

**SÍFILIS CONGÉNITA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER,
BUCARAMANGA (COLOMBIA), 2006 - 2007**

DRA. CECILIA DEL CARMEN MATOS MAREÑO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
2008**

**SÍFILIS CONGÉNITA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER,
BUCARAMANGA (COLOMBIA), 2006 - 2007**

Proyecto de grado para optar el título de Especialista en Pediatría

ASESOR CLÍNICO

Dr. LUÍA ALFONSO PEREZ VERA

Medico Pediatra

ASESOR EPIDEMIOLOGICO

Dr. LUIS ALFONSO DÍAZ MARTÍNEZ

Médico Pediatra Epidemiólogo.

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
BUCARAMANGA
2008**

CONTENIDO

		Pág.
	INTRODUCCIÓN	8
1.	JUSTIFICACIÓN	10
2	MARCO TEÓRICO	12
3	OBJETIVOS	15
3.1	OBJETIVOS GENERALES	15
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4.	MATERIALES Y MÉTODOS	16
5.	RESULTADOS	18
6.	DISCUSIÓN	23
7.	CONCLUSIÓN	26
8.	RECOMENDACIÓN	27
9.	BIBLIOGRAFÍA	28

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Casos de SC informados por el HUS, 2002-2005	9
Tabla 2. Características de las madres de los pacientes con SC	20
Tabla 3. Recepción de tratamiento al padre de los neonatos con SC	21
Tabla 4. Variables estudiadas en los recién nacidos	22

RESUMEN

Título: SÍFILIS CONGÉNITA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, BUCARAMANGA (COLOMBIA), 2006 - 2007*

Autor: CECILIA DEL CARMEN MATOS MAREÑO.**

Palabras Claves: Sífilis materna, sífilis congénita.

Descripción:

Antecedentes. La sífilis congénita (SC) aumenta en nuestro país a pesar de existir un programa diseñado para su control. Se requiere conocer las características de los afectados y sus padres, para implementar medidas de control.

Objetivo. Caracterizar los casos de SC atendidos en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia), entre Junio/2006 y Septiembre/2007.

Materiales y métodos. Estudio de corte transversal prospectivo. Se analizaron variables socio demográficas y clínicas de los recién nacidos y sus padres.

Resultados. Se presentaron 36 recién nacidos (RN) con SC. Nueve sintomáticos (25%), 6 con compromiso del sistema nervioso central (16.7%); 2 murieron (5.6%). En 12 casos (33.3%) las madres no hicieron control prenatal; 16 (44.4%) no aparecen inscritas al sistema de seguridad social en salud. Tres madres (8.3%) infectadas por VIH; 6 (16.7%) con más de 9 compañeros sexuales y 10 (27.8%) con un compañero sexual; 8 (22.2%) usó drogas ilícitas. El diagnóstico de sífilis fue hecho en el tercer trimestre del embarazo en 15 casos (41.7%) y 14 (38.9%) en postparto. El 47.2% de las madres no recibió tratamiento durante el embarazo (17 casos); 25 padres (69.5%) no lo recibieron.

Conclusiones. Pese a que la Sífilis Congénita es una enfermedad de carácter prevenible en el Hospital Universitario de Santander se encontraron 36 casos de SC entre junio de 2006 a septiembre 2007. Sobresalen factores inherentes a la madre, a su entorno y al acceso al servicio de salud que hacen que la SC aumente en nuestro medio. Para modificar la incidencia de la SC es mandatorio mejorar la calidad del Control Prenatal, garantizar el acceso y captación de las gestantes de manera oportuna, lograr adherencia a los protocolos de manejo por parte de las IPS para poder mejorar la calidad de vida de la infancia en Santander.

* Trabajo de grado

** Facultad de Salud. Especialización en Pediatría. PEREZ VERA, Luis Alfonso

SUMMARY

TITLE: "CONGENITAL SYPHILIS AT HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (SANTANDER UNIVERSITY HOSPITAL) IN BUCARAMANGA (COLOMBIA). 2006-2007"*

Author: MATOS MAREÑO, Cecilia del Carmen, M.D. **

Key words: Maternal Syphilis. Congenital Syphilis

DESCRIPTION:

Overview: Congenital syphilis is increasing in Colombia despite of the program specifically designed for its control. Understanding the characteristics of affected individuals and their parents are of the essence for the implementation of control measures.

