grave e inclusive llevarlo a la muerte. Al cuarto mes de gestación es cuando se inicia la incompetencia fetal, esta afirmación pretende explicar que la patogenia de la sífilis congénita depende de la respuesta inmunitaria del feto y no del efecto patógeno del *treponema pallidum*; existe un gran porcentaje de riesgo de transmisión de la infección al feto durante la sífilis inicial materna no tratada estimado entre el 75% y el 95% que puede disminuir de manera significativa hasta el 30% en el caso de sífilis materna de mas de dos años de duración, pues el hecho de que la infección materna sea latente existe el riesgo de infección fetal.(7)

El tratamiento adecuado de la madre antes de la semana 16 de embarazo permite prevenir lesiones fetales.(7,26)

La infección materna no tratada puede acompañarse de una incidencia de muerte fetal hasta el 40% siendo más frecuente la muerte fetal que el aborto debido a la aparición tardía de la patología fetal, al igual puede darse permutares, muerte en fase neonatal o la sífilis congénita no mortal.

En un grupo de madres con sífilis no tratada de menos de 2 años de duración, el 21% presento aborto o muerte fetal, el 31% dio a luz niños que fallecieron durante los primeros meses los primeros meses de vida, el 43% tuvo hijos con sífilis que sobrevivieron a los dos primeros meses de vida y el 23% tuvo hijos sin afectaciones por la sífilis.(7,14,31)

En los latentes que nacen con vida solo se manifiesta clínicamente la sífilis congénita fulminantemente, cuyo pronostico es sombrío. El

problema clínico más frecuente es el de un recién nacido con aspecto sano cuya madre presenta positividad en las pruebas serológicas, se considera que las pruebas serológicas sistemáticas durante las fases iniciales del embarazo presentan una buena relación costo eficacia en casi toda la población incluso en zonas con baja prevalencia prenatal de sífilis, para garantizar un tratamiento sin adición, se deben realizar pruebas de detección con reagina plasmática rápida (RPR) cuando se detecta un embarazo en una mujer que posiblemente no va a seguir correctamente al tratamiento.(7)

En las zonas en las que la prevalencia de la sífilis es elevada y también cuando la paciente presenta un riesgo significativo, es necesario repetir la serología para sífilis durante el tercer trimestre de embarazo y en el momento del parto.

Las manifestaciones de la sífilis congénita se pueden clasificar en tres tipos según su cronología.

1. manifestaciones iniciales que aparecen durante los dos primeros años de vida, a menudo entre la semana dos y diez de edad, son infecciosas y presentan características similares a las manifestaciones de la sífilis secundaria grave del adulto.
2. Manifestaciones tardías, que aparecen a partir de los dos años y que no son infecciosas
3. Estigmas residuales. El primer signo de la sífilis congénita suele ser una rinitis que se sigue al poco tiempo de la aparición de otras lesiones muco cutáneas. Entre estas últimas se incluyen ampollas

(pengifo sifilitico) vesículas, lesiones de descamación superficial, petequias y más adelante, lesiones papulo escamosas, placas mucosas y condilomas planos.

Las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes son osteocondritis y osteítis (afección particular de la metafasis de los huesos largos), que aumentan de gravedad durante los primeros seis meses de vida y que remiten espontáneamente mas adelante, y periostitis que sigue evolucionando después los primeros seis meses de vida. Son frecuentes la hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, anemia, ictericia, trombocitopenia y leucocitosis. La anemia suele ser de tipo proliferativo, como puede ser de tipo hemolítico. El síndrome nefrotico en la sífilis congénita inicial, al igual que en la sífilis secundaria del adulto, representa una glomérulo nefritis inducida por el deposito de inmunocomplejos.

En un meta análisis de forma de presentación clínica de sífilis congénita sobre un total nueve estudios con 212 lactantes se observaron alteraciones radiologías óseas en un 61%, hepatomegalia 51%, esplenomegalia 49%, petequias 41%, otras erupciones cutáneas 35%, anemia 34%, linfadenopatía 32 %, ictericia 30%, pseudo parálisis 28%, y rinitis el 23%.(7,14)

La sífilis neonatal debe diferenciarse de otras infecciones congénitas generalizadas como: rubéola, citomegalovirus, herpes simplex, toxoplasmosis, además de eritroblastosis fetal. La muerte neonatal

se debe habitualmente a hemorragia pulmonar, infección bacteriana secundaria o hepatitis grave; anatomopatológicos son: inflamación intersticial, y peri vascular con proliferación fibroblástica variable con afectación de la piel, huesos, hígado, riñones, páncreas, bazo, pulmones e intestino y hematopoyesis extra medular.

La sífilis congénita tardía se define como la sífilis congénita que permanece sin tratar después de los dos años de edad posiblemente en el 60% de los casos la infección sea sub. clínica. El espectro clínico del resto de los casos presenta diferencias en ciertos aspectos con respecto a la sífilis tardía; mientras que en la queratitis intersticial son: sordera por infección del octavo par craneal y artropatía recurrentes. Los derrames bilaterales en la articulación de la rodilla se conocen como articulaciones de clutton. El estudio de LCR pone de relieve neurosífilis asintomático en la tercera parte de los pacientes no tratados y que carecen de otras manifestaciones clínicas tardías, además de la neurosífilis clínica se observa el 25% de los pacientes mayores de 6 años de edad con sífilis congénita no tratada. Las manifestaciones clínicas de la neurosífilis congénita son similares a las de neurosífilis del adulto. La periostitis gomosa se detecta entre los 5 y 20 años de edad y al igual que la sífilis infantil endémica no venérea, suele producir lesiones destructivas en el paladar y en el tabique nasal.

Los estigmas característicos son los dientes de hutchinson (incisivos contrales con muescas, forma de gancho y muy espaciados) la facies

patológica de la sífilis congénita se caracteriza frecuentemente por frente prominente, nariz en silla de montar y maxilar hipoplásico. Son infrecuentes las espinillas en sable caracterizadas por incurvaciones anterior de la tibia; sordera nerviosa de origen desconocido y corioiditis, atrofia óptica y opacidades corneales por queratitis intersticial previa.(7,19,33)

6.4 INMUNIDAD

6.4.1 RESPUESTA INMUNE

¿Cómo hace el *treponema pallidum* para establecer la infección ? no se a podido aclarar. El huésped desarrolla una amplia y agresiva respuesta inmunológica a la infección pero no es controlada ni alcanza a erradicar la infección por completo.

Cuando la infección inicia los anticuerpos humorales Ig G e Ig M son detectables para cuando aparece el chancro y persiste por mucho tiempo cuando el paciente es no tratado, por otra parte si el paciente esta tratado de manera adecuada los anticuerpos Ig M disminuyen en el transcurso de uno o dos años, pero los anticuerpos Ig G persisten durante toda la vida, aunque los anticuerpos estén y actúen, si el paciente no se trata se darán todos los estadios de la infección.

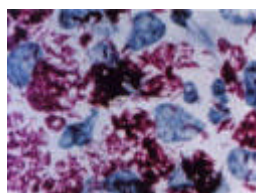
Parece que el microorganismo posee una densa cobertura que aparentemente lo protege e impide la adherencia de los anticuerpos específicos, la cobertura es de tipo proteico que se asocian con proteínas que tiene el huésped como la fibronectina, esta se adhiere con fuerza a la envoltura treponémica y se remueve por una fuerte tripsinización; se puede detectar transferrina y ceruloplasmina en la cobertura proteica del huésped, ¿cuál es la función de esta cobertura? No se sabe pero se presume sirve para enmascarar el antígeno bacteriano para protegerlo de la respuesta inmune del huésped.(14)

Los neutrofilos son atraídos por el treponema para ingerirlo, luego de la fagocitosis los microorganismos quedan encerrados en una vacuola fagocítica, hay una de granulación y los treponemas son dirigidos aunque hay indicios que algunos microorganismos puedan evadir la respuesta, otra interferencia en la función de los polimorfo nucleares no pueden ingerir a los treponemas muy largos durante la sífilis temprana se produce inhibición de la inmunidad mediada por células, los linfocitos parecen no ejercer una buena función sobre los treponemas, por esto en las etapas tempranas de la infección las áreas paracorticales de los ganglios linfáticos sífilíticos están deplecionados de linfocitos, hay una depresión marcada de las células natural killer. El efecto parece estar mediado en su mayoría por el suero antológico y se haya en las fracciones de las inmunoglobulinas.

El factor supresor podría estar dado por los inmunocomplejos. Hay una gran relación entre la mala transformación linfocítica de los

linfocitos de los pacientes sífilíticos y la presencia de elevados niveles de inmunocomplejos; esto desaparece en el transcurso de la enfermedad, la sífilis secundaria tardía y terciaria presentan respuesta inmunológica mediada por células contra los antígenos treponémicos. Luego de varias semanas de regreso de la infección hay una respuesta por parte de los macrófagos.(7,14,31)

Figura 4. Visión microscópica de Respuesta inmune



6.4.2 INMUNIDAD NATURAL

Desde la introducción de la infección en Europa a fines del siglo XV hasta nuestros días, se ha encontrado cambios en la virulencia del microorganismo o en la resistencia relativa por parte de las poblaciones que la han padecido. No se ha demostrado inmunidad humoral o mediada por células, suficiente como para proteger contra la enfermedad, y la dosis infecciosa para la infección, del 50% en los seres humanos en una situación experimental se ha estimado en apenas 57 microorganismos.(14)

6.4.3 INMUNIDAD ADQUIRIDA

Cuando las personas con sífilis no han sido tratadas tienen una resistencia relativa a la infección, de manera que el desarrollo de un chancro con una segunda infección no es habitual y probablemente dependa del tamaño del inoculo, luego de la reexposición las personas que no han sido tratadas pueden presentar aumento del nivel de los anticuerpos humorales. En las personas que se les ha administrado tratamiento durante los estadios secundarios o más temprano, el efecto protector de la enfermedad previa es menor, y la enfermedad activa después de la reinfección es común, lo anterior se aplica a pacientes que mantienen una prueba de anticuerpos no treponémicos reactiva, así como a los individuos no serorreactivos. Todo esto quiere decir que la protección es solo relativa y no es confiable.

