

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION VIRTUAL
EPIDEMIOLOGÍA



Frecuencia de sífilis congénita en la ESE CAMU EL AMPARO de Montería, Córdoba durante el
año 2013

Trabajo de Investigación
Presentado por:
Steffany Gamarra Hoyos
Lina Patricia Hernández Barros

Dirigido por:
Silvia Constanza Plata Vanegas

Montería – Córdoba 2015

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2.1 JUSTIFICACION.....	6
3.1 Objetivo General	6
3.2 Objetivos específicos.....	6
4. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 Generalidades	7
4.2 Clasificación de la sífilis	8
4.2.1 Etapas de la sífilis	8
4.3 Epidemiología o Estado del arte.....	9
4. Tratamiento de la Sífilis.....	10
4.4.1 Tratamiento sífilis gestacional.....	10
4.4.2 Tratamiento sífilis congénita	10
4.5 Seguimiento al Recién nacido	11
5. METODOLOGÍA:.....	11
5.1 Diseño Metodológico:	11
5.2 Población Y Muestra:	11
5.3 Criterios de selección y exclusión:	12
5.4 Sesgos Potenciales	12
5.5 Operacionalización de las variables de estudio	12
5.6 Procedimiento	13
5.6.1 Implementación	14
5.6.2 Desarrollo	14
5.6.3 Depuración de la información y plan de análisis.....	14
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	15
7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	15

9. RESULTADOS	16
10. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	26

1. RESUMEN

El comportamiento del perfil epidemiológico en la ESE- CAMU EL AMPARO de Montería, Córdoba, mostró un incremento de los casos de sífilis congénita durante el año 2013 en comparación con los presentados en los últimos cinco años. Teniendo en cuenta el impacto familiar, institucional y municipal de los casos reportados con sífilis congénita; los cuales son de diversa frecuencia y presentación, es decir, algunos de los recién nacidos diagnosticados con esta patología presentan evidencia clínica de la enfermedad, mientras que otros cursan de manera asintomática, siendo esta una patología de gran interés en salud pública. Actualmente en el municipio de montería no se disponen de estudios recientes que permitan conocer los factores que pueden influir en el crecimiento de estos casos. **Objetivo:** Determinar los factores que se relacionaron con el aumento de la frecuencia de la sífilis congénita y los factores maternos determinantes para la aparición de estos casos en el municipio de Montería del total de la población contratada con la ESE CAMU EL Amparo durante el año 2013. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo de corte trasversal retrospectivo donde se selecciono una muestra representada por los recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita hijos de gestantes que se hicieron sus controles prenatales en la ESE CAMU EL AMPARO durante el año 2013. **Resultados y discusiones:** de los 37 casos de sífilis congénita notificados al SIVIGILA en el municipio de Montería, la población objeto de estudio fueron 27 teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Con respecto al mismo periodo del año anterior, de este evento fueron notificados 21 casos, lo que representa una variación significativa en el comportamiento del evento, observándose un aumento en 6 casos. La incidencia pasó de 1.3 casos por 1.000 Nacidos vivos (NV) a 1.7 casos por 1.000 NV, lo cual indica una alta incidencia de sífilis congénita comparada con las metas propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, consistentes en disminuir la proporción de incidencia a 1.2 casos por cada 1.000 NV¹. Según los resultados de nuestro estudio, 27 mujeres tuvieron hijos diagnosticados con sífilis congénita. Todos los casos correspondieron a neonatos. La mayoría de madres se encontraban en el momento del parto el rango de edad de 21 a 25 años (29.6%), el 66.6% fueron multigestantes y el 37% con bachillerato incompleto. El 29,6% (n=8) no tuvieron control prenatal, por lo tanto no recibieron tratamiento oportuno; de las 18 pacientes que sí tuvieron control prenatal, una (5,5%) no lo recibió. La mayoría de los neonatos diagnosticados fueron asintomáticos (82%); entre las manifestaciones clínicas más frecuentes estuvieron la prematuridad, hepatoesplenomegalia, ictericia prolongada y alteraciones dermatológicas. En 25 de los casos fue realizada la prueba no treponémica, y de estos, solo en 4 se obtuvo resultado cuatro veces mayor el valor de la madre. Existieron 2 casos que no se le realizó la prueba. Los títulos séricos de VDRL oscilaban desde no reactivo hasta 16 diluciones. De los realizados, 18 casos (66,7%) tuvieron títulos menores 8 diluciones; estos valores podrían deberse a infección reciente.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la ESE CAMU EL AMPARO de Montería, Córdoba, el comportamiento epidemiológico de la sífilis congénita durante el año 2013 presentó una tendencia creciente en comparación con los últimos cinco años. Teniendo en cuenta el impacto familiar, institucional y municipal de los casos reportados con sífilis congénita de estos casos, algunos son de diversa frecuencia y presentación, es decir, algunos de los recién nacidos diagnosticados con esta patología presentan evidencia clínica de la enfermedad, mientras que otros cursan de manera asintomática, se considera que esta es un patología de gran interés en salud pública en nuestro país ya que puede precipitar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves y un alto costo humano, social y económico para los pacientes². En cuanto a la incidencia de sífilis congénita en Colombia, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) para el 2013 reportó 2,43 casos de sífilis congénita/1.000 nacidos vivos, un valor que es casi cinco veces mayor a la meta estipulada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) en su Plan de Eliminación de Sífilis Congénita³. Por otro lado, en el municipio de Montería lejos de acercarse al cumplimiento de la meta establecida de 0.5 por 1000 NV, la proporción de incidencia de la sífilis congénita ha pasado de 0,90 casos por 1000 nacidos vivos en 1998 a 2,43 casos en 2013 y la razón de prevalencia para sífilis gestacional de 1.3 casos por 1000 nacidos vivos en 2003 a 6,60 en 2013, por otro lado, el municipio no disponía de estudios recientes que permitieran conocer los factores que generaron el aumento de estos casos. De acuerdo a lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que se relacionan con el aumento de la frecuencia de la sífilis congénita en la ESE CAMU EL AMPARO de Montería, Córdoba en el año 2013?

