

Sífilis congénita en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia), 2006 – 2007

Congenital syphilis in the Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia), 2006-2007

Cecilia del Carmen Matos Mareño¹, Luis Alfonso Pérez Vera²

Forma de citar: Matos Mareño CC, Pérez Vera LA. Sífilis congénita en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia), 2006 – 2007. rev.univ.ind.santander.salud 2013; 45 (3): 71-76

RESUMEN

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 sociodemográficas 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 SC es una enfermedad prevenible, en el Hospital Universitario de Santander se encontraron 36 casos 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.

Palabras Clave: Sífilis materna, Sífilis congénita.

1. Residente, Programa de Especialización en Pediatría, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander. Actualmente, Pediatra, Saludcoop, Bucaramanga, Colombia.

2. Profesor, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander; Neonatólogo, Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Dr. Luis Alfonso Pérez Vera, Unidad de Neonatología, Hospital Universitario de Santander; Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: lperezvera@hotmail.com

Recibido: Abril 16 de 2013

Aprobado: Octubre 9 de 2013

SUMMARY

Background: 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.

Keywords: Maternal syphilis, Congenital syphilis

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 40 a 70%, entre abortos, mortinatos y muertes perinatales 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 eliminación ². 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 mortinatos ⁵,

objetivo que no ha sido alcanzado en el país ⁶. Según la OPS, en el 2003 la SC en América Latina y el Caribe, presentaba una incidencia por mil nacidos vivos de entre la nula de Cuba a 4.0 en Brasil ⁴. 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 vivos ⁹, y en 2009 fue de 2.9 casos por mil nacidos vivos ⁶. En particular, en el departamento de Santander la incidencia de SC para 2010 fue de 1.1 por mil nacidos vivos (31 casos) ¹⁰. En este departamento, durante los últimos años se ha presentado un aumento en la frecuencia de enfermos con sífilis ¹¹. 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 HUS, con 40 casos en 2002, 35 en 2003, 42 en 2004 y 44 en 2005 ¹².

El objetivo del presente estudio fue el 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 ¹⁰.

MATERIALES Y MÉTODOS

Éste 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. Esta es una entidad de carácter oficial de III y IV nivel de atención ubicada en Bucaramanga, (Colombia). El periodo de estudio fue el comprendido entre Junio de 2006 y Septiembre de 2007. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación 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.

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 letalidad.

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 Epi Info 3.1 (CDC/OMS, 2002).

RESULTADOS

En el periodo analizado se hospitalizaron 1,409 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 habían sido remitidos de otras instituciones y uno había 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- 5.6); seis madres eran menores de 18 años (16.7%). Un total de 16 madres (44.4%) no contaba seguridad social, 19 (52.8%) estaban afiliadas al régimen subsidiado y una (2.8%) al régimen contributivo. De acuerdo con la procedencia, 29 (80.6%) es de origen urbano, mientras que los 7 restantes (19.4%) provenían del medio rural. Un total de 24 (66.7%) residían en Bucaramanga y 12 (33.3%) en otros municipios. La actividad de las madres fue, en su mayoría, hogar (21 madres, 57.1%) seguido por ser vendedora ambulante (4 madres, 11.4%), trabajadora sexual (2 madres, 5.7%) o dedicarse a la zapatería (2 madres, 5.7%).

El promedio de la edad gestacional fue 36.5 (DE 3.3) semanas. En 12 (33.3%) casos no se realizó control prenatal. De acuerdo con los análisis serológicos realizados durante el embarazo, seis (16.7%) madres presentaron serología anormal en el segundo trimestre, otras 15 (41.7%) madres en el tercer trimestre y 14 (38.9%) en el postparto. En seis (16.7%) madres se realizó tratamiento gestacional de la sífilis, el cual fue inadecuado, mientras que 17 (47.2%) de ellas no recibieron tratamiento alguno durante el embarazo.

Ocho (22.2%) madres eran farmacodependientes, 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 (16.7%) de ellas igual o más de nueve, mientras que diez (27.8%) de ellas manifestaron haber tenido solo uno.

Por otra parte, se encontró que 25 (69.7%) padres no recibieron ningún tratamiento para la sífilis.

Recién nacidos. Cerca de la mitad de los neonatos eran de sexo masculino (17 casos, 47.2%); 27 (75.0%) recién nacidos se consideraron con un peso adecuado para la edad gestacional, cinco (13.9%) con peso bajo y tres (8.3%) con peso alto.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, solo 9 (25.0%) de los neonatos presentaban síntomas; a su vez, entre los restantes, seis (16.7%) pacientes el VDRL neonatal fue negativo. Seis de los nueve pacientes sintomáticos presentaron compromiso del sistema nervioso central. Tres (8.3%) neonatos fallecieron: un recién nacido de 28 semanas y 1620 g con hidrops no inmune; otro de 30 semanas con síndrome de dificultad respiratoria severo

y sepsis, y otro neonato de 1930 g con fenotipo Down y cardiopatía congénita.

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}.

A manera de conclusión, se puede decir que 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

Sistema Nervioso Central. A pesar de ser una entidad prevenible se presentaron tres casos de mortalidad en los recién nacidos.

Así, 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 ²⁻²⁷⁻²⁸.

REFERENCIAS

- World Health Organization. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. 2007. Disponible en : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/1/9789241595858_eng.pdf
- 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.
- Centers for Disease Control and Prevention. Diseases sexually transmitted treatment guidelines, 2010. MMWR 2010; 59(RR-12).
- Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de sífilis congénita y gestacional. Bogotá, IS, Versión actualizada 2007. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/sifilis/ins.pdf>
- 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. Disponible en En: www.pahao.org/spanish/ad/FSH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf. Consulta: Junio 25 de 2007.
- Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y de la sífilis congénita. Colombia. 2011-2015. Disponible en http://www.unfpa.org/co/uploadUNFPA/file/PLAN_SIFILIS.PDF.
- 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.
- Ministerio de la Protección Social - Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores básicos 2001. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3 (Consulta: Octubre 27 de 2007).
- 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. (Consulta: Octubre 30 de 2007).
- Ochoa M. Informe epidemiológico de Santander. Sífilis gestacional y congénita 2.009 – 2.012. Año 6. Número 3. Julio – Septiembre de 2.012.
- 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.
- Unidad de Epidemiología. Informe de enfermedades de notificación obligatoria, Hospital Universitario de Santander, 2007.
- 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.
- 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.
- Revollo R, Tinajeros F, Hilari C, García SG, Zegarra L, Díaz-Olavarrieta C. Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia. Salud Públ Méx. 2007; 49:422-8.
- Reyes A, Chorbadjian G, Parada CM, et al. Sífilis congénita: optimizando el diagnóstico en 191 neonatos de madres seropositivas. Rev Chil Infectol 2004; 21:307-11.
- 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.
- Lumbiganon P, Piaggio G, Villar J, Pinol A, Bakkeleig L, Bergsjø P. et al. The epidemiology of syphilis in pregnancy. Int J STD AIDS 2002; 13:486-94.
- 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 Pub.* 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; 402-9.
28. Valderrama J, Zacarías F, Mazín R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Pan Am Salud Pub.* 2004; 16: 211-7.