La determinación de los títulos de anticuerpos en la sífilis congénita es importante para establecer si el recién nacido está infectado con el treponema, el problema es como la Ig G materna atraviesa la placenta lo más seguro es que el niño tenga títulos de anticuerpos, sin embargo es posible pensar que si el neonato tiene niveles al menos cuatro veces mayores que los de la madre la probabilidad de que este infectado es bastante alta, aunque solo el 40% de los niños con sífilis superan los títulos de la madre si el recién nacido presenta títulos iguales o menores que la madre queda la duda de si existe la infección

o no, por lo tanto no se puede descartar la enfermedad. Para solucionar este problema lo mas sencillo es hacer una serología por medio de la prueba VDRL(venereal disease research Laboratory) dos o tres semanas luego, de esta manera se evidenciara disminución de la Ig G materna por la catabolisis del anticuerpo al menos en un 50% y donde habría una variación en el títulos de anticuerpos que se debería a la producción de los mismos por parte del niño, si el neonato no se ha contagiado con la enfermedad se espera que la cabo de 6 meses, periodo que se demora la catabolisis total de la Ig G materna ya la serología no sea reactiva, lo que significa que el nivel de títulos habría descendido. Se considera que el 10% de los recién nacidos con títulos de anticuerpos presentan sintomatología, el resto pueden provenir de la madre con sífilis tratadas durante el embarazo con falsos niveles de anticuerpos que trasmiten a su descendencia, el otro 40% de madres tienen la enfermedad pero no la trasmiten. Definitivamente si el bebe esta infectado los títulos de anticuerpos que se presentaran serán los de la Ig M.(7,13,14)

En nuestro medio menos del 1% de los bebes nacidos presentan síntomas de sífilis congénita los cuales son muy semejantes a una sífilis secundaria el 60% de las mujeres que engendran niños luteo no presentan sintomatología por esto las madres con un estado secundario de la enfermedad tienen mas del 90% de la probabilidad de trasmitir a su hijo la enfermedad en cambio solo el 30% de las embarazadas con el proceso latente tienen niños infectados, sin

embargo la posibilidad de que el feto se infecte no solo se relaciona con el estadio de la enfermedad sino también con el tiempo de gestación de la madre debido a que el *treponema pallidum* puede atravesar la placenta e infectar al feto desde la sexta semana pero las manifestaciones clínicas de la enfermedad no aparecen sino hasta la 16 semana de gestación.

6.5 DIAGNOSTICO

Existen dos tipo de pruebas para el diagnostico de sífilis son: las pruebas con antígenos no treponémicos y las pruebas con antígenos treponémicos.

PRUEBAS NO TREPONÉMICAS

Los anticuerpos contra el *treponema pallidum* presente en el suero del paciente al ponerse en contacto con una solución de cardiolipina, lecitina y colesterol disueltos en solución alcohólica y buffer fosfato, producen una reacción antígeno-anticuerpo que se evidencia microscópicamente por la formación de granos o folículos.

En dos tipos de pruebas se emplean la cardiolipina y la lecitina como antígenos:1- la prueba de la fijación del complemento incluidas Wasserman y Kolmer . 2- las pruebas de floculación incluidas las pruebas venereal disease research laboratory (VDRL), de Hinton y de

reaginas rápidas, estas pruebas son poco costosas, las desventajas que tiene es que da una proporción relativamente elevada de reacciones falso-positivas biológicas agudas y crónicas y una proporción en aumento de reacciones falso-negativas en los estadios mas avanzados de la sífilis no tratada las dificultades técnicas incluyen una reacción negativa debida al fenómeno de prozona cuando solo se analiza el suero no diluido.

En la sífilis primaria los valores del VDRL van a ser negativos o con títulos bajos (1:4); se considera que el 30% de los pacientes infectados en el estadio primario son seronegativos, por esta técnica la detección se produce un mes y medio después de la infección, es decir de dos a tres semanas después de la aparición del chancro; luego de este tiempo el títulos aumenta paulatinamente, se considera que in títulos menor de 32 dils corresponde a sífilis primaria no tratada.

La paciente embarazada puede presentar resultados falsos-positivos por lo tanto se debe confirmar por una prueba treponémica; si la paciente tiene historia previa de sífilis y un títulos estable, puede observarse un aumento inespecífico de este sin que esto indique que hay una reinfección o una recaída; si esto ocurre es necesario un monitoreo serológico una semana después.

Otro examen que se puede hacer en el laboratorio clínico de base y que sirve para determinar si un bebe seropositivo con examen físico normal esta infectado con *treponema pallidum* es a través del liquido cefalorraquídeo donde un VDRL reactiva, un aumento de los

leucocitos y un aumento de las proteínas puede ser indicativos de neurosífilis. Sin embargo el hecho de que la serología este reactiva no indica un compromiso neurológico debido a que puede haber difusión pasiva de los anticuerpos hacia el liquido cefalorraquídeo. También recuento de leucocitos mayores de 5 mm cúbicos y proteínas mayores de 50 mg/dl pueden ser normales en el recién nacido. El problema del método mencionado es el tiempo que se debe dejar transcurrir el cual es bastante largo.(14,23)

PRUEBAS TREPONÉMICAS

Anticuerpos fluorescentes

El avance mas significativo en las ultimas décadas en la serología de la sífilis es la detección de anticuerpos treponémicos por medio de anticuerpos antihumanos marcados con fluoresceína. Las pruebas se utilizan para confirmar las pruebas reaginicas y de VDRL.

Para confirmar la sospecha clínica de sífilis congénita se implanto la titulación de anticuerpos Ig M en donde si el bebe esta infectado presentara títulos elevados, para saber los títulos de los anticuerpos se utiliza el FTA para Ig M en donde se utilizan microorganismos de la cepa nicholis liofilizados como antígeno, el antígeno se fija en un portaobjetos y se aplica el objeto de prueba permitiendo la reacción de los anticuerpos antitreponémicos con el antígeno. Luego el portaobjetos se cubre con antigamaglobulina humana marcada con

isotiocianato de fluoresceína y la presencia o la ausencia de los anticuerpos se determina por medio del microscopio de fluorescencia. La modificación de este método que se utiliza en la actualidad es la absorción de anticuerpos antitreponémicos fluorescentes (FTA-ABS) en el cual el suero es preabsorbido con un preabsorbente para eliminar los anticuerpos de grupo, así la prueba resulta relativamente específica para la enfermedad causada por las especies treponémicas virulentas, la prueba es costosa y lleva tiempo por lo tanto, no se aconseja para evaluación masiva sino como prueba confirmatoria, antes que los VDRL reactivos y el diagnóstico de los estadios mas avanzados de la sífilis ya que en estos podría haber falsos-negativos, además de ser gran herramienta de sífilis congénita.(2)

Para el diagnóstico de la sífilis congénita es necesario diferenciar entre la transferencia tras placentaria pasiva de anticuerpos materno fetal y la producción fetal de anticuerpos antitreponémicos endógenos. Dado que los anticuerpos de la clase Ig G, pero no los de clase Ig M atraviesan la placenta la detección de los anticuerpos de la clase Ig M específicos en la circulación fetal en general indica la producción de anticuerpos por parte del feto como resultado de una infección fetal activa. La prueba FTA-ABS puede detectar las inmunoglobulinas de la clase Ig M e Ig G y por ende no permite diferenciar entre la infección activa y la transferencia pasiva. Este problema desencadenó el desarrollo de anticuerpo antihumanos fluorescentes que son específicos para los anticuerpos antitreponémicos de la clase Ig M, la

prueba FTA-ABS. Un resultado reactivo de la prueba con sangre del lactante constituye una evidencia sólida de enfermedad congénita activa. Sin embargo la prueba puede ser no reactiva en lactantes con sífilis congénita si la enfermedad le fue transmitida al niño en una fase avanzada del embarazo como ocurre con frecuencia. Además hay indicio de que una prueba reactiva no siempre confirma de manera absoluta el diagnóstico de sífilis congénita.

"Debe tenerse en cuenta, que un FTA-ABS negativo no necesariamente descarta una historia pasada de sífilis".

En la embarazada el seguimiento después del tratamiento se recomienda que sea con VDRL o RPR cada cuatro semanas y se debe repetir el tratamiento si se encuentra aumento de los títulos en dos diluciones o no se encuentra disminución de dos diluciones en los títulos a los tres meses. La paciente que tiene títulos altos que no responden a la terapia recomendada para sífilis temprana debe hacerse una punción lumbar y si aún no se ha hecho, evaluar para infección por VIH. Si no hay manifestaciones clínicas que indiquen reinfección el retratamiento debe hacerse como para sífilis tardía. El CDC 1998 recomienda también serología mensual en embarazadas con riesgo alto de reinfección o en áreas geográficas con prevalencia alta de sífilis.(2,8,10)

Cuando se ha hecho tratamiento para neurosífilis se debe repetir el examen de líquido cefalorraquídeo cada seis meses hasta que el recuento de células sea normal. Si éste no ha disminuido después de

seis meses o si el LCR no está completamente normal después de dos años, se debe reconsiderar el tratamiento.(14,23,31)

REACCIONES FALSO-POSITIVAS

Son reacciones que podrían llamarse falso-positivas biológicas(FPB), para diferenciarlas de las reacciones positivas debidas a errores técnicas. Casi todas las reacciones falso-positivas biológicas ocurren con las pruebas no treponémicas en las cuales alrededor del 1% de los adultos normales pueden tener una reacción de este tipo. Los anticuerpos reaginicos son reactivos con 200 antígenos como mínimo, además de los *treponema pallidum*, y si bien el estímulo específico para estos anticuerpos en la sífilis, lo mismo que en otras enfermedades no se conoce, puede representar anticuerpos contra antígenos lipídicos celulares del huésped que son liberados durante diversas enfermedades. Con propósitos clínicos, la reacciones falso-positivas biológicas pueden clasificarse como agudas, cuando la reactividad remite en seis meses, o crónicas, cuando la reactividad es persistente.