Objective: Characterize the cases of congenital syphilis at *Hospital Universitario de Santander* in Bucaramanga, Colombia from June 2006 to September 2007.

Materials and Methods: Prospective transversal study. Social, demographic, and clinical variables in newborn babies and their parents were analyzed.

Results: 36 cases of congenital syphilis were found. Nine newborn babies showed symptoms (25%); 6 of them had a compromise of the Central Nervous System (16.7%) and 2 of them died (5.6%). 12 mothers (33.3%) were not under a prenatal control program. 16 of these mothers (44.4%) were not registered in the Social Security System. 3 mothers (8.3%) were positive for HIV. 6 mothers (16.7%) had a history of more than 9 sexual partners and 10 (27.8%) reported to have only 1 sexual partner. 8 mothers (22.2%) were drug addicts. Syphilis diagnosis was conducted on third trimester of pregnancy in 15 cases (41.7%) while 14 cases were detected after birth. 47.2% of the mothers did not receive any treatment during pregnancy (17 cases). Conversely, 25 fathers (69.5%) did not receive treatment against this condition.

Conclusions: Persistence of congenital syphilis cases at *Hospital Universitario de Santander* is the result of the high percentage of mothers (among those who gave birth to children with congenital syphilis) that are not registered at the Social Security System or are not under any prenatal control. Furthermore, the late treatment of gestational syphilis as well as the lack of treatment of affected couples contribute also to this persistence of presentation. Correction of these variables would improve the situation.

* Graduation work

** Facultad de Salud. Especialización en Pediatría. PÉREZ VERA, Luis Alfonso

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual por contacto directo con lesiones ricas en espiroquetas o transfusional, principalmente; transmitida en forma vertical al feto, provocándole diferentes daños que se relacionan con el momento del embarazo en que adquiere la infección y en el que recibe tratamiento la madre. La afectación fetal puede tener mortalidad de hasta 54%, especialmente cuando se relaciona con prematuridad.¹

La sífilis congénita (SC) es una enfermedad prevenible en la medida que la infección sea detectada oportunamente en la madre y tratada en forma adecuada durante la gestación con penicilina cristalina. Esto ha conducido al desarrollo de programas destinados a su eliminación². Existen protocolos para el manejo de la embarazada con sífilis y varios escenarios para el manejo de sus hijos, los cuales ha sido normatizados por los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) y el Ministerio de la Protección Social^{3,4}.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido el objetivo de eliminar la SC como problema de salud pública, buscando reducir la incidencia a 0.5 casos o menos por mil recién nacidos, incluidos mortinatos⁵, objetivo que no ha sido alcanzado en el país⁶. Según la OPS, en el 2003 la SC en América Latina y el Caribe, presentaba una incidencia por mil nacidos vivos de entre 0.0 en Cuba y 4.0 en Brasil⁴.

En Colombia, la incidencia de SC ha presentado una tendencia al incremento en los últimos años. Es así, que para el 2000 esta fue de 0.98 por mil nacidos vivos^{7,8}, para 2002 había aumentado a 1.25 por mil nacidos vivos⁹, y en 2005 fue de 1.29 por mil nacidos vivos⁶. En particular en el departamento de Santander la incidencia

de SC para 2005 fue de 0.4 por mil nacidos vivos (13 casos)¹⁰. En este departamento, durante los últimos años se ha presentado una estabilidad en la frecuencia de enfermos con sífilis¹¹.

En el servicio de Recién Nacidos del Hospital Universitario Ramón González Valencia, actualmente Hospital Universitario de Santander (HUS), en los últimos años se ha registrado un número de casos de SC que se ha mantenido estable a lo largo del tiempo según información suministrada por la Unidad de Epidemiología del HUS¹² (Tabla 1).

Tabla 1. Casos de SC informados por el HUS, 2002-2005

Año	No. Casos Reportados
2002	40
2003	35
2004	42
2005	44

El objetivo del estudio de realizar la caracterización socio demográfica y epidemiológica de los pacientes con SC y sus padres, a partir de los casos que ingresaron entre Junio de 2006 y Septiembre de 2007, a fin de encontrar posibles explicaciones al fracaso en la prevención de esta entidad y su condición clínica.