Para que se presente un caso de sífilis congénita se deben tener en cuenta criterios de diagnóstico para la definición de casos, que la madre no haya recibido el tratamiento adecuado o que este no haya sido oportuno. Por lo tanto, se podría mencionar como hipótesis que la frecuencia está aumentada por factores tales como la falta de adherencia al protocolo de manejo por parte de médicos y de especialistas en el área de ginecobstetricias, el ingreso tardío a control prenatal o en su defecto las reinfecciones en el curso de la gestación mediadas por comportamientos sexuales de riesgo de la gestante y/o su pareja⁴.

2.1 JUSTIFICACION

En la ESE CAMU EL AMPARO de Montería, en el Municipio de Montería no existen estudios sobre prevalencia de sífilis gestacional y congénita, así como el conocimiento de factores que favorecen una mayor probabilidad de infección por sífilis congénita. El equipo investigador consideró que una investigación orientada a tales aspectos sería muy útil a fin de obtener un panorama general de la situación de este padecimiento.

Actualmente Colombia cuenta con el plan para la eliminación de la sífilis congénita, adaptado del plan propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cual tiene como propósito reducir la incidencia de la enfermedad para el año 2015 por medio de la detección y el diagnóstico precoz, y el suministro de tratamiento adecuado y oportuno a las mujeres gestantes infectadas y la reducción de la prevalencia de sífilis en mujeres en edad fértil⁵.

La sífilis congénita en Colombia representa un grave problema de salud pública; existe una necesidad interna y también un compromiso ante la comunidad internacional para llevar a cabo la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en el país⁶.

2. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar los factores que se relacionan con el aumento de la frecuencia de la sífilis congénita y los factores maternos determinantes para la aparición de estos casos en el municipio de Montería del total de la población contratada con la ESE CAMU El Amparo durante el año 2013.