Reacciones falso-positivas biológicas agudas: casi todas las reacciones falso-positivas biológicas se producen con las pruebas treponémicas y ocurren en pacientes con otras enfermedades agudas, en especial neumonía, hepatitis, las vacunaciones y las enfermedades

exantematosas virales. El pronóstico del paciente no es afectado por el hallazgo. El título de anticuerpos en general es bajo, de menos de 1:8, y en la mayor parte de las pruebas FTA-ABS es no reactiva. Aproximadamente 2/3 de los pacientes con reacciones falso-positivas biológicas tienen reacciones agudas y la reactividad desaparece en seis meses o menos.

Reacciones falso-positiva biológicas crónicas: la drogadicción, la hepatitis crónica, la edad avanzada, la lepra y las enfermedades colágeno vasculares se asocian fuertemente con reacciones falso positivas biológicas crónicas. Los anticuerpos detectados por la prueba de VDRL en las reacciones falso-positivas biológicas crónicas son sobre todo de Ig M mientras que en la sífilis son principalmente de Ig G. Los pacientes con reacciones falso-positivas biológicas crónicas y lupus eritematoso sistemático por lo común, también presentan una prueba FTA-ABS reactiva.

Los esfuerzos para el diagnóstico se ven obstaculizados por que aun no se ha podido cultivar el microorganismo en medios de laboratorio, pese a esto hay dos métodos para el diagnóstico de sífilis además de las pruebas serológicas:

- 1- La visualización directa del microorganismo por medio del microscopio de campo oscuro, por medio de la técnica con anticuerpos fluorescentes o por medio de tinciones especiales de los tejidos infectados
- 2- La inoculación de animales.

La sífilis en los pacientes con chancro primario así como las que presentan lesiones secundarias activas pueden diagnosticarse por medio del microscopio con campo oscuro, ya que el diagnóstico consiste en la observación y hallazgo del microorganismo, este debe estar móvil y variable. Si el paciente está ingiriendo antibióticos estos intervendrán de manera que el microorganismo pierde la motilidad, como también actúan los desinfectantes tópicos. Para la evidencia del *treponema pallidum* se debe obtener un líquido seroso de la base de las lesiones sífilíticas, esta técnica es muy útil por que se da un diagnóstico de la infección por que se da un diagnóstico de la infección incluso antes de que aparezca la serorreactividad, si no hay disponibilidad de un microorganismo de campo oscuro, se puede hacer una tinción de anticuerpos fluorescentes para el *treponema pallidum*. (14,31)

TECNICAS QUE ESTAN EN DESARROLLO: el *treponema pallidum* no ha sido posible cultivarlo, puede replicarse de 10 a 100 generaciones del microorganismo en un medio de cultivo tisular modificado utilizando células epiteliales de conejo; esta técnica ha contribuido al estudio de la sensibilidad de las cepas a ciertos agentes microbianos.(14)

6.6 TRATAMIENTO

La concentración mínima inhibitoria de penicilina para el *treponema pallidum* es de aproximadamente 0.004 u/ml, lo que muestra que es uno de los patógenos humanos más sensible a este antimicrobiano y es el de elección para combatir este microorganismo. El éxito del tratamiento depende en mantener el suministro de 0.03 UI de penicilina /ml de suero por 7 a 10 días en el caso de sífilis primaria y que no haya interrupción de la dosis durante el tratamiento, si la enfermedad va mas haya de los primeros estadios entonces se recomienda dosis adecuada de penicilina durante 21 días.(11)

Mas explicitamente: para el chancro se administra penicilina G benzatinica a dosis única de 2'400.000 UI aplicada en dos inyecciones intra musculares de 1'200.000 UI en sitios distintos o 600.000 UI de penicilina G benzatinica y una dosis igual siete días después. En la sífilis latente sin alteraciones del liquido cefalorraquídeo o si es menor de un año, se hace un tratamiento igual al caso anterior. Si el liquido cefalorraquideo es anormal, si es de mas de un año, o el paciente no permite la punción lumbar se considera como neurosífilis asintomática en estos casos y en las formas sintomáticas es preferible la penicilina G cristalina, para dar por vía intravenosa de 12 a 24 ml de UI diarias durante 10 días; con menos efectividad se puede administrar 600.000 a 900.000 UI diarias de penicilina G procaínica intramuscular, durante el mismo tiempo; o 9'600.000 de penicilina G benzatinica, para aplicar intramuscular 2'400.000UI cada 7 días. Este ultimo tratamiento se

emplea para sífilis cardio vascular o gomosa benigna sin neurosífilis. La mujer embarazada se trata con los esquemas anteriores o según la enfermedad.

En sífilis congénita reciente es suficiente 50.000 UI/Kg. de penicilina G benzatinica en una sola dosis por vía intramuscular, en la congénita con alteraciones de liquido cefaloraquideo se utiliza la penicilina G intravenosa a la dosis de 100.000 UI/Kg/ día durante 10 días o la misma dosificación diaria intramuscular con penicilina G procainica por el mismo tiempo.

Algunos expertos recomiendan para las mujeres en embarazo dar una dosis de penicilina benzatinica de 2,4 ml una semana después de la primera dosis, principalmente cuando la infección sifilítica se detecta en el tercer trimestre y en las mujeres embarazadas con sífilis secundaria.

Los recién nacidas con madres reactivas al VDRL y/o positiva al FTA-ABS pueden presentar reactividad tanto, si se han infectado o si no ha sido así debido a la trasferencia placentaria de los anticuerpos Ig G maternos. El incremento o la persistencia de los títulos de anticuerpos indica infección, y en estos casos el lactante debe recibir tratamiento.

Los anticuerpos Ig M del neonato no se pueden detectar en la sangre del cordón umbilical o en el suero del recién nacido por medio de la prueba FTA-ABS Ig M, en la que la esta se enriquece como ya se había mencionado; de manera alternativa se puede hacer también en lactantes nacidos de mujeres tratadas con penicilina durante el

embarazo, se pueden realizar mensualmente pruebas cuantitativas de VDRL o RPR.

Si la madre seropositiva ha recibido un tratamiento inadecuado de penicilina o bien un fármaco diferente, es necesario tratar al lactante desde su nacimiento; esta actitud también se debe optar cuando no se sabe si la madre ha sido tratada o es difícil efectuar el seguimiento del recién nacido. En estos casos no se debe esperar a obtener pruebas del diagnóstico. También como ya se había mencionado es necesario estudiar el líquido cefalorraquídeo para obtener valores basales antes del tratamiento.(16)

La penicilina es el único fármaco recomendado en el tratamiento del recién nacido. La dosis de penicilina para el tratamiento de pacientes con sífilis congénita tardía se calcula de la misma manera que en el lactante con sífilis congénita hasta que la dosis calculada según el peso corporal alcance la utilizada en la neurosífilis del adulto.

También se ha logrado la erradicación exitosa de la enfermedad activa con la eritromicina, las tetraciclinas y la cefaloridina. Sin embargo algunas mujeres infectadas han dado a luz hijos sífilíticos después del tratamiento con estos agentes, posiblemente al pasaje relativamente escaso de la eritromicina y las tetraciclinas desde la circulación materna hacia la circulación fetal. Este tipo de antimicrobianos se utiliza cuando el paciente presenta alergia a la penicilina.(16)

Después de un tratamiento para sífilis se debe hacer un seguimiento serológico con VDRL 1,3,6 meses y 12 meses después. En la forma latente u otra forma sin alteraciones del LCR, el VDRL debe hacerse además a los 18 y 24 meses. Si existe compromiso neurológico hacer VDRL en suero hasta los 24 meses y VDRL en LCR durante el mismo tiempo.(31)

En la mayoría de los paciente que reciben el tratamiento apropiado durante el estadio primario o secundario la enfermedad activa se detiene de forma completa y permanente. La serorreactividad persistentes medida por la prueba FTA-ABS puede evitarse si el tratamiento se administra durante el estadio primario, pero rara vez cuando se administra mas tarde. Aun así la, progresión de la enfermedad terciaria se observa muy raras veces. De manera similar , el tratamiento durante la sífilis latente temprana o avanzada previene el desarrollo de la enfermedad terciaria sintomática. Puede que no se produzca una mejoría clínica significativa luego del tratamiento antimicrobiano de la neurosífilis sintomática, la neuritis óptica y la sífilis cardio vascular y es posible que la lesión establecida en algunos órganos vitales no remita.