1. JUSTIFICACIÓN

El sistema de vigilancia epidemiológica normalizado en la Resolución 00412 del 2.000 emanada del Ministerio del Salud de Colombia logra identificar a las madres gestantes que presentan sífilis y si estas reciben el tratamiento adecuado y en forma oportuna, sería posible la disminución en el número de casos.

Como estos casos en el H.U.S. han permanecido en niveles similares en los últimos cuatro años pensamos que estudiando los que se presenten en forma prospectiva durante un año es posible identificar las fallas en la aplicación de la estrategia para disminuir la sífilis congénita lo que nos podría dar luces para mejorar la prevención.

La prevención de las enfermedades de transmisión sexual cada vez adquiere mayor relevancia dada la amenaza de la extensión de enfermedades catastróficas tanto en lo individual como en lo colectivo como el síndrome de inmunodeficiencia adquirido.

La realización de una investigación que esté orientada a caracterizar los casos de pacientes con sífilis congénita que son atendidos en el Hospital universitario de Santander durante un año se justifica, entre otras razones, debido a que las estadísticas sobre población afectada presentan limitaciones, la información sobre pacientes es incompleta, el número de casos presentados en los años anteriores es alto a pesar que los últimos cuatro años es estable. Por lo tanto, no se conoce la verdadera característica de los casos.

De otra parte, el análisis de las historias clínicas, la captura y análisis de información complementaria sobre las mujeres y niños tratados por sífilis congénita es un procedimiento costo-efectivo, económico y posible de realizar.

En el contexto regional y local de esta investigación, es decir, en el departamento de Santander, Colombia, no se ha efectuado un estudio actualizado de la prevalencia de la sífilis congénita y evaluación de la efectividad de los programas de prevención y control de la infección, lo que pone de manifiesto la importancia y pertinencia de este estudio en el ámbito de la salud, dada su novedad, viabilidad y valía.

2. MARCO TEORICO

La transmisión intrauterina de una madre infectada a su feto explica la mayoría de casos de sífilis congénita, es muy rara la transmisión en el momento del parto a partir del contacto con lesiones genitales (4).

La transmisión en el útero puede ocurrir temprano, a las 9 – 10 semanas de gestación(5). El determinante más importante del riesgo de transmisión al feto es el estado de la sífilis materna; cuando la madre presenta sífilis primaria, secundaria, latente temprana o latente tardía, el riesgo es de 50%, 50%, 40%, 10% respectivamente, de tener un producto con sífilis congénita (4). El riesgo de infección fetal es mayor entre mas avanzado este el embarazo (6). La infección concomitante de HIV y treponema pallidum aumenta la posibilidad de paso transplacentario de ambos patógenos al feto (4).

Si la madre afectada recibe tratamiento antes de un mes del parto, la mortalidad y morbilidad del feto disminuye en forma notable (7). El feto afectado puede presentar muerte fetal temprana o tardía. Los sobrevivientes pueden tener compromiso de múltiples órganos, si no reciben el tratamiento adecuado, se presentan secuelas.

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año la sífilis gestacional es responsable de 460.000 abortos o recién nacidos enfermos, 270.000 casos de sífilis congénita y el nacimiento de 270.000 recién nacidos prematuros o de bajo peso (8). El número de casos de sífilis congénita depende del manejo antenatal.

En Estados Unidos hubo 13,4 casos por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2.000 (9). Nueve casos de sífilis presuntiva en el Reino Unido entre 1.994 y 1.997 (10). En África, la sífilis congénita es el 1% de las admisiones pediátricas (11,12).

Los eventos adversos durante el embarazo son doce veces más frecuentes en mujeres con sífilis que en las seronegativas (13). Luego del tratamiento se presentan 2.5 veces mas eventos adversos que en las no infectadas (14).

En 1.990 en la Federación Rusa, 544 de 850 (64%) de las mujeres embarazadas con sífilis, sus hijos tuvieron sífilis probable o confirmada. El 40% no recibieron control prenatal y 86% de estas desarrollaron sífilis congénita. Cerca del 26% de los embarazos terminaron en muerte fetal o enfermedad neonatal. Esta proporción incluye muerte fetal tardía (7%), recién nacidos enfermos (16%) y muerte neonatal (3%) (15).

