

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
DR. AGOSTINHO NETO
GUANTANAMO

SIFILIS CONGENITA. ESTUDIO DE ONCE AÑOS.

*Dra. Gloria Abijana Damién¹, Dra. Mayra López Millán²,
Dra. Norka M. Simonó Bell³, Dr. Jorge Jané Rivas⁴, Dr. Wilfredo
Alonso Campello.⁵*

RESUMEN

Se estudió el comportamiento de la sífilis congénita en la provincia de Guantánamo durante los años 1987-1998 con el objetivo de identificar los aspectos epidemiológicos y factores que determinaron su aparición, se realizó una estrategia de intervención y se compararon los resultados. Fueron diagnosticados 19 casos antes de la intervención, registrándose el mayor número de ellos en 1995; predominó la forma clínica sintomática y fueron los más afectados los pacientes de 1 a 2 meses y el sexo masculino y la no realización de serología en el 3er trimestre fue factor de mayor importancia en la detección precoz de la enfermedad. Se concluye que la vigilancia clínico-epidemiológica es fundamental en la prevención de la sífilis congénita.

Palabras clave: SIFILIS CONGENITA/epidemiología.

¹ *Especialista de I Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar de Dermatología Hospital General. Docente "Dr. Agostinho Neto".*

² *Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Instructor de MGI. Dirección Municipal. de Salud.*

³ *Especialista de I Grado en Obstetricia. Profesor Asistente de MGI. Policlínico Docente "Mártires del 4 de Agosto".*

⁴ *Especialista de I Grado en Epidemiología. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología.*

⁵ *Especialista de I Grado en MGI. Instructor de MGI. Dirección Provincial de Salud.*

INTRODUCCION

Desde el año 1991 han sido trazadas por la OMS, las estrategias para la eliminación de la sífilis congénita en las Américas. En 1993, en la Conferencia de Ministros de Salud de países iberoamericanos, se hizo la recomendación para adelantar un plan tendiente al control de la misma. En 1994, la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana hizo un llamamiento a la formulación de un plan regional de acción para la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en las Américas, siendo el propósito del mismo reducir la tasa de incidencia a 0,5 por mil nacidos vivos.¹

Nuestro país siempre ha mantenido un programa de eliminación que en estos últimos años se ha reforzado, considerándose como un problema trazador de los programas de salud pues refleja a que punto se realiza un adecuado control prenatal de la sífilis congénita. Durante mucho tiempo la sífilis congénita en Guantánamo se mantuvo con cifras poco significativas registrándose en el año 1995 un incremento en el número de casos, lo cual nos obligó a fortalecer el programa de prevención existente con el objetivo de erradicar los factores que influyeron en el aumento de las mismas una vez identificados, es por ello que realizamos la investigación que hoy exponemos.

METODO

En el período comprendido entre 1987-1998 se notificaron 19 casos de sífilis congénita en la provincia Guantánamo, lo que constituyó el universo de estudio, el dato secundario se obtuvo de las historias clínicas de los recién nacidos afectados, las historias obstétricas de las madres y los registros estadísticos, el dato primario lo logramos mediante las encuestas epidemiológicas, así como entrevistas directas con las madres para obtener mayor información discutiéndose y analizándose cada caso con los médicos de la atención primaria en relación con la atención del embarazo.

Los datos obtenidos se llevaron a fichas de vaciamiento, y se confeccionaron tablas de una y doble entrada, se procesaron en computadoras mediante el paquete estadístico EPI INFO V-6. El plan de acción para la intervención se diseñó sobre la base de criterios de expertos fortaleciendo las áreas claves, identificadas en nuestra provincia, tomando como referencia el Programa Nacional.

RESULTADOS Y DISCUSION

La sífilis congénita resulta de la transmisión transplacentaria de espiroquetas (*Treponema pallidum*) por lo que la madre puede transmitir la infección a su feto dentro del útero, constituyendo una razón potencial para efectuar pruebas serológicas para sífilis durante el embarazo^{2,3,4}.