7. EPIDEMIOLOGIA DE SÍFILIS CONGENITA

La sífilis congénita es una enfermedad transmisible, que puede ser adquirida por la mujer durante el embarazo y que trae consecuencias nefastas para el fruto de la gestación. La sífilis fue reconocida en Europa a finales del siglo XV llegando a tener rápidamente proporciones epidémicas; cualquier persona se puede contagiar. En Estados Unidos hacia finales de los 80 y comienzos de los 90 se registro un considerable aumento en el número de personas con la enfermedad y entre estas la cantidad de mujeres era considerable; en México a partir de 1992 se consideró la sífilis como la enfermedad de mas frecuencia en mujeres y con gran asentamiento en gestantes; en América Latina las tasas de prevalencia de sífilis congénita esta entre 1.7% y 7.4% según datos de la CDC. En Colombia las tasa han ido en aumento desde la corrección progresiva del subregistro, la tendencia en ascenso se observa entre 1976-2000, entre los años 1976 y 1997 la incidencia de sífilis congénita ha sido variable con valores entre 0.2 por 1000 nacidos vivos en 1976 a 0.97 por 1000 nacidos vivos en 1985 con un decremento gradual posterior para llegar a 1997 a 0.3 por 1000 nacidos vivos, con la característica de que en este año el índice de subregistro era bastante alto, en 1997 los departamentos del Valle, Antioquia, Cundinamarca y Santafé de Bogotá fueron los que mas números de casos reportaron. En un estudio entre agosto de 1996 y

diciembre de 1997 la mitad de los casos notificados mediante ficha durante el periodo estudiado tuvieron atención prenatal y de estos sólo se realizó serología a menos de las tres cuartas partes, las cuales siempre fueron reactivas. Luego en 1998 se reportaron 29 muertes por sífilis congénita en menores de un año, la tasa fue de 0.2/1000 nacidos vivos menores de un año.(9,10)

7.1 PANORAMA GENERAL

Hacia finales de la década de los 80 y principio de los 90, se registró en Estados Unidos, un gran aumento de casos de sífilis en mujeres jóvenes. Lo anterior fue atribuido al aumento en el consumo de drogas ilegales y al intercambio de droga por sexo con múltiples parejas, lo cual hacía prácticamente imposible la notificación y el seguimiento de todos los contactos de la persona enferma. Con lo anterior coincidió también que disminuyeron los recursos destinados para los programas de control de la enfermedad y se extendió el uso de espectinomicina como tratamiento de infecciones por *Neisseria gonorrea* productora de penicilinas; tratamiento que no es eficaz para la sífilis en periodo de incubación.

El incremento de casos de sífilis congénita (SC) en el mismo periodo de tiempo se debió no sólo al aumento de casos reales, es decir, secundarios al incremento de la enfermedad en las madres, sino

también a la adopción de nuevas pautas para la definición de casos de SC, por parte de los Centros para el Control y la Prevención de las enfermedades (CDC) de Atlanta, las cuales incluían (a diferencia de las anteriores, - criterios de Kaufman) los recién nacidos (RN) asintomáticos al nacimiento pero con alto riesgo de estar infectados.

En América Latina y el Caribe las proporciones de incidencia de sífilis primaria, secundaria y SC son 2 a 5 veces mayores que en países desarrollados. Por ejemplo, en mujeres gestantes de alto riesgo (trabajadoras sexuales), las tasas de seroprevalencia de sífilis se situaron entre 1,7% y 7,4%³ según datos de la CDC.

La siguiente figura muestra el periodo en que la sífilis congénita muestra ascenso en los Estados Unidos.(4,9,10)

7.2 PANORAMA NACIONAL

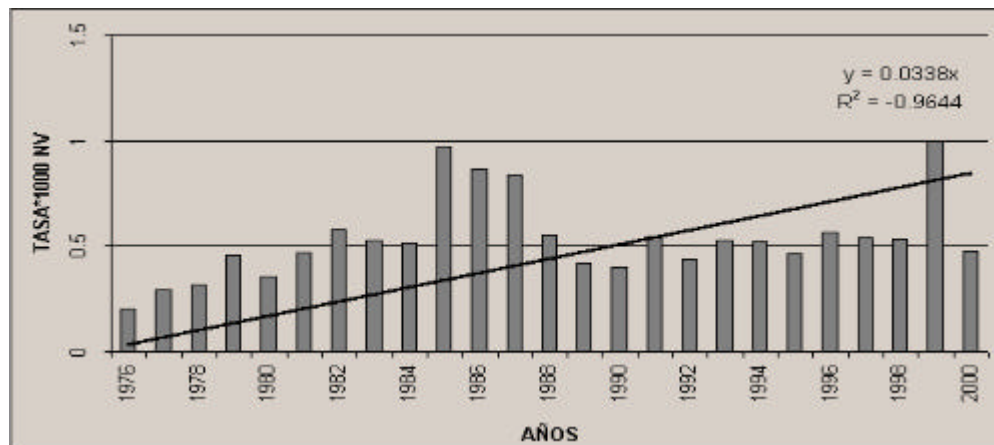
En Colombia, la enfermedad se encuentra distribuida en todo el país, siendo Antioquia, Cundinamarca, Risaralda, Santander y Valle del Cauca las regiones con el mayor porcentaje de casos en los últimos 22 años. (Tasas ente 1,3 y 3 por mil RN vivos). Sin embargo, dentro de los datos recolectados se encontró un 20% de subregistro, el cual se acepta que pudo haber sido mayor, además las regiones del Caribe, Chocó y Boyacá no notificaron apropiadamente sus casos.

Siendo COLOMBIA un país de 35.499.263 habitantes se reportaron en 1993 un total 4706 casos de sífilis precoz sintomática, 6533 casos de otras formas de sífilis, y 783 casos de sífilis congénita, por un total de 12022 casos nuevos de sífilis en el país en ese año, de los 783 el 50% de los casos fueron reportados por el departamento del Valle. En 1998 el Valle reporta 9 casos de mortalidad por sífilis congénita que corresponde al 31% del total de casos reportados en el país.

Para el 2003 se espera tener 0.5 casos por 1000 nacidos vivos en el país. (4,9,10)

La siguiente figura muestra la situación del departamento de Antioquia entre los años 1980-2000

Figura 5. Visión de sífilis congénita en Colombia (1976-2000)



7.3 PANORAMA DEPARTAMENTAL

En COLOMBIA uno de los departamentos que mayor numero de casos de sífilis congénita a reportado a sido el valle del Cauca, en 1993 de 12022 casos nuevos de sífilis en el país, 783 de estos casos fueron por sífilis congénita de los cuales el 50% de estos los notifico ese departamento.(24)

En 1998 el Valle reporto 9 casos de muerte por sífilis congénita, este dato correspondió al 31% del 100% del total del país; estos datos han sido con el tiempo mas confiables por que hacia el primer año mencionado y mucho antes el subregistro era muy elevado, con el tiempo y gracias a las acciones del ministerio de salud a través del plan de eliminación de sífilis congénita y las fichas de notificación el problema del subregistro a disminuido, dejando ver la realidad del evento que muestra que pese a la existencia del plan de eliminación el numero de casos de sífilis congénita va en ascenso.

Es importante anotar que la cobertura a nivel departamental no es eficaz aunque existen los medios para que así sea, puede influir en este aspecto la utilización de muchos canales para que se ejecuten las estrategias, o a su vez las mismas leyes que reglamentan para el mejoramiento de captación de información; no todos los municipios del departamento actúan ante el evento de la misma manera ni con la misma agresividad, ejemplo; los mejor dotados de programas de promoción además del buen sistema de información son los de Tulúa

y Santiago de Cali, este último por ser la capital del departamento, en cambio otros municipios no están tan bien implementados no por su tamaño o importancia, sino por las conexiones con la central del departamento.

8. ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA

En 1994, la SC fue declarada por la OPS/OMS como un problema de salud pública en las Américas y propuso el Plan de Eliminación de SC para el año 2000, plan que comenzó a operar en Colombia en agosto de 1996. Para esto, a partir de agosto del año mencionado todos los casos de SC notificados cumplirían los criterios de las definiciones operativas del Plan de Eliminación. Se inició la realización de pruebas serológicas de VDRL/RPR a las gestantes en el 1º y 3er trimestres de la gestación y al momento del parto o puerperio inmediato, así como a todas las mujeres que presenten un aborto o embarazo ectópico, mortinatos o amenaza de parto pretérmino.

Además de la implementación del plan de eliminación, el ministerio dio vital importancia al sistema de notificación ya que este es el mejor medio de obtener la información, una vez conocido el punto a fortalecer a partir de quinto periodo epidemiológico del año de 1996, la vigilancia intensificada a través del Sistema Alerta Acción, que ha tenido una cobertura y oportunidad mejor que la notificación por ficha,

sin embargo no ofrece la información suficiente. Es bastante notoria la diferencia entre el número de casos notificados por el SIVIGILA y por ficha, diferencia que aumentó en el primer semestre del año 1998 con relación al año anterior en un 183%.(15,24)

8.1 PROGRAMA DE ELIMINACION DE SÍFILIS CONGENITA PROPUESTO POR LA OPS/OMS

8.1.1 OBJETIVOS

Prevenir la transmisión materna de la sífilis al fruto de la gestación o cuando menos tratarla in útero, y no tan solo detectar y tratar los casos de sífilis en el neonato cuando ya sea transmitida la infección y han ocurrido la mayor parte de las consecuencias indeseables.

Eliminar la sífilis congénita en el país antes del año 2000, ajustándose al criterio estimado de reducir la tasa de incidencia de sífilis congénita a un caso por 2000 nacidos vivos en un periodo de cinco años.

8.1.2 METAS

Identificar durante el primer año la real magnitud del problema. Unificando el calculo de tasas de sífilis congénita utilizando como denominador el numero de nacidos vivos por mil

Realizar el primer año 1996-1997 control serologico adecuado de sífilis al 75% de las mujeres gestantes atendidas por el sistema general de seguridad social e n salud.