3.2 Objetivos específicos

- Describir la distribución de los casos de sífilis congénita en los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en control prenatal de la ESE CAMU EL AMPARO.
- Describir los factores maternos determinantes para la presentación de recién nacidos con sífilis congénita, hijos de madres atendidas en control prenatal de la ESE CAMU EL AMPARO del municipio de Montería – Córdoba durante el año 2013.
- Determinar las principales complicaciones del evento en los recién nacidos con sífilis congénita de madres atendidas en control prenatal de la ESE CAMU EL AMPARO del municipio de Montería – Córdoba durante el año 2013

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Generalidades

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) corresponden a aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual. Estas infecciones son causadas por diferentes agentes etiológicos: 1) bacterias como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*; 2) protozoarios como *Trichomonas vaginalis*; 3) virus como el *Virus del Herpes Simple (VHS)*, el *Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)* y el *Virus del Papiloma Humano (VPH)*. Estos microorganismos producen cuadros clínicos específicos que pueden ser agrupados en síndromes tales como síndrome de úlceras, síndrome de flujo vaginal, síndrome de descarga uretral, entre otros⁷. Desde el punto de vista epidemiológico, en países en vías de desarrollo las ITS son una de las principales causas de morbilidad, con consecuencias importantes a nivel sanitario, social y con un alto costo para el sistema de salud y para los paciente⁷.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada año en el mundo ocurren 448 millones de casos nuevos de ITS en adultos de 15 a 49 años. Éstas son causadas especialmente por Sífilis, Gonorrea, *Chlamydia Trichomonas* y VIH. También tienen un importante efecto en términos de pérdida de años de vida saludables así como costos, una de las más relevantes es la sífilis⁸.

La sífilis es una infección sistémica de evolución crónica, con períodos asintomáticos, causada por el *Treponema Pallidum*; es un patógeno exclusivo del hombre, quien es su único reservorio. Se adquiere por contacto directo con una lesión de sífilis reciente, por vía transplacentaria y raramente por transfusión de sangre, ya que el germen vive poco en las condiciones en que ésta se conserva. El *Treponema Pallidum* penetra a través de mucosa sana o piel erosionada y rápidamente se disemina en el organismo, por lo que desde etapas precoces la infección es sistémica. La Sífilis congénita es el resultado de la transmisión vertical de la infección al fruto de la gestación, que puede ocurrir in útero a través de la barrera transplacentaria o por el canal vaginal durante el parto, y quien no ha sido tratada adecuadamente⁸.

Colombia, en el tema de sífilis gestacional y congénita, dio inicio al cumplimiento de la propuesta de disminuir la tasa de incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos antes del año 2015 con la construcción del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita⁹, en el que planteó estrategias encaminadas a realizar el diagnóstico temprano y proporcionar el tratamiento adecuado a las gestantes que presentaran la infección; paralelamente se definió la sífilis gestacional y congénita como evento de interés en salud pública con reporte obligatorio en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA; se implementó la guía de atención de la sífilis¹⁰.

4.2 Clasificación de la sífilis

La sífilis se clasifica en adquirida y congénita. La primera es la que se transmite en la vida extrauterina por contacto sexual, y la segunda la que se adquiere in útero, la cual es transmitida por la madre al feto¹². Estas se subdividen en reciente y tardía, según el tiempo de evolución, y cada una de ellas puede ser sintomática o latente, según genere o no manifestaciones clínicas¹¹.

4.2.1 Etapas de la sífilis

Sífilis precoz o temprana: Es la enfermedad dentro del primer o segundo año y comprende los períodos: primario, secundario y latente precoz.

Sífilis tardía: Ocurre después de ese tiempo y abarca los períodos de: latencia tardía, sífilis benigna tardía, sífilis cardiovascular y neurosífilis.

La sífilis primaria es el primer estadio de la enfermedad. Se define por el chancro y las adenopatías satélites. El período de incubación es de 10 a 90 días (término medio 21). El chancro se localiza en la zona de entrada del germen, observándose habitualmente en los genitales externos. Otras localizaciones son: cuello uterino, boca, periné, canal anal, dedos, etc. Se inicia bajo la forma de una pápula eritematosa que pronto se erosiona, quedando constituida una úlcera superficial, bien delimitada, redondeada, indolora, de 0,5 a 2 cm de diámetro, indurada a la palpación, con consistencia de cartílago, de fondo limpio y que no supura. En general es único, aunque puede haber más de un chancro. Puede pasar inadvertido, si asienta en el canal vaginal o ano¹².

El diagnóstico diferencial del chancro sifilítico se hace con: úlcera por virus del herpes simple (VHS), *Hemophilus ducrey*, *Chlamydia trachomatis*.