En Zambia, el 24% de los recién nacidos enfermos y el 30% de la mortalidad perinatal fueron atribuidas a sífilis congénita (16). La fatalidad en África en casos de sífilis congénita sintomática varia entre 15% en Mozambique (12) a 38% en Sudáfrica (17).

Un factor importante para la presencia de la sífilis congénita en forma global es la falta de un adecuado cuidado prenatal (18). Los factores de riesgo colectivos son: pobreza, infección por VIH, abuso de sustancias, baja utilización del sistema de salud. Los factores de riesgo individuales incluyen: la edad, antecedentes del recién nacido enfermo, múltiples compañeros sexuales, comportamiento sexual de riesgo para infección de transmisión sexual y ser VIH positivo (14,19).

En Colombia en un estudio realizado por el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública SIVIGILA, la notificación de casos del año 1999 al 2.001 encontró que el 62% de las madres fueron no afiliadas al sistema general de seguridad social en salud, el 32% pertenecen al régimen subsidiado y el 6% al contributivo. En el 46% de los casos no hubo control prenatal. En Santander este fue realizado en el 54.2% de los casos.

En el 73% de los casos notificados y que asistieron al control prenatal tenían serología. El 2.4% de los casos (2128) fueron óbitos o abortos, de estos 51 mortinatos, 11 abortos, 28 pretermino y 23 a termino. El 18% de los casos registrados de sífilis congénita fueron sintomáticos. El 96% fueron considerados como sífilis temprana, el 4% fueron detectados después de dos años (3).

Es política de las entidades internacionales de salud como la O.M.S y la O.P.S, adelantar con los gobiernos, estrategias para la disminución del número de casos de sífilis gestacional y de sífilis congénita en el marco general de la disminución de las enfermedades de transmisión sexual (20).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los aspectos socio demográficos y epidemiológicos asociados a la presencia de Sífilis Congénita en los recién nacidos y sus padres atendidos en el Hospital Universitario de Santander en el periodo de Junio del 2.006 a Septiembre del 2.007.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las características socio demográficas y epidemiológicas de las madres afectadas.
- Analizar la información sobre los controles prenatales en las madres afectadas.
- Analizar aspectos relacionados con el momento del diagnóstico de la madre y el tratamiento recibido.
- Establecer la situación clínica en los recién nacidos, los valores de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) y la mortalidad.
- Analizar el tratamiento de los padres.
- Comprobar la presencia positiva de HIV en las madres.
- Analiza el tratamiento recibido por los recién nacidos.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio descriptivo de una serie prospectiva de casos, cuya población son los recién nacidos y sus padres con diagnóstico de SC según los criterios del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) que ingresaron al Hospital Universitario de Santander, entidad de carácter oficial de III y IV nivel ubicada en la ciudad de Bucaramanga (Colombia), en el periodo comprendido entre Junio de 2006 y Septiembre de 2007.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Científica de la Universidad Industrial de Santander, en donde se decidió que no se requería de consentimiento informado por ser un estudio que se basó en las actividades clínicas regulares para la atención de este tipo de pacientes.

Se aplicó un formulario para recolectar en forma prospectiva la información de las variables definidas, la cual se tomó de las historias clínicas, las fichas de vigilancia epidemiológica del Ministerio de la Protección Social archivadas en la Unidad de epidemiología del HUS, o por entrevista directa con los padres del paciente. A todas las madres se les realizó prueba para tamizaje de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

Las variables evaluadas fueron: procedencia, edad materna, tipo de seguridad social de la madre, número de controles prenatales, momento del diagnóstico de sífilis gestacional, tratamiento recibido por la madre y el padre, serología materna, clasificación del recién nacido según el peso y la edad gestacional, serología fetal, VIH materno, estado clínico del recién nacido en el momento del diagnóstico, tratamiento recibido por el recién nacido, presencia de compromiso del sistema nervioso central y mortalidad.