Investigar el 100% de los casos probables o confirmados de sífilis congénita diagnosticados en todos los organismos de salud, del sistema general de seguridad social en salud

Garantizar el control serologico y el tratamiento farmacológico adecuado a todos los recién nacidos vivos de madres con diagnostico serologico de sífilis al momento del parto

Propiciar la búsqueda y notificación del 100% de los contactos sexuales de las mujeres que durante el embarazo o que al momento del parto hayan sido diagnosticadas con sífilis, y garantizar el tratamiento adecuado de las personas identificados.

8.1.3 ESTRATEGIAS DEL PLAN

Coordinación con diferentes seccionales de salud del país a nivel departamental o municipal y con las diversas instituciones del sistema de seguridad social, para dar a conocer el proyecto y realizar los suministros de reactivos o medicamentos pertinentes.

Optimización del diagnóstico serológico y del tratamiento adecuado para sífilis, como componente prioritario de los programas de control prenatal desarrollados por las instituciones de salud estatales, y privadas.

Sensibilización y capacitación del equipo de salud incluyendo parteras con el fin de captar precozmente a las gestantes seropositivas y ofrecer tratamiento oportuno.

Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, con base en la notificación semanal de todas las instituciones de salud en donde se efectúe atención de parto y en la búsqueda y tratamiento de contactos catalogando así a la sífilis congénita como enfermedad de vigilancia intensificada, informada por el sistema de vigilancia alerta-acción.

Promoción y mercadeo social de los servicios preventivos y existenciales ofrecidos a las mujeres en edad reproductiva y en

particular a la mujer embarazada que no asiste a atención institucionalizada.

Diseño y edición de materiales educativos para prevención y control de la sífilis en sus diferentes formas y presentaciones.

Aumentar la cobertura del programa del control prenatal desde el primer trimestre.

Aumentar para el segundo año, la cobertura para el control de la sífilis a un 85% de las mujeres gestantes que atiende institucionalmente el sistema general de seguridad social en salud, con el respectivo estudio de contactos y de casos de sífilis congénita.

Aumentar para el tercer año la cobertura al 100% de las maternas atendidas por el sistema general de seguridad social en salud.

Incluir para el cuarto año al 100% de las maternas cuyo parto no es atendido institucionalmente.

8.1.4 ACCIONES CONCRETAS

El ministerio de salud a partir de la implantación del programa de eliminación de sífilis congénita, puso en marcha la difusión de este en todas las instituciones del salud, ya fueran del estado o privadas, delegando a las autoridades de salud competentes de cada departamento y estos a su vez por los municipios; el delegar la función de vigilancia y evaluación a estas personas garantiza la cobertura total del país bajo el plan, además de los comités evaluadores del desarrollo y ejecución del plan; por otra parte la secretaria de salud de cada municipio esta en la obligación de tener un comité o grupo de personas idóneas encargadas de la asignación de partidas para ejecutores de programas de vigilancia y promoción del evento.

Vigilancia y evaluación permanente del sistema de notificación y de sus inconvenientes.(15,24)

9. COMO SE MANEJA EL EVENTO DE LA SÍFILIS CONGENITA EN LA CIUDAD DE PALMIRA

El municipio de PALMIRA es la segunda ciudad mas grande del departamento del valle del Cauca, la mas cercana a la capital SANTIAGO DE CALI, pero irónicamente no es la ciudad que tenga los mejores programas de vigilancia y prevención sobre el evento.

En el municipio poco se conoce el trabajo de la secretaria de salud en lo que a vigilancia epidemiológica se refiere, el sistema de acción sobre el evento funciona dando partidas por medio de licitaciones a personas o entidades que se comprometen a establecer los programas y ejecutarlos, pero estas personas inician el proyecto pero no lo finalizan o simplemente no lo cumplen nunca, la falencia por parte de la secretaria esta en que ellos deben estar evaluando y realizando controles de cumplimiento de los programas, pero debido al numero reducido de personas que representan a esta entidad en el municipio no logra cumplir con el objetivo propuesto; los programas y los implementos que la secretaria del valle le delega a PALMIRA difícilmente llegan o son asignados, esto por que el canal para que se cumpla este fin es largo y además cuenta hasta ahora con encargados que no han tomado la vigilancia epidemiológica de la sífilis congénita con la relevancia que debiera.

En este año el grupo de epidemiología hace un esfuerzo grande para poder vigilar a los contratistas y velar por que se cumpla lo pactado pero el apoyo que reciben por parte de la seccional del valle no es el suficiente para poder cubrir todos los campos de acción en los que se debe involucrar.

9.1 ESTRATEGIAS Y ACCIONES LOCALES POR PARTE DE LA SECRETARIA DE SALUD EN LA CIUDAD.

- 1- se vigilo que los contratos fueran asignados a personas o entidades idóneas en campos de la salud y que realmente contaran con todos los requisitos para poder cumplir con los objetivos del programa con respecto al evento de sífilis congénita.
- 2- Se establecerán interventorias continuas para verificar la ejecución del programa, de no cumplirse con lo pactado el contratista deberá acogerse a la revocatoria del contrato y cumplir con las cláusulas de incumplimiento.
- 3- Se enviaran boletines de información tanto a entidades de salud tanto del estado como privadas, comunicando los últimos puntos que deben tenerse en cuenta para el evento.
- 4- Se dictaran charlas sobre la importancia de la vigilancia epidemiológica para sífilis congénita y el impacto que tiene esta enfermedad en el municipio.
- 5- se sancionaran y reportaran a las entidades que atiendan a mujeres embarazadas y que no cumplan con los requisitos mínimos para su asistencia.
- 6- Se publica de manera relevante la obligación que tienen toda entidad de suministrar atención y tratamiento a toda mujer que

presente sífilis durante su embarazo, este ella cubierta o no por un sistema de seguridad social.

- 7- Se vigilara la forma y constancia de notificación del evento por parte de las entidades que lo deban hacer.

10. PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA SÍFILIS DIRIGIDO ESPECIFICAMENTE A MUJERES

10.1 INTRODUCCIÓN

En Colombia desde el año 1996 se implantó el plan nacional de eliminación de sífilis congénita, que fue difundido en todas las seccionales de salud entre los años 1996-1997, este plan ayudo a corregir el subregistro debido a la implementación de medidas y formatos de reporte obligatorio para el manejo estadístico de todo el país, muestra de está contribución se evidencia en la incidencia de casos de sífilis congénita en 1985 0.97 x 1000 nacidos y en 1997 0.37 x 1000 nacidos. Por medio de este plan nacional se canalizo la información no sólo de casos si no también la información del manejo y tratamiento de sífilis congénita por parte de los entes de salud correspondientes para con los pacientes.

Por otro lado las normas establecidas por medio de este plan por ejemplo la que cita: “ toda mujer tiene derecho al manejo y control de la enfermedad durante el embarazo este o no afiliada al sistema de seguridad social; y la norma técnica de la resolución 412 del 2000”,

facilitan los derechos de las pacientes además de evaluar y regular los deberes de las instituciones de salud dando como resultado la internalización y apropiación del plan y sus objetivos.

El programa de control, prevención y vigilancia contra la enfermedad aquí expuesto, propone esquemas que provean a las mujeres de información acerca de la sífilis antes de que estas queden en embarazo y así prevenir la aparición de la sífilis congénita, también propone la implementación de las serologías como exámenes control para las mujeres, realizándolos dos veces al año y no sólo cuando exista indicios de la enfermedad. Este programa busca dar herramientas que faciliten el desempeño de los sistemas de vigilancia por medio de los formatos establecidos de reporte, dándoles la importancia que estos tienen y que por desconocimiento o por falta de concientización del evento no se les da. La implementación de este programa incluye evaluaciones en el tiempo que permiten la valoración de su desempeño e impacto en la población.

10.2 JUSTIFICACIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por el *Treponema Pallidum*, que repercute en el embarazo causando graves daños en el feto que van desde patologías superables hasta la muerte; esta enfermedad es objeto de vigilancia epidemiológica y está en proceso de erradicación por medio del plan de eliminación de sífilis congénita implantado en todo el país. Analizando las estadísticas de los últimos

años se ha podido concluir que hay un ascenso en el número de casos reportados, siendo conocedores de un subregistro significativo ya sea por mal manejo institucional o por desconocimiento del caso en las instituciones de salud.

En nuestro país el plan de eliminación de sífilis congénita se adoptó desde 1996 y la implementación de los recursos que este plantea tales como: el fortalecimiento de los programas de control, prevención y vigilancia del evento; el ente de salud encargado de vigilar y evaluar los programas en los departamentos es la Secretaría de Salud y sus asignados en los municipios. En la ciudad de Palmira los delegados de la secretaria de salud asignan presupuesto a contratistas para que ejecuten los programas, pero la responsabilidad llegaba hasta ahí, desde hace dos años para acá se ha tratado de corregir esta falencia realizando interventorías para el cumplimiento de los programas, a pesar de este esfuerzo la cobertura no alcanza a ser total y lo que es peor las evaluaciones que se han hecho muestran que los programas que hay para el manejo y el control de la sífilis congénita son deficientes y poco agresivos, los sistemas de vigilancia no se aplican y los reportes no se efectúan, por esta razón entre otras se propone el programa de vigilancia, control y manejo de la sífilis dirigido a mujeres con el fin de ayudar al sistema operativo de salud con nuevos programas que puedan causar mayor impacto en la población y que contengan mejores propuestas para la prevención y vigilancia del evento.