La sífilis secundaria es la expresión de la diseminación hematológica del germen. Ocurre entre las 4 a 12 semanas (término medio 6) después del contacto infectante y sus síntomas son recurrentes en 25% de los casos. Las recurrencias se observan especialmente durante el primer año. Aunque en esta etapa los síntomas pueden ser muy variados, predominan las manifestaciones de piel y mucosas. Puede haber síntomas generales (fiebre, mialgias, artralgias, malestar) y adenomegalias generalizadas¹³.

La erupción cutánea puede ser macular, papulosa, nodular, pustulosa, pápuloescamosa, etc. La primera erupción ("primera floración") es la roséola sifilítica, la que está constituida por máculas eritematosas evanescentes, diseminadas en tronco y extremidades. Puede pasar inadvertida por el paciente y el médico si no se la observa con buena luz o la piel es oscura. En los brotes siguientes los elementos lesionales o sifíides son más evidentes, menos numerosos, de 0,3 a 1 centímetro de diámetro y más infiltrados o papulosos. En general son todos del mismo tamaño, no pruriginosos, de bordes bien definidos, diseminados, comprometen palmas y plantas. Su localización en el surco nasogeniano, comisura bucal y cabalgando en los pliegues de la mano, es característica¹⁴.

En zonas húmedas y calientes (anogenital, interglútea, axilas y surco submamario) las lesiones se

hipertrofian y maceran constituyendo los condilomas planos. Estos son vegetaciones planas, redondeadas u ovaladas, de base ancha, de color grisáceo perlado y a menudo coalescen. En las mucosas pueden observarse placas blanquecino-grisáceas o pápulas que se erosionan superficialmente. Todas las lesiones descritas están habitadas por *Treponema Pallidum*. Las localizadas en zonas húmedas son altamente contagiosas. En etapas avanzadas hay alopecia en parches. Otras manifestaciones poco frecuentes son: hepatitis, meningitis linfocitaria, iritis, conjuntivitis, osteitis, periostitis, etc. La cefalea y el meningismo son hallazgos comunes. Igual que en sífilis primaria, las lesiones de la sífilis secundaria se resuelven espontáneamente en 3 a 12 semanas. El enfermo queda asintomático y la enfermedad pasa a su estado latente. Los diagnósticos diferenciales de la etapa secundaria son: pitiriasis rosada, eritema multiforme, enfermedades eruptivas virales, sarna, erupciones medicamentosas, linfoma, síndrome mononucleótico de diversas etiologías, etc¹⁵.

Sífilis latente es la fase asintomática de la sífilis, cuando se resolvieron las manifestaciones de la sífilis primaria y secundaria, aunque no implica ausencia de progresión de la enfermedad.

La sífilis latente precoz se extiende hasta 1 o 2 años después del contacto infectante. Puede ser asintomática durante todo su curso o éste verse interrumpido por los síntomas de recurrencia de la sífilis secundaria, Después de 1 o 2 años se habla de sífilis latente tardía, la que es asintomática. Todos los pacientes con sífilis latente tardía deben ser evaluados clínicamente buscando aortitis, neurosífilis, gomas e iritis. Después de un tiempo variable que se mide en años, 33% de los no tratados pueden desarrollar manifestaciones clínicas de sífilis terciaria. Ella comprende: sífilis terciaria benigna (gomas), sífilis cardiovascular y neurosífilis¹⁶.

4.3 Epidemiología o Estado del arte

La probabilidad de que la enfermedad se transmita de una madre infectada que no ha recibido tratamiento a su hijo es de aproximadamente 70%, pero tiene rangos amplios (30-100%) dependiendo del tiempo de la primo infección de la madre. La transmisión de la sífilis ocurre in útero pero las manifestaciones clínicas aparentes en el fruto de la gestación son muy variables determinando el período de incubación clínico en el fruto de la gestación¹⁵. La infección sifilítica del feto produce, dependiendo de su severidad: aborto tardío espontáneo (20 - 40%), mortinato (20 - 25%), parto pretérmino (15 - 55%) con infección congénita, recién nacido vivo a término con infección congénita (40 - 70%). La infección congénita puede manifestarse, según su severidad, como muerte neonatal, enfermedad neonatal, o infección latente, pudiendo desarrollar secuelas tardías¹⁶.