En el período analizado las tasas son relativamente bajas en casi todos los años, con excepción del año 1995 que la tasa aumenta a 0,7 (Tabla 1) para caer en cero en los 3 años siguientes, lo cual coincide con la intervención realizada (anexo 1).

La sífilis congénita sintomática (Tabla 2) representó el 79%, sólo 4 casos son lactantes; se señala que si la madre adquirió la enfermedad tardíamente en el embarazo pueden nacer asintomáticos dependiendo las lesiones fetales del número de treponemas que pasan la barrera placentaria que es mayor cuanto más próxima es la fecha de infección.^{5,6}

Ghadoname y col.⁷ en un estudio realizado en el Departamento de Enfermedades Infecciosas encontraron la sífilis congénita más frecuente en las edades de 1-4 meses. El mayor número de casos en nuestro trabajo estuvo comprendido entre 1-2 meses (Tabla 3).

Las manifestaciones cutáneas, obstrucciones nasales y alteraciones radiológicas resultaron las más frecuentes, coincidiendo con la literatura revisada⁷⁻¹⁰ (Tabla 4).

El factor que incidió en la aparición de casos fue la no realización de la serología en el tercer trimestre del embarazo (Tabla 5) nuestro estudio coincide con otros autores.¹¹

CONCLUSIONES

1. El no adecuado cumplimiento de los parámetros clínico-epidemiológicos determinaron un incremento del número de casos de sífilis congénita.
2. Los resultados de la intervención oportuna del personal de salud fueron notorios desde 1996 a 1998 con la erradicación de la sífilis congénita en la provincia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Eliminación de la Sífilis Congénita en Colombia. Protocolo Nacional. Santa Fe de Bogotá: Dirección General de Promoción y Prevención, 1995: 3-5.
2. Behrman RE, Vaughan VC, Nelson NE. Sífilis En: Tratado de Pediatría de Nelson. Ged SI: 1997 TI: 753-57.
3. Cruz Hernández M. Espiroquetosis. Sífilis En: Tratado de Pediatría. 5 ed. Barcelona: Esperix, 1983:1655-1664.
4. Jones HW. Enfermedades benignas de la vulva y vagina En: Jones HW, Wentz AC, Burnet JS. Tratado de Ginecología de Novak, II ed. México: Interamericana. MC. Graw-Hill, 1991:512.
5. Escobar R, CE. Sífilis. En: Falabella PR, Escobar RCE, Giraldo RN. Fundamentos de Medicina: Dermatología. 4 ed. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas, 1990:242-3.
6. Schwarcz RL, DuvergerCA, Díaz A G, Feacina RH. Enfermedades maternas inducidas por el embarazo o que lo complican. En: Obstetricia. 5 ed. Buenos Aires: El Ateneo 1995:284-285.
7. Ghadouane M, Benjelloun DS, Elharim-Roudies L, Jorio Benkharaba M, Malki-Tari A. Skeletal lesions in early congenital syphilis (a review of 86 cases). Rev Rhum Engl Ed 1995; 62(6):433-7.
8. Schaffer AJ, Avery ME. Treponematoses. Sífilis Congénita. En: Enfermedades del Recién Nacido. 4 ed en español. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1981; 72:859-861. (Edición Revolucionaria).
9. Pieper CH, Van Gelderen WF, Smith, Kirsten GF, Mohrcken S, Gie RP. Chest radiographs of neonates with respiratory failure caused by congenital syphilis. Pediatr Radiol 1995; 25(3):198-200.
10. Coles FB, Hipp SS, Silberstein GS, Chen JH. Congenital Syphilis surveillance in New York. J Infect Dis 1995; 171(3):732-5.
11. Lim CT, Kch MT, Sivanesaratnam V. Early Congenital Syphilis a continuing problem in Malaysia. Med J Malaysia 1995; 50(2):131-5.