Se hizo análisis descriptivo de los datos para identificar la frecuencia y distribución de las variables bajo estudio. En las variables continuas se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión; en las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se analizaron en la hoja de cálculo Microsoft Excel® v. 2003 y en el software para análisis de datos epidemiológicos Epi Info 3.1 (2002).

5. RESULTADOS

En el periodo analizado se hospitalizaron 1409 neonatos en el Servicio de Recién Nacidos del HUS, 36 de ellos con SC (2.5%); 25 de ellos habían nacido en el HUS, 10 remitidos de otras instituciones y uno nacido en casa.

Características de madres y padres.

La edad materna osciló entre 14 y 43 años, con promedio de 23.0 años (desviación estándar -DE- 5.64); eran menores de 18 años el 16.7%. Un total de 16 madres (44.4%) no cuentan con seguridad social, 19 (52.8%) son afiliadas al régimen subsidiado y una (2.8%) pertenece al régimen contributivo.

De acuerdo con la procedencia, el 80.6% es de origen urbano (29 casos), mientras que el 19.4% restante proviene del medio rural (7 casos). Un 66.7% residen en Bucaramanga y 33.3% en otros municipios.

La actividad de las madres fue, en su mayoría, hogar (57.1%) seguido por ser vendedora ambulante (11.4%), trabajadora sexual (5.7%) o dedicarse a la zapatería (5.7%).

El promedio de la edad gestacional fue 36.5 (DE 3.3). El 33.3% de las pacientes no realizaron control prenatal (12 casos). De acuerdo con los análisis serológicos realizados durante el embarazo, el 16.7% (6 madres) presentaron serologías anormales en el segundo trimestre, otro 41.7% (15 madres) en el tercer trimestre y un 38.9% (14 madres) en el postparto.

El tratamiento de la sífilis gestacional de seis de las madres fue considerado inadecuado (16.7%), mientras que el 47.2% de ellas (17 casos) no recibieron tratamiento alguno durante el embarazo. En las madres con tratamiento adecuado

para la gestante se encontraron casos de reactivación al momento del parto y en algunos finalización de su gestación en las cuatro semanas siguientes a recibir el tratamiento, por lo que fue necesario tratar a sus recién nacidos. El tratamiento de la madre fue llevado a cabo en el segundo trimestre para el 13.9% (5 madres), el 30.6% (11 madres) en el tercer trimestre y el 47.2% (17 madres) en el postparto.

Tres de las madres tenían prueba de tamizaje para VIH positivas (8.3% de los casos). El 22.2% de las madres (8 casos) fue farmacodependiente, siendo en su orden las sustancias más usadas marihuana, bazuco, alcohol y cocaína. En términos de la promiscuidad, la historia del número de compañeros sexuales de la madre fue en seis de ellas igual o más de nueve (16.7%), mientras que solo uno para el 27.8% de éstas.

En la tabla 2 se presentan los valores de las variables atribuibles a la madre infectada.

Tabla 2. Características de las madres de los pacientes con SC

Situación de la Madre		No. CASOS	%
PROCEDENCIA	Urbana	29	80.6
	Rural	7	19.4
AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Contributivo	1	2.8
	Subsidiado	19	52.8
	Sin seguridad	16	44.4
	Adecuado	12	33.3
TRATAMIENTO MATERNO	Inadecuado	6	16.7
	Ninguno	17	47.2
	Sin dato	1	2.8
	1 ^{er} Trimestre	0	0
PERIODO TRATAMIENTO MATERNO	2 ^o Trimestre	5	13.9
	3 ^{er} Trimestre	11	30.6
	Postparto	17	47.2
	Sin dato	3	8.3
CONTROL PRENATAL	Si	24	66.7
	No	12	33.3
ANTECEDENTE DE FARMACODEPENENCIA	Si	8	22.2
	No	26	72.2
	Sin dato	2	5.6
DIAGNOSTICO SEROLOGICO MATERNO (VDRL)	2 ^o Trimestre	6	16.7
	3 ^{er} Trimestre	15	41.7
	Postparto	14	38.9
	Sin dato	1	2.7
VIH	Positivo	3	8.3
	Negativo	30	83.4
	Sin dato	3	8.3
NUMERO COMPAÑEROS SEXUALES	Uno	10	27.8
	Entre 2 y 8	16	44.4
	Igual o mayor 9	6	16.7
	Sin dato	4	11.1

Por otra parte, se encontró que 25 padres (69.5%) no recibieron ningún tratamiento para la sífilis, como se puede ver en la tabla 3.