La muerte prenatal es el resultado más frecuente, pues ocurre entre el 40% y hasta el 70% de las gestaciones de mujeres con sífilis no tratada o tratada inadecuadamente; la mayoría de los recién nacidos vivos son asintomáticos pudiendo desarrollar manifestaciones tardías. Las manifestaciones clínicas pueden ser tempranas o tardías, su espectro es muy variado. Un medio inequívoco para confirmar el diagnóstico de sífilis primaria es la identificación de *Treponema Pallidum* mediante microscopía de campo oscuro. El material para estudio se obtiene por raspado superficial (sin

sangrado) del chancro o por punción aspirativa de las adenopatías satélites. Las pruebas serológicas treponémicas como FTA-abs (Fluorescente Treponemal Antibodyabsorption test) o TPHA (*Treponema Pallidum* Haemagglutination Assay) se positivizan más precozmente (7 a 10 días), son más específicas, tienen menor frecuencia de resultados falsos positivos y son más perdurables¹⁷.

Las pruebas serológicas no treponémicas como el VDRL (VenerealDiseaseResearchLaboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin) son fáciles de realizar, tienen escaso costo económico, son útiles para el diagnóstico y esenciales para controlar la respuesta al tratamiento, para lo cual se necesita que el estudio sea cuantitativo. Resultan reactivas después de 14 a 20 días de aparecido el chancro. Los niveles de anticuerpos se correlacionan con la actividad de la enfermedad. Títulos de 8UI o mayores se interpretan como correspondientes a infección activa. Aunque VDRL y RPR tienen similar validez, el resultado cuantitativo de ambas pruebas no puede ser comparado¹⁴. Para poder comparar es preferible hacer los estudios secuenciales en el mismo laboratorio. Títulos de 4UI o menores pueden observarse en personas tratadas por sífilis o ser falsos positivos. Los falsos positivos pueden observarse en el curso de infecciones bacterianas o virales, enfermedades autoinmunes o tumorales, después de vacunaciones, durante el embarazo, en UDIV. Falsos negativos resultan del fenómeno de prozona¹⁷.

4. Tratamiento de la Sífilis

4.4.1 Tratamiento sífilis gestacional

La penicilina es el antibiótico de elección, con eficacia probada para cualquiera de los estadios de la enfermedad. Para la sífilis primaria se recomienda penicilina G benzatinica 2,4 MUI I/M en 1 sola dosis. Se prefiere repetir la dosis semanal de penicilina benzatinica (1 o 2 veces) cuando se presume que la personas no va a concurrir a los controles posteriores y en la embarazada. Con ello curan más de 95% de los pacientes. Después del tratamiento el VDRL se hace negativo en 1 año en casi todos los casos¹³.

El mismo tratamiento también cura a la gran mayoría de los enfermos con sífilis secundaria, aunque algunos expertos recomiendan una segunda dosis con intervalo de 1 semana. El VDRL se negativizan en aproximadamente 2 años, pero en algunos pacientes las pruebas serológicas reagínicas siguen siendo reactivas, con niveles bajos de anticuerpos¹⁴.

Para los pacientes con sífilis latente tardía, latente de duración no conocida y terciaria no neurosífilis, se recomiendan 7,2 MUI de penicilina G benzatinica i/m en 3 dosis con intervalo de 1 semana. La penicilina es el único antibiótico de probada eficacia para la embarazada. Cura a la mujer, previene la transmisión fetal y trata la infección fetal en caso de haberse producido, Para tratar la sífilis en la embarazada y la neurosífilis no hay terapia alternativa de la penicilina. Por lo tanto las personas alérgicas a la penicilina tienen que ser desensibilizadas.

4.4.2 Tratamiento sífilis congénita

Los neonatos deben ser tratados para sífilis congénita si cumplen la definición operativa de caso de sífilis congénita descrita anteriormente. Los dos esquemas antibióticos recomendados para el tratamiento están basados en el uso del medicamento de elección que es la penicilina, y no existen otras alternativas que garanticen la curación de la enfermedad. Por lo tanto sólo la penicilina se debe usar para tratar un caso de sífilis congénita¹³.