ESTRATEGIA DE INTERVENCION
PARA LA ELIMINACION DE LA SIFILIS CONGENITA.

<u>Estrategia</u>	<u>Metas</u>	<u>Acciones realizadas</u>
Capacitación al personal de salud.	1. Capacitación al 100% del personal de salud en el proceso diagnóstico, tratamiento y control.	1. Taller Provincial sobre sífilis congénita a M. G. I., pediatras, neonatólogos y obstetras.
2. Captación precoz del embarazo.	2. Notificar, tratar y controlar al 100% de las embarazadas con serologías reactivas.	2. Dos cursos anuales de adiestramiento a los médicos generales básicos.
3. Mantenimiento del tratamiento gratuito y controlado.	3. Control de la realización de la serología en el 1ro y 3er trimestre del embarazo y el parto según normas nacionales por las medidas de A.P.S.	3. Visita de supervisión y control trimestrales a los municipios.
4. mantenimiento de la notificación y el control epidemiológico de las embarazos con serologías reactivas y sifilíticas.	4. seminariar al 100% de los médicos generales básicos incluyendo este tema dentro del módulo de familiarización.	4. Diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico de todas las E.T. S. según las orientaciones vigentes.
5. Levantamiento provincial de todas las gestantes.		5. Capacitación en cascada para garantizar un adecuado desempeño.
6. Educación sanitaria a la población (prensa, radio, TV).		6. Control estadístico semanal y mensual de todos los casos notificados, análisis por el Grupo Prov. y disciplinas afines.
7. Distribución de materiales educativos para la prevención y control de la sífilis congénita.		

**TABLA 1. SIFILIS CONGENITA.
TASA X 100 NACIDOS VIVOS.**

AÑOS	SIFILIS CONGENITA	
	No	TASA
1987	1	0,09
1988	2	0,17
1989	2	0,19
1990	2	0,19
1991	2	0,21
1992	1	0,11
1993	2	0,21
1994	1	0,12
1995	6	0,71
1996	-	-
1997	-	-
1998	-	-
TOTAL	19	-

FUENTE: Dpto. Prov. Estadísticas.

TABLA 2. SIFILIS CONGENITA SEGÚN NORMAS CLINICAS.

AÑOS	SINTOMATICA		LATENTE		TOTAL
	No.	%	No	%	
1987	1	100	-	-	1
1998	1	50	1	50	2
1989	1	50	21	50	2
1990	2	100	-	-	2
1991	2	100	-	-	2
1992	1	100	-	-	1
1993	2	100	-	-	2
1994	1	100	-	-	1
1995	4	67	2	33	6
1996	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-
1998	-	-	-	-	-
TOTAL	15	79	4	21	19

FUENTE: DPTO. PROV. ESTADÍSTICA.

TABLA 3. SIFILIS CONGENITA SEGUN SEXO Y EDAD.

EDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	No	%	No	%	
1 MES	1	25	3	75	4
1-2 MESES	8	66,6	4	33,3	12
3 Y + MESES	-	-	3	100	3
TOTAL	9	47,3	10	52,6	19

FUENTE: DPTO. PROV. ESTADÍSTICAS.

**TABLA 4. SIFILIS CONGENITA SINTOMATICA.
MANIFESTACIONES MAS FRECUENTES.**

MANIFESTACIONES	No.
Obstrucción nasal y/o rinitis	8
Lesiones cutáneas	9
Inflamación de articulaciones y/o dolor a la movilización	6
Hepato-esplenomegalia	6
Anemia	5
Alteraciones Rx (óseas y respiratorias)	10

FUENTE: Encuesta Epidemiológica.

TABLA 5. FACTORES QUE INCIDIERON EN LA APARICION DE LA SIFILIS CONGENITA.

FACTORES	No.
No realización de la serología en la atención pre-natal	4
No realización serológica al ingreso (parto)	10
Examen clínico superficial	3
No tratamiento oportuno gestante con serología reactiva	2

FUENTE: Encuesta Epidemiológica.