Tabla 3. Recepción de tratamiento al padre de los neonatos con SC

Situación del Padre		No. CASOS	%
RECEPCIÓN TRATAMIENTO	Si	8	22.2
	No	25	69.5
	Sin dato	3	8.3

Recién nacidos. El 47.2% de los pacientes eran de sexo masculino (17 casos) y el 52.8% de sexo femenino (19 casos). En el HUS nació el 69.4% de los pacientes, mientras que el 27.7% restante lo hizo en otros hospitales del área metropolitana y de otros municipios, y el 2.7% nació en casa (1 caso).

El 75% de los recién nacidos se consideraron con un peso adecuado para la edad gestacional (27 casos), 13.9% con peso bajo (5 casos) y 8.3% con peso alto (3 casos).

El 25.0% de los neonatos fueron sintomáticos (9 casos), mientras que el VDRL neonatal fue negativo en un 16.7% (6 casos). El 16.7% de los pacientes presentaron compromiso del SNC (6 de los 9 casos sintomáticos). Falleció el 8.3% de los neonatos (3 casos); un recién nacido de 28 semanas, peso de 1620 g con hidrops no inmune; un recién nacido de 30 semanas, con Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) severo y sepsis, y un recién nacido de 1930 g con fenotipo Down y cardiopatía congénita que murió en UCIP. La tabla 4 muestra las variables estudiadas en los neonatos.

Tabla 4. Variables estudiadas en los recién nacidos

Situación del recién nacido		No. CASOS	%
GENERO	Masculino	17	47.2
	Femenino	19	52.8
PESO PARA EDAD GESTACIONAL	Bajo	5	13.9
	Adecuado	27	75
SINTOMÁTICO	Grande	3	8.3
	Sin dato	1	2.8
SEROLOGIA (VDRL)	Si	9	25
	No	27	75
TRATAMIENTO CON PNC	Positivo	28	77.8
	Negativo	6	16.7
	Sin dato	2	5.5
	3 días	1	2.8
COMPROMISO SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	10 días	25	69.4
	14 días	8	22.2
	16 días	1	2.8
	Sin dato	1	2.8
MORTALIDAD	Si	6	16.7
	No	26	72.2
MORTALIDAD	Sin dato	4	11.1
	Si	3	8.3
	No	33	91.7

6. DISCUSIÓN

Los programas destinados a disminuir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual han mostrado resultados asombrosos en países como China, la cual estuvo libre de la sífilis durante 20 años (1960-1980)¹³, o Reino Unido, que presentó 9 casos de sífilis congénita entre 1994 y 1997¹⁴. En Colombia, por el contrario, los casos de sífilis congénita han ido en aumento, al igual en el Departamento de Santander⁶⁻¹¹. Existe el programa para control de la sífilis materna y congénita; sin embargo, no se ha podido llegar al compromiso internacional de lograr una incidencia de 0.5 casos por mil nacidos vivos⁴.

En los pacientes de este estudio al caracterizarlos se encontró que 33.3% de madres no asistió al control prenatal. Sin este, es imposible identificar a la madre con sífilis y, por ende, no se realiza el tratamiento a ella y al feto. En un estudio realizado en cuatro provincias de Bolivia, este fue el principal factor de riesgo para la presencia de SC, con una cobertura del control prenatal del 70.5% a nivel nacional¹⁵. En un estudio chileno donde introdujeron la práctica del VDRL postparto, que en Colombia es de rutina, encontraron que el 13.4% de las madres no asistieron a control prenatal y en el 50% se demostró viraje en el último trimestre¹⁶.

El 44.4% de madres no está afiliada al régimen de seguridad social, lo cual crea dificultad en el acceso a los servicios de salud. En el informe del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública (SIVIGILA), de los casos de SC durante 1999 a 2001, el 62% de las madres de estos pacientes no estaban afiliadas al Sistema de Seguridad Social⁷.