10.3 ANTECEDENTES

La sífilis congénita es una enfermedad que apareció en Europa y que fue regándose por todo el mundo con gran rapidez. Es considerada una enfermedad de vigilancia epidemiológica por el impacto que causa tanto en el niño como en la sociedad, las tasas de morbi-mortalidad que este evento presenta son elevadas , en nuestro país las tasas se encuentran entre 1.7% y el 3.4%; para el año de 1998 el departamento del Valle reporto el 31% del total de casos reportados en todo el país. En Colombia se adopto el plan de eliminación de sífilis congénita desde 1996 teniendo como herramienta principal para el logro de sus objetivos el fortalecimiento del sistema operativo de salud, enfocándose principalmente en los programas de vigilancia, control y prevención contra la enfermedad, el ministerio de salud delego a la secretaría de salud para que vigilara y evaluara el cumplimiento del plan en todos los departamento y municipios que a estos correspondan.

10.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa de vigilancia control y prevención de sífilis gestacional en los centros e instituciones de salud en la ciudad de Palmira, con el fin de disminuir las tasas de sífilis congénita.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Detectar tempranamente la presencia de sífilis en mujeres embarazadas y no embarazadas para el pronto tratamiento de la enfermedad.
- Diseñar charlas dirigidas a mujeres en embarazo y mujeres en edad fértil para el conocimiento de la enfermedad.
- Proporcionar los datos encontrados de la frecuencia de la enfermedad a la secretaría de salud del municipio y de esta manera facilitar el conocimientos de datos reales.
- Mantener comunicación entre los laboratorios que realizan los diagnósticos de la enfermedad y la secretaría de salud del municipio así este no sea anexo o pertenezca a una institución de salud.
- Establecer permanente evaluación de los logros que se obtengan con el programa.

10.5 ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN

Para la implantación de este programa se expondrá y sustentara el programa al grupo de epidemiología de la secretaría regional de salud y de la alcaldía de Palmira, con el fin de contar con su aprobación para difundir el programa en todas las instituciones de salud estatales, y regionales que están a cargo de estos. Luego se pondrá a conocimiento

de las entidades privadas de salud, para que estos puedan acceder a esta herramienta y lograr fortalecer su sistema operativa de vigilancia y control de la enfermedad.

Este programa tiene como característica que puede ser implantado a nivel formativo en los planteles educativos , en las jovencitas que entran en edad fértil, podrá ser manejado por los psicólogos de la institución o por el personal docente a fin con este tema; a su vez en los planteles educativo se puede tomar como opción de vigías de la salud para los estudiantes de últimos años de secundaria, la formación en la divulgación y ejecución del plan en lugares apartados o comunidades en donde el acceso a recursos de información sobre la enfermedad sean difíciles.

10.6 DESCRICION DEL SUBSISTEMA

PARA CADA INSTITUCIÓN

1. Separa la población femenina en dos grupos

- mujeres en embarazo
- mujeres no embarazadas en edad fértil

2. Charlas

Mujeres no embarazadas

- que es sífilis
- como se contrae
- cuales son sus manifestaciones

- como evoluciona
- como reconocer la enfermedad en mi pareja
- consecuencias de la enfermedad en el embarazo y fuera de el

MUJERES EN EMBARAZO

- que es sífilis
- como se contrae
- manifestaciones en el embarazo
- como afecta la enfermedad al feto en el embarazo y al niño
- consecuencias mutuas
- manejo de la enfermedad

3. Manejo de ayudas visuales y audiovisuales para ejemplificar el tema y mayor comprensión del, a través de charlas.

10.7 METODOLOGÍA

La institución que adopte y ejecute el plan deberá realizar charlas una vez por semana cada 15 días y comprometerse a mantener información en carteleras y folletos que estén al alcance del publico. Los médicos y enfermeras deberán encuestar a toda mujer que tenga de 14 años en adelante, que haya iniciado su vida sexual, con el formato establecido y el resultado del VDRL que se le practique. El examen de VDRL deberá ser tomado como control para estas mujeres cada seis meses; en caso de ser

comprobada la sífilis será reportado para el SIVIGILA caso probable y para el plan de eliminación los casos confirmados.

La institución deberá asumir la responsabilidad de la atención total de la mujer embarazada en caso de que esta tenga sífilis este o no con el sistema de seguridad social, garantizando el tratamiento y el manejo de la enfermedad para ella y para el bebe.

Se debe realizar un compendio o resumen mensual de los datos recogidos por consulta externa que deberá ser presentado al grupo de trabajo social en caso de que la institución no cuente con un grupo de epidemiología del municipio los casos confirmados de sífilis congénita.

Semestralmente se deberá evaluar el impacto del programa por medio de encuestas a las pacientes y el análisis de las tasa obtenidas.

10.8 ASPECTOS ETICOS

Los registros de las pacientes serán de carácter confidencial, y en caso tal que una de las pacientes embarazadas se le confirme sífilis será notificado el caso como un número pero no con su identidad, todas las mujeres tienen derecho a participar en la charlas y a que se les practique el VDRL, como control, si la mujer que sea reactiva esta embarazada tienen derecho al tratamiento y al cuidado, tanto de ella como el de su bebe por parte del cuerpo profesional de medicina de la institución.

Mensualmente se realizara una evaluación que será presentada y analizada por el grupo de epidemiología de la localidad y sólo ellos

podrán tramitar las diligencias de los reportes y notificación de no contar las instituciones con los formatos correspondientes.

11. RESULTADOS.

Los resultados encontrados en el análisis de tres años comprendidos entre(199-2001) en la ciudad de Palmira a las pacientes que asistieron a control prenatal a la Clínica Santa Beatriz de esta ciudad con respecto a sífilis gestacional serán descritos a continuación teniendo en cuenta que además de describir la reactividad de las mujeres ante este evento por medio de la tasa de prevalencia, se describirán otros datos encontrados en sus hojas clínicas y que pueden servir de referencia para describir aspectos que se relacionen directa o indirectamente con la enfermedad

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\text{numero de casos nuevos y viejos de la enfermedad}}{\text{Total de la población expuesta}} \times 1000$$

$$\text{Prevalencia} = 5/1096 \times 1000$$

$$\text{Prevalencia} = 5$$

5 de cada 1000 mujeres en embarazo en la ciudad de PALMIRA sufrieron sífilis gestacional entre los años 1999-2001.

El numero de mujeres en el estudio fue de 1096 de ellas se conoció, su zona de procedencia (rural o urbana), si tenían o no EPS, su edad, el numero de embarazos, antecedentes de enfermedades de

transmisión sexual, serologías reactivas anteriores al embarazo actual, a cuantos controles prenatales asistió, con su fecha y edad de gestación en la que asistió, los resultados del VDRL y FTA-ABS en el embarazo actual, si asistió curso sicoprofilactico y si se aplico la vacuna del toxoide tetanico.

Estos datos serán presentados relacionados unos con otros con el fin de describir la prevalencia de sífilis gestacional en el periodo mencionado y otros aspectos importantes.

Las edades encontradas en 1096 mujeres del estudio estaban entre 14 y 42 años, que al ser analizadas tienden a distribuirse en tres grandes grupos que se divide así: primer grupo entre 14 y 20 años, segundo grupo entre 21 y 27 años, y tercer grupo entre 28 y 42 años. De esta manera podrán ser evidenciados otros aspectos correlacionados con estos grupos de manera clara.

La edad promedio encontrada en las mujeres embarazadas que asistieron, fue de 24 años, con una DS de 5.689.

Tabla 1. Controles asistidos con respecto a los grupos de edad

EDAD en años	Primer control n %	Segundo control n %	Tercer control n %	Total
14-20	291 (26.5%)	179 (16.3%)	10 (1%)	480
21-27	454 (41.4%)	268 (24.4%)	23 (2.1%)	745
28-42	276 (25.2%)	156 (14.2%)	14 (1.3%)	446
Total	1021	603	47	1671

La anterior tabla describe el porcentaje de mujeres por grupo de edad que asiste a los controles prenatales: al primer control de las mujeres que tienen entre 14-20 años asisten el 26.5% (291 mujeres), entre 21-27 años asisten el 41.4% (454 mujeres), y entre 28-42 años asisten el 25.2% (276 mujeres), para un total de 1021 mujeres que corresponden al 93.1% asistentes al primer control de las 1096 mujeres (100%) incluidas en el estudio.

En el segundo control el comportamiento fue: entre 14-20 años asistieron el 16.3% (179 mujeres), entre 21-27 años el 24.4% (268 mujeres), y entre 28-42 años el 14.2% (156 mujeres), para un total de 603 mujeres (55%) asistentes al segundo control de las 1096 mujeres (100%) incluidas en el estudio.

Para el tercer control del primer grupo entre 14-20 asisten el 1% (10 mujeres), en el segundo grupo entre 21-27 años asistieron el 2.1% (23 mujeres), y en el grupo de 28-42 años asistió el 1.3% (14 mujeres) para un total de 47 mujeres (4.3%) de las 1096 mujeres (100%) en estudio.

Tabla 2. Reactividad con respecto a la zona de procedencia

Zona de procedencia	Casos reactivos	
	n	%
Rural	247 (22.5%)	2 (0.8%)
Urbana	849 (77.5%)	3 (0.3%)
Total	1096	5

La zona de procedencia se dividió en: Rural y Urbana mostrando que de 1096 mujeres analizadas el 22.5% (247 mujeres) son de procedencia rural y que el 0.8% (2 mujeres) de ellas fueron reactivas durante el embarazo. El otro 77.5% (849 mujeres) son de procedencia urbana y el 0.3% (3 mujeres) de ellas fueron reactivas durante el embarazo.