Los esquemas antibióticos específicos son los dos siguientes:

Penicilina Cristalina G acuosa 100,000 a 150,000 unidades/kg/día intravenosa, administrados en dosis fraccionadas de 50,000 unidades/kg cada 12 horas durante los 7 primeros días de edad, y cada 8 horas después, por un total de 10-14 días. Si hay compromiso de Sistema Nervioso Central durante 14 días Penicilina G procaínica 50,000 unidades/kg/dosis intramuscular, una vez al día durante 10-14 días. Si el tratamiento se interrumpe, debe reiniciarse. Este último esquema de tratamiento con penicilina procaínica no requiere atención intrahospitalaria. Si el recién nacido tiene VDRL positivo en líquido cefalorraquídeo, el tratamiento se hará con penicilina cristalina durante 14 días¹⁴.

4.5 Seguimiento al Recién nacido

En todo recién nacido que cumpla los criterios de caso de sífilis congénita se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (prueba no treponémica -VDRL, RPR-) cada 3 meses hasta el año de edad (3, 6, 9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en dos (2) diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL, RPR). Si el recién nacido tuvo compromiso de sistema nervioso central, a los seis meses se le deberá hacer punción lumbar para verificar la normalidad de los parámetros en el LCR. Si persiste algún parámetro alterado deberá recibir el tratamiento nuevamente ajustando por el peso actual de acuerdo a la orden de médico de pediatría¹⁵.

5. METODOLOGÍA:

5.1 Diseño Metodológico:

Estudio de corte transversal y retrospectivo en la ESE CAMU EL AMPARO durante el año 2013.

5.2 Población Y Muestra:

Población: Total de Recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita en el año 2013.

Muestra: Con el fin de disminuir los costos y el tiempo de recolección y tratamiento de los resultados de la investigación, del total de casos notificados en el SIVIGILA como casos de sífilis congénita (34

casos), se escogió una muestra representada por los recién nacidos hijos de gestantes que se hicieron sus controles prenatales en la ESE CAMU EL AMPARO durante el año 2013 y la unidad de observación fueron las historias clínicas. Este proceso se inició previa autorización de la institución participante. Se estableció un muestreo por conveniencia.

5.3 Criterios de selección y exclusión:

Los criterios de selección fueron:

- Hijos de madres que realizaron su control prenatal en la ESE CAMU EL AMPARO de Montería y fueron diagnosticados con sífilis congénita en el año 2013.
- Recién nacidos con prueba de VDRL positiva, No reactiva pero con nexo epidemiológico, o no realizada pero que fueron notificados en SIVIGILA en el año 2013.

Los criterios de exclusión fueron:

- Aquellos recién nacidos que no se encuentren en el SIVIGILA notificados con sífilis congénita.

5.4 Sesgos Potenciales

Los potenciales sesgos en la investigación que se pudieron presentar, se relacionaron con la codificación y el registro de los datos de las historias clínicas materno perinatales, dado la frecuencia del sub registro de la información en este tipo de documentos diligenciados manualmente; con el fin de controlar estos posible sesgo, se realizaron llamadas telefónicas a las gestantes incluidas en el estudio que permitieron la confirmación de los datos faltantes en los documentos revisados.

5.5 Operacionalización de las variables de estudio

Variable dependiente: sífilis congénita

Variables independientes: factores maternos

VARIABLE	MEDICION	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE ESCALA
Sífilis congénita	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal Dicotómica
DATOS DE LA MADRE			
Edad materna	Cuantitativa	Años	Razón
Escolaridad	Cualitativa	- No sabe leer ni escribir - Nunca fue a la escuela pero sabe leer y escribir - Preescolar - Primaria Completa	Nominal Politómica