El diagnóstico de la mayoría de las madres de este estudio fue tardío: 41.7% en el tercer trimestre o 38.9% en post parto; adicionalmente el 47.2% no recibieron

tratamiento durante el embarazo o este fue inadecuado en el 16.7%. Esto es una falla protuberante en la ejecución de los programas diseñados para controlar esta enfermedad. Puede ser reflejo de oferta baja para la realización del VDRL cuando este es solicitado; el presente estudio no tiene el alcance para contestar esta pregunta. Igualmente pasa con respecto a si el tratamiento inadecuado fue por formulación equivocada por parte del médico o por no cumplimiento de este^{17, 18}.

Otra falla importante del programa es que solo el 22.2% de los compañeros sexuales de las madres con hijos con SC recibieron tratamiento, lo cual pudo llevar al fracaso del tratamiento en la madre por re-infección¹⁹.

Un factor de riesgo para las enfermedades de transmisión sexual es la promiscuidad y el uso de drogas ilícitas²⁰. En este estudio se encontró que el 16.7% de las madres han tenido más de nueve compañeros sexuales y el 22.2% de ellas usaban drogas ilícitas como marihuana, bazuco, alcohol o cocaína. La promiscuidad masculina es reflejada en el hecho de que el 27.8% de las madres tenían un solo compañero sexual. Esto es un problema cultural y de falta de educación en los temas de la salud sexual y reproductiva^{21, 22}.

El VIH es más probable en las personas que han presentado enfermedades de transmisión sexual, por este motivo se debe realizar estudio en quienes las presentan. Encontramos que el 8.3% de las madres concomitantemente tenían infección con VIH, constituyéndose en un riesgo de transmisión vertical del virus. En esta entidad es de importancia el diagnóstico temprano en el embarazo para llevar a cabo las acciones que permitan disminuir la transmisión al feto. Esto lo estamos llevando a cabo en el post parto, dada la falla en la identificación de la madre con sífilis en forma temprana.^{23, 24}.

En el recién nacido el espectro de la enfermedad es amplio, desde cuadros asintomáticos (75.0% en este estudio) hasta la muerte (8.3% de los niños

afectados). Estas muertes son totalmente prevenibles cuando la madre recibe un tratamiento adecuado y oportuno. En la ciudad de Río de Janeiro, la SC fue la causa de muerte neonatal en un 2.2% (de la general) en el periodo de 1999 a 2002^{25, 26}.

7. CONCLUSIÓN

Los casos de SC encontrados en este trabajo proceden en su mayoría de zona urbana, predominando en ellos la carencia de seguridad social, dificultando el acceso al servicio de salud de manera oportuna de la gestante y retardando el inicio del tratamiento adecuado para esta patología con la consecuente afectación del recién nacido. Predomina en este grupo la promiscuidad sexual y el no tratamiento por parte de las parejas. Se observó también la presencia del VIH acompañando este tipo de enfermedades.

Los recién nacidos en su mayoría presentaron un peso adecuado para la edad gestacional, asintomáticos clínicamente y sin compromiso del SNC (Sistema Nervioso Central). A pesar de ser una entidad prevenible se presentaron tres casos de mortalidad en los recién nacidos.

8. RECOMENDACIÓN

Es necesario, de acuerdo a estos resultados, orientar los esfuerzos a lograr mejor conocimiento de la problemática de las enfermedades de transmisión sexual, insistir en la aplicación correcta de los protocolos de atención de la madre embarazada y de la sífilis gestacional. Debemos garantizar el acceso universal y equitativo de la población a los servicios de salud. Los mejores indicadores del mundo en la mortalidad neonatal y perinatal son los de los países que cumplen con la anterior premisa independientemente de su régimen político^{27, 28, 29}.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 17 ed, 2001. Publicación Científica y Técnica 581.
2. Desperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. Bull WHO 2004; 82:410-6.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Diseases sexually transmitted treatment guidelines, 2006. MMWR 2006; 55(RR-11).
4. Protocolo de sífilis congénita y gestacional. Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud. Bogotá, IS, Versión actualizada 2007.
5. Organización Panamericana de la Salud. Unidad de VIH/Sida. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Marco de referencia para su implementación. Washington, OPS, 2004. En: www.pahao.org/spanish/ad/FSH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf. Junio 25 de 2007.
6. Ministerio de la Protección Social - Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores básicos 2006. En: www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3. Septiembre 30 de 2007.
7. Instituto Nacional de Salud - Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Caracterización de los casos de sífilis congénita, Colombia 1996-2001. Boletín Epidemiológico Semanal, Febrero 23 a Marzo 1 de 2003; 9:1-10.