Tabla 3. Asistencia al curso sicoprofilactico con respecto a la reactividad en el embarazo

	Curso		Serología reactiva	
	n	%	Casos	%
No asistió	249	(22.7%)	1	(0.40%)
Asistió	847	(77.3%)	4	(0.47%)
total	1096		5	

De las 1096 mujeres del estudio el 22.7% (249 mujeres) no asistieron al curso psicoprofilactico y de ellas el 0.4% (1 mujer) fue reactiva durante el embarazo, y el 77.3% (847 mujeres) asistieron al curso y de ellas el 0.47% (4 mujeres) presentaron reactividad en el embarazo.

Tabla 4. Mujeres con serologías reactivas con respecto a la vinculación a una EPS

EPS			Serología reactiva	
	n	%	CASOS	%
Vinculadas	1026	(93.6%)	5	(0.48%)
No vinculadas	70	(6.4%)	0	

Un aspecto que se tuvo en cuenta fue el conocer si la mujer tenía o no una entidad prestadora de salud en el momento de presentar la reactividad en el embarazo y se observó que de las 1096 mujeres del estudio el 93.6% (1026 mujeres) si tenían EPS, y el 0.48% (5 mujeres) presentaron reactividad durante el embarazo.

Tabla 5. Curso psicoprofiláctico y vinculación a una EPS

EPS	Asisten al curso	No asisten al curso	Total N
No tienen	53 (75.7%)	17 (24.3%)	70
Tienen	196 (19.1%)	830 (80.9%)	1026
Total	249	847	1096

De las 70 mujeres (6.4%) que no tienen EPS el 75.7% (53 mujeres) no asisten al curso psicoprofiláctico, de las 1026 mujeres (93.6%) que si tienen EPS el 19.1% (196 mujeres) no asistieron al curso, y el 80.9% (830 mujeres) si asistieron al curso.

Tabla 6. Frecuencia de numero de embarazos y serologías reactivas

Numero de embarazo	Participante		Serología reactiva	
	n	%	n	%
1	663	(60.5%)	4	(0.6%)
2	294	(26.8%)	1	(0.3%)
3	113	(10.3%)		
4	21	(1.9%)		
5	5	(0.5%)		

El 60.5% (663 mujeres) habían tenido con este un solo embarazo y de ellas el 0.6% (4 mujeres) fueron reactivas, el 26.8% (294 mujeres) habían tenido con este 2 embarazos y de ellas el 0.3% (1 mujer) fue reactiva, el 10.3% (113 mujeres) habían tenido con este 3 embarazos, el 1.9% (21 mujeres) con este eran 4 embarazos y por ultimo el 0.5% (5 mujeres) con este era el 5 embarazo.

El promedio de números de embarazos encontrados es de uno.

Tabla 7. Distribución de números de embarazo con respecto al grupo de edad

Edad	Numero de embarazos									
	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
14-20	237-	73.1%	79-25%		5-1.6%		1-0.3%			
21-27	312-	65.3%	126-26.3%		38-8%		2-0.4%			
28-42	120-	39.8%	89-29.5%		70-23.2%		18-6%		5-1.5%	

De 1096 mujeres analizadas el 28.8% (316 mujeres) tienen entre 14 y 20 años y de ellas el 73.1% (231 mujeres) estaban embarazadas por primer vez, para el 25% (79 mujeres) era el segundo embarazo, para el 1.6% (5 mujeres) era el tercer embarazo, y para el 0.3% (1 mujer) era el cuarto embarazo.

Del 43.4% (478 mujeres) de las 1096 tienen entre 21 y 27 años para el 65.3% (312 mujeres) era el primer embarazo, para el 26.3% (126 mujeres) era el segundo embarazo, para el 8% (38 mujeres) era el tercer embarazo, para el 0.4% (2 mujeres) era el cuarto embarazo.

De las 1096 mujeres el 27.5% (302 mujeres) tenían entre 28 y 42 años de ellas para el 39.8% (120 mujeres) era el primer embarazo, para el 29.5% (89 mujeres) era el segundo embarazo, para el 23.2% (70 mujeres) era el tercer embarazo, para el 6% (18 mujeres) era el cuarto embarazo y para el 1.5% (5 mujeres) era el quinto embarazo.

12. DISCUSION

En este estudio se describe la prevalencia de sífilis gestacional en la ciudad de Palmira, los datos tomados de las pacientes en embarazo que acudieron a controles prenatales al laboratorio de la Clínica Santa Beatriz de esta ciudad entre 1999-2001. Se conocía que en el departamento del Valle durante 1998 se reportaron 9 muertes por sífilis congénita que correspondía al 31% de las muertes por esta causa en el país; aunque no se conozcan los datos de los resultados serológicos de los niños nacidos de madres que en este estudio presentaron reactividad, el dato de las serologías de las madres deja al descubierto la existencia del evento en la ciudad y puede decirse que de no manejar este factor de riesgo podrían ser consecuentes con el numero de casos de sífilis gestacional, los casos de sífilis congénita. La forma de establecer posibles relaciones o por lo menos para la descripción de factores entre si, se elaboraron tablas en donde se puede evidenciar los resultados de la información de los aspectos socio demográficos entre si y principalmente la relación con la reactividad de las mujeres con estos. La existencia de la sífilis en las mujeres gestantes que acudieron a la Clínica Santa Beatriz en Palmira en el periodo mencionado fue dado por la tasa de prevalencia en la que se vio que de cada 1000 mujeres gestantes que asistieron a control prenatal 5 fueron reactivas, el grupo de edad que más presento el evento fue el que va de 21-27 años con cuatro casos y aunque la

totalidad de ellas estaban vinculadas a una EPS no todas asistieron al curso psicoprofiláctico, este puede tomarse como recurso de información para la prevención y el control de la enfermedad; las mujeres que mas presentaron el evento fueron las que procedían del área urbana, siendo ellas las que tienen más facilidad y acceso a las entidades que prestan sus servicios y programas de atención prenatal; los centros que prestan este tipo de servicios deben conocer el plan de atención básica(PAB) con el fin de suministrar las medidas preventivas y vigilantes contra la enfermedad durante el embarazo, y así evitar la sífilis congénita en el niño, el PAB estipula junto con las estrategias del plan de eliminación de sífilis congénita que se deben hacer tres controles serologicos durante el embarazo, uno en cada trimestre gestacional, en el caso de los resultados encontrados en el estudio se vio que la mayoría de mujeres asisten a un sólo control y el número de ellas que asiste a dos controles se reduce a la mitad; el grupo de edad que mas asiste es el que va de 21-27 años, la mayoría de las mujeres está vinculada a una EPS y de este grupo que por derecho tiene acceso al curso psicoprofiláctico el numero de asistentes a él por parte de las pacientes vinculadas no es total. ¿Que está pasando?, ¿será que los programas y sistemas de salud ofrecidos en la ciudad no llenan las expectativas de las mujeres gestantes?, ¿será que no existe la suficiente información que concientize a las mujeres del peligro que corren ellas y sus hijos si contraen la enfermedad durante el embarazo?.

13. CONCLUSIONES

- La tasa de prevalencia de sífilis gestacional en la ciudad de Palmira entre los años 1999-2001 fue de 5 mujeres por cada 1000, lo que demostró la existencia del evento en la ciudad y su aporte en las tasas del departamento.

- De 1096 mujeres analizadas, las edades estaban entre 14 y 42 años pero tienden a agruparse en tres grupos: 1. 14-20 años 2. 21-27 años 3. 28-42 años; en donde es constante que los tres grupos asisten en mayor porcentaje al primer control al segundo el porcentaje disminuye casi a la mitad, y las que asisten a tres controles e una cantidad muy baja. También se nota que el grupo que más asiste a al menos dos controles es el de 21-27 años

-De las 1096 mujeres predomina la cantidad de mujeres de la zona urbana pero la reactividad aunque también predomina en esta zona, se ve que por él numero de procedentes de la zona rural él numero de reactividad es significativo.

-La cantidad de mujeres cubiertas por una EPS es elevado, pero no deberían existir mujeres sin este recurso; de las que no tienen EPS existe un numero que aunque pequeño buscan asistir al curso psicoprofilactico.

Aunque es mayor el número de cubiertas también lo es el número de mujeres que teniendo este recurso para aprovechar y asistir al curso no lo hacen.

-Es evidente que aunque el curso psicoprofiláctico es un recurso de información y prevención de la enfermedad, el número de casos reactivos predomina en las que asisten a él y no en las que no asisten. Esto abre la pregunta sobre la fortaleza y eficacia de la información que los cursos prenatales proveen a las futuras madres sobre los riesgos de contagio de la enfermedad durante el período de gestación y la educación en control de las consecuencias del evento en el feto.

-El mayor número de casos de reactividad se da en mujeres que están embarazadas por primera vez, a decir verdad este no es un factor directo en la enfermedad, pero pudiera ser que al conocer la información en el primer embarazo acerca del evento las madres se previenen más en no contraerlo y en los cuidados del embarazo en los posteriores al primero.

-Aunque la reactividad no se mostró en el grupo de mujeres entre 14-20 años, a este grupo se le debe enfatizar y recalcar la importancia de la educación, información y prevención en el evento ya que son el grupo que más embarazos presenta.

-El objetivo general que era conocer la prevalencia en el periodo mencionado se cumplió, los otros objetivos como la creación de un programa de promoción y control también se cumplió y ya puesto en el municipio como herramienta para fortalecer el sistema de atención y vigilancia epidemiológica en el evento. El otro objetivo sobre la educación a las madres queda para cumplimiento futuro cuando el programa sea puesto en marcha.