		<ul style="list-style-type: none"> - Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria incompleta - Técnica o Tecnológica - Universitaria - Postgrado - Otro 	
Estado civil	Cualitativa	Soltera Casada Unión libre	Nominal Politómica
Ocupación	Cualitativa	Ama de casa Empleada Estudiante Trabajadora sexual	Nominal Politómica
Adicciones drogadicción	Cualitativa	Si – No	Nominal Dicotómica
Alcoholismo	Cualitativa	Si – No	Nominal Dicotómica
Tabaquismo	Cualitativa	Si – No	Nominal Dicotómica
Antecedentes ginecobstétricos GPCAE (gestaciones, partos, cesáreas, abortos, ectópicos)	Cuantitativa	Numero	Razon
Parejas sexuales de toda su vida	Cuantitativa	Número	Razón
Antecedentes de ITS	Cualitativa	Si- No	Nominal Dicotómica
Antecedentes de sífilis	Cualitativa	Si- No	Nominal Dicotómica
Antecedentes de tratamiento de sífilis	Cualitativa	Si- No	Nominal Dicotómica
DATOS DEL RN			
Edad gestacional	Cualitativa	Pretérmino Termino Postérmino	Nominal
Genero	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica
Peso al nacimiento	Cuantitativa	Gramos	Continua

5.6 Procedimiento

5.6.1 Implementación

La recolección de la información se realizó en seis sedes urbanas de la ESE CAMU El Amparo, las cuales son: La Candelaria, El Amparo, La Granja, Villa Margarita, Canta Claro y Camilo Torres en las cuales se presta la atención a la población materna del régimen subsidiado y a aquellas gestantes no afiliadas al SGSSS.

El diligenciamiento de los instrumentos para la recolección de la información se realizó tomando como fuente la historia clínica materna; teniendo en cuenta la base de datos de las usuarias que se encontraban en el programa de sífilis gestacional de cada unidad funcional, la cual se alimentaba de la información suministrada por el SIVIGILA con relación a casos notificados de sífilis congénita. La sistematización y análisis de la información fue desarrollada por las investigadoras que conocen las variables de estudio así como el manejo confidencial de la información.

5.6.2 Desarrollo

En el proceso de depuración de datos y plan de análisis se utilizó la encuesta anexa la cual permitió recolectar los datos de las variables del estudio que fueron de tipo nominal, cualitativo y cuantitativo tales como edad, escolaridad, estado civil, ocupación, número de parejas sexuales, antecedentes de ITS, sífilis y tratamiento, edad gestacional entre otras. Posteriormente, estos datos recogidos fueron sistematizados y analizados en la herramienta Excel. Los datos analizados fueron suministrados a las directivas de la institución donde se desarrolló el estudio así como a la dirección local de salud del municipio de montería. Los resultados de la tabulación de la información fueron representados en gráficos de pastel, histogramas de frecuencias y barras según la variable representada.

5.6.3 Depuración de la información y plan de análisis

Se analizaron los datos por medio de estadística descriptiva. Las variables cualitativas fueron graficadas como distribuciones de frecuencias con gráficos de barras y las variables cuantitativas con distribución normal a través de medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó un cálculo de proporción de incidencia de sífilis congénita usando como numerador número de casos nuevos de sífilis congénita notificados en el periodo y como denominador la población expuesta al riesgo de enfermar de esa causa en el periodo (nacidos vivos).

Los indicadores que se obtuvieron son:

- Proporción de incidencia de sífilis Congénita de la ESE CAMU EL AMPARO de Montería 2013
- Distribución porcentual del lugar de procedencia de madres de hijos diagnosticados con sífilis congénita en la ESE CAMU EL AMPARO de Montería 2013.
- Porcentaje de mujeres (madres de hijos diagnosticados con sífilis congénita que manifestaron tener múltiples compañeros sexuales) con múltiples compañeros sexuales.

- Porcentaje de Mujeres (madres de hijos diagnosticados con sífilis congénita que manifestaron dentro de sus antecedentes personales, la sífilis) con antecedentes de sífilis.
- Porcentaje de reinfección de sífilis gestacional (en madres de hijos diagnosticados con sífilis congénita)