8. Ministerio de la Protección Social - Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores básicos 2001. En: www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3. Octubre 27 de 2007.
9. Ministerio de la Protección Social - Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores básicos 2003. En: www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3. Octubre 30 de 2007.
10. Rodríguez LA, Hormiga CM, Buendía JA, González JC. Diagnóstico de salud en Santander. Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander 2006; 2:43.
11. Portilla VE, Rodríguez LA. Infecciones de transmisión sexual reportadas por el programa de vigilancia de laboratorios, Santander 1998-2005. En: Informe epidemiológico de Santander. Boletín del Observatorio de Salud Pública de Santander 2006; Suplemento 2:1.
12. Unidad de Epidemiología. Informe de enfermedades de notificación obligatoria, Hospital Universitario de Santander, 2007.
13. Chen ZQ, Zhang GC, Gong ZD, Lin C, Gao X, Liang GJ, et al. Syphilis in China: results of a national surveillance programme. Lancet 2007; 369:132-8.
14. Hurtig AK, Nicoll A, Carne C, Lissaver T, Connor N, Webster JP, et al. Syphilis in pregnant woman and their children in the United Kingdom: Results from National Clinician reporting surveys 1.994-7. BMJ 1998; 317:1617-9.

15. Revollo R, Tinajeros F, Hilari C, García SG, Zegarra L, Díaz-Olavarrieta C. Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia. *Salud Púb Méx* 2007; 49:422-8.
16. Reyes A, Chorbadian G, Parada CM, et al. Sífilis congénita: optimizando el diagnóstico en 191 neonatos de madres seropositivas. *Rev Chil Infectol* 2004; 21:307-11.
17. Qolohle D, Hoosen A, Moodley J, Smith A, Mlisana P. Serological screening for sexually transmitted infections in pregnancy: is there any value in re-screening for HIV and syphilis at the time of delivery? *Genitourinary Med* 1995; 71:65-7.
18. Lumbiganon P, Piaggio G, Villar J, et al. The epidemiology of syphilis in pregnancy. *Int J STD AIDS* 2002; 13(7):486-94
19. Fonck K, Claeys P, Bashir F, Bwayo J, Fransen L, Temmerman M. Syphilis control during pregnancy: effectiveness and sustainability of a decentralized program. *Am J Public Health* 2001; 91:705-7.
20. Doherty L, Fenton K, Jones J, Paine T, Higgins S, Williams D, et al. Syphilis: old problem, new strategy. *Br Med J*. 2002; 325:153–6.
21. Becher JC, Garcia JG, Kaplan DW, Rizo A, Li J, Main D, et al. Reproductive health risk behavior survey of Colombian high school students. *J Adolesc Health* 1999; 24:220-5.
22. Useche B, Villegas M, Alzate H. Sexual behavior of Colombian high school students. *Adolescence* 1990; 25:291-304.

23. Goh B. Syphilis in adults. *Sex Transm Infect* 2005; 81:448-52.
24. Karumudi U, Augenbraun M. Syphilis and HIV: a dangerous duo. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2005; 3:825-31.
25. Saraceni V, Freitas MH, da Silva Guimarães MM, do Carmo Leal TFM. Perinatal mortality due to congenital syphilis: a quality-of-care indicator for women's and children's healthcare *Cad Saúde Pú* 2005; 21:1244-50.
26. Gust D, Levine W, St Louis M, Braxton J, Berman S. Mortality associated with congenital syphilis in the United States, 1992-1998. *Pediatrics* 2002; 109(5):79-90.
27. Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bull WHO* 2004; 402-409.
28. Deperthies BD, Meheus A, O'Reilly K, et al. Programas contra la sífilis materna y congénita: estudios de casos en Bolivia, Kenya y Sudáfrica. *Bull WHO* 2004; 82: 410-416.
29. Valderrama J, Zacarías F, Mazín R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev PanAm Salud Pú* 2004; 16: 211-217