- Estos son los resultados serológicos de las mujeres gestantes, que asistieron a controles prenatales a la Clínica Santa Beatriz de la ciudad de Palmira que da lugar a posteriores estudios para el seguimiento de los resultados serológicos de los niños nacidos de madres reactivas, y así conocer la tasa de sífilis congénita actual en la ciudad.

14. RECOMENDACIONES

Aunque este estudio no demuestra asociación entre factores de riesgo, es importante, porque muestra la existencia de un evento que esta en vía de eliminación y, además, corrobora los datos de base notificados sobre la tasa en el departamento; estos resultados son una muestra de que esta fallando es el sistema de vigilancia en salud, con respecto a las medidas adoptadas como programas y atención básica a la gestante, que el municipio por falta de recursos más humanos que presupuéstales no vienen siendo ejecutados. Tal como lo plantea el plan de eliminación de sífilis congénita propuesto por la OPS/OMS, la base del cumplimiento de los objetivos esta por evaluarse en un momento mas aya del propuesto por el plan (año 2000) debido a la poca capacidad de los entes de salud de tomar medidas extremas frente a la enfermedad.

Es importante tomar este estudio como base para la realización de otros a partir de este ya que se comprueba la existencia del evento en una entidad de salud de la ciudad y la necesidad de hallar las causas del por que este va en ascenso y el plan no ha surtido efecto en él; claro lo primero a tratar será la forma de ejecución del plan y de las medidas que este plantea. Además, se deja creada una herramienta clave, el programa de vigilancia que permite escudriñar en los factores que inciden en la existencia del evento y dotar de educación e información a la mujer con el fin de que las utilice como medidas preventivas.

No se conocen los resultados serológicos de los niños nacidos de las mujeres en embarazo que en este estudio presentaron reactividad, lo que da otra alternativa a los estudios posteriores que se realicen a este, para hacer el seguimiento de los casos y corroborar las tasas actuales de sífilis congénita y compararlas con las tasas ya encontradas.

BIBLIOGRAFIA

1. Barberis il, Pajaro Mc Godinos, Pascual S, Pascual L, Rodriguez I Agüero M, Ordoñez C, *Survey of sexually transmitted diseases in the region of rio cuarto*. Medicina B aires 1998, 58(5 pt 1) 469-73.
2. Daniel SK, Ferreyhough H. *Specific direct fluorescent antibody detection of treponema pallidum*. Health La sc. 1977; 14:169-171.
3. Diaz, Ospina, Orozco, Estrada. *Fundamentos medicina (ETS) clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención*. 1995
4. *Eliminación de la sífilis congénita en Colombia: una paradoja social*. Iquen vol 6 N 16-2001 (30 agosto).
5. Evans HE, Frenkel LD: *congenital syphilis*. Clinic perinatal. 1994; 21(1).
6. Farley TA, Kahn RH, Johnson G, Gohen DA. *Strategies for syphilis prevention: findings from surveys in a high-incidence area*. Sex transm DIS 2000 Jul; 27(6): 305-10.
7. Fonck K, Claeys P, Bashir F, Bwayo J, Fransen L, Temmerman M. *Syphilis control pregnancy: effectiveness and sustainability of decentralized program*. Amj Public Health. 2001 May; 91(5): 705-7.
8. *From the Centers Diseases Control and prevention congenital syphilis Uniteded States 2000*. Jama.2001 Aug; 286(5):529-30.
9. Gayle HD, Counts GW. *Syphilis elimination: a unique time in history*. JAM Med Womens Assoc. 2001 winter;56(1): 2-3.
10. Genc Mehmet. *Syphilis in pregnancy*. Sex transm infect. 2000; 76(2): 73-79.

11. *Guía de atención de la sífilis congénita*. Ministerio de salud, Dirección general de promoción y prevención.
12. *Hoja informativa de sífilis*, Public health, seattle, Wa USA, November 12, 2001.
13. Hollier LM, Harstad TW, Sanchez Pj, Twickler DM, Wendel GD Jr. *Fetal syphilis: Clinical al laboratory characteristics*. *Obstet. Gynecol.* 2001 jun 97(6): 947-953.
14. Joklik, Willett, Amos, Wilfret. *Zinsser microbiologia*. 20. Edicion, edit. Panamericana, octubre de 1996 Buenos Aires Argentina. Pags 893-903.
15. *La vigilancia en salud publica en el plan de eliminación de la sífilis congénita en Colombia*. Ministerio de Salud
16. Lukehart SA, Holmes KK: sífilis en: *Principios de medicina interna Harrison*. 14 edicion. Edt. Mc Graw Hill vol 1.
17. Makulowich GS. *Epidemic syphilis*. *AIDS patient care stds*. 1998 Mar; 12(3): 233-4.
18. Maria Jimena Guevara R, Santiago Estrada M, sífilis congénita:" *El diagnostico clínico y de laboratorio es un reto para el médico*", Púb. de salud pública de Antioquia.
19. Mc Farlin B. *Epidemic syphilis: maternal factors associated with congenital infection*. *Am J obstet Gynecol*.
20. Misir P. *partner notification as prevention strategy: a social system prespective*. *AIDS patient care STDS* 1999 jun;13 (6): 327-34.
21. *Mmwr Morb. Congenital syphilis United States 2000*. *Wkly* 2001 Jul 13;50 (27): 573-7.

22. Peihong J, Zhiyong L, Rengui C, Jian Lo. *Early congenital syphilis*. Int. Dermatol 2001 Mar; 40 (3): 198-202.
23. Perez Enrique. *Métodos inmunológicos y su interpretación*. Universidad de Caldas. 1998
24. *Plan de eliminación de la sífilis congénita en Colombia*. Ministerio de Salud.
25. *Protocolos de vigilancia epidemiológica*. Instituto nacional de Salud
26. Ray,Joel. Lues-Lues: *Maternal and fetal considerations of Syphilis*. Obstetrical and Gynecological survey.1995; 50(12):845-849.
27. Ronald A, Plourde P. *why are syphilis control programs falling?.* Int J infect DIS 1998 jan-mar; 2(3):121-2.
28. Sambie I, Meda M, Cartoux M, Tiendrebeogo S, Ovangre A, Yako S, Ky-Zerbo O, Dao B, Van de Perrep, Mandelbrot L, Dabis F. *Seroprevalence of syphilis among women attending urban antenatal clinics in Burkina, 1995-8, the ditrame study group disminuation de la trasmision mere-enfant*. Sex transm. Infect. 2000 aug 76(4): 314-6.
29. *Sífilis congénita*. DA Acmes vol 5 N 2 segundo semestre 1996.
30. Trujillo L, Muñoz D, Gotozzo E, Yia, Watts DM. *Sexual practices and prevalence of vih/htlv I/II and treponema pallidum among clandestine female sex workers in Lima Peru*. Sex transm DIS. 1999 feb; 26(2):115-8.
31. Velez Hernan A, Botero David. *Fundamentos de medicina, enfermedades infecciosas*. Corporación para investigaciones Biologicas, Medellín Colombia, tercera edición. Pag618-625.

32. Van den Hoek A, Yuliang F, Dukersnh, Zhiheng C, Jiangting F, Lina Z, Xiuxing Z. *High prevalence of syphilis and other sexually transmitted diseases among sex workers in china: potential for fast spread of HIV.* AIDS.2001 apr 13; 15(6): 753-9.
33. Wicher V, Wicherk. *Pathogenesis of maternal-fetal syphilis revisite.* Clin. Infect Dis 2001 Aug 1; 33 (3): 354-63.

ANEXO

ANEXO 1.FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

FORMATO DE DATOS PARA ANALISIS DE PREVALENCIA DE SÍFILIS
GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA CLÍNICA SANTA
BEATRIZ DE PALMIRA (1999-2001)

INFORMACIÓN

CODIGO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
EDAD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ZONA DE PROCEDENCIA	<input type="checkbox"/>
0.NO 1.SI	
TIENE EPS	<input type="checkbox"/>
0.NO 1. SI	
ANTECEDENTES	
EMBARAZO N°	<input type="checkbox"/>
0.NO 1.SI	
ANTECEDENTES SEROLOGIAS REACTIVAS	<input type="checkbox"/>
0.NO 1.SI	
CONTROLES PRENATALES	
ASISTIO AL PRIMER CONTROL	<input type="checkbox"/>
0.N0 1.SI 8.NO HAY DATO	

FECHA DEL PRIMER CONTROL

EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL

ASISTIO AL SEGUNDO CONTROL

0.NO 1.SI 8,NO HAY DATO

FECHA DEL SEGUNDO CONTROL

EDAD GESTACIONAL DEL SEGUNDO CONTROL

ASISTIO AL TERCER CONTROL

0.NO 1.SI

FECHA DEL TERCER CONTROL

EDAD GESTACIONAL DEL TERCER CONTROL

INFORMACIÓN CLINICA

FUE VACUNADA CONTRA TETANOS

0.NO 1.SI

CUAL FUE EL RESULTADO DEL VDRL DURANTE SU EMBARAZO

0.NR 1.R

SI FUE REACTIVA EL RESULTADO DEL FTA FUE

0.NEGATIVO 1.POSITIVO

ASISTIO A CURSO PSICOPROFILACTICO

0.NO 1.SI

**PREVALENCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL EN LA
CLINICA SANTA BEATRIZ DE PALMIRA**

AUTOR:

NANCY DEL PILAR LINARES LOPEZ

Dra. ANGELA UMAÑA MUÑOZ
Decana Académica
Facultad de Ciencias Básicas

Dra. AURA ROSA MANASCERO G.
Directora Carrera Bacteriología