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se llevó a cabo una investigación sin riesgos, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación intencional de las variables biológicas, fisiológicas o sociales de la población estudiada de acuerdo al artículo 11 de la resolución 8430 de 2013. De igual manera de obtuvo la carta de autorización por parte de Subdirección científica de la ESE CAMU EL AMPARO para la obtención de la información. Por otra parte, la investigación estuvo a cargo de profesionales con experiencia e idoneidad garantizando que durante la investigación se protejan los derechos de los participantes, haciendo énfasis en el derecho a la privacidad manteniendo la información de cada individuo de la muestra en el anonimato.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Julio de 2014	Agosto de 2014	Septiembre de 2014	Octubre de 2014	Mayo 2015	Junio de 2015	Julio de 2015	Agosto de 2015
Elaboración del instrumento de recolección de la información								
Solicitud escrita a las instituciones involucradas en la investigación								
Aplicación de prueba piloto para la aprobación del instrumento								
Recolección de los datos								
Análisis de los datos								
Asignación de tutor por parte de la universidad								
Envío de correcciones y comentarios entre el tutor y los investigadores								
Presentación de los resultados								

8. PRESUPUESTO

Materiales:	
Subtotal papelería:	\$ 400.000
Computadora	\$ 800.000
Investigadores:	
Valor dos investigadores	\$ 8.000.000
Imprevistos:	\$ 500.000
TOTAL	\$ 9.100.000

9. RESULTADOS

En el año evaluado (2013), del evento Sífilis Congénita fueron notificados al SIVIGILA 37 casos en el Municipio de Montería, con relación a la población objeto del estudio, es decir, al total de la población contratada con la ESE CAMU EL AMPARO correspondieron 27 casos. Con respecto al mismo periodo del año anterior, de este evento fueron notificados 21 casos, lo que representa una variación significativa en el comportamiento del evento, observándose un aumento de 6 casos. Por tanto, la incidencia pasó de 1.3 casos por 1.000 Nacidos vivos (NV) a 1.7 casos por 1.000 NV. Lo cual indica una alta incidencia de sífilis congénita comparándola con las metas propuestas para el 2015, las cuales consisten en disminuir la proporción de incidencia de este evento para nuestro país, que para el año 2013 estaba proyectada en 1.2 casos por cada 1.000 NV¹⁴.

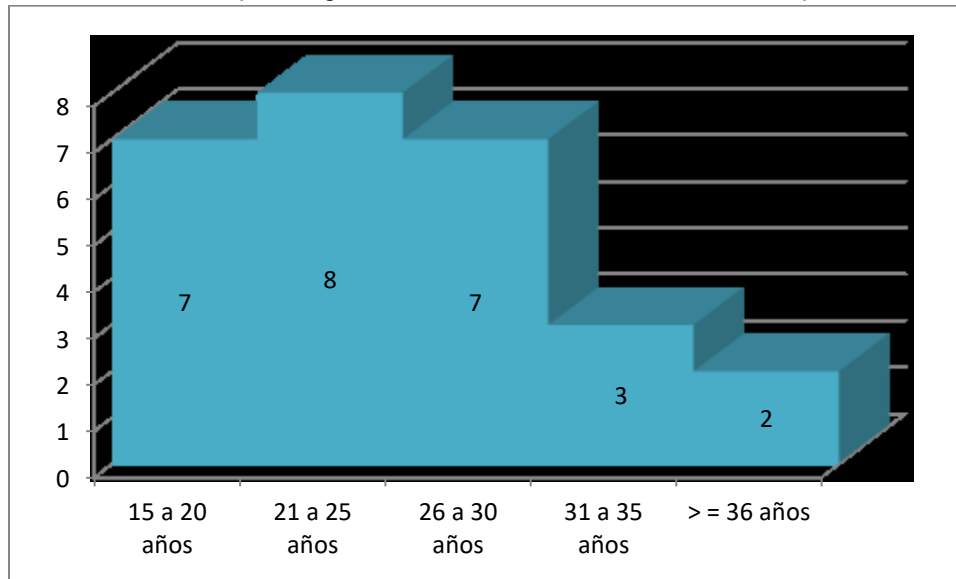
De acuerdo a la muestra obtenida, a continuación se describirán las características demográficas de las madres de los recién nacidos con sífilis congénita (2013)

Tabla N° 1. Distribución por rango de edad de la madre al momento del parto

Rango de edad	N°	%
15 a 20 años	7	25,9
21 a 25 años	8	29,6
26 a 30 años	7	25,9
31 a 35 años	3	11,1
> = 36 años	2	7,4
Total	27	100

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Gráfico N° 1. Distribución por rango de edad de la madre al momento del parto. Montería 2013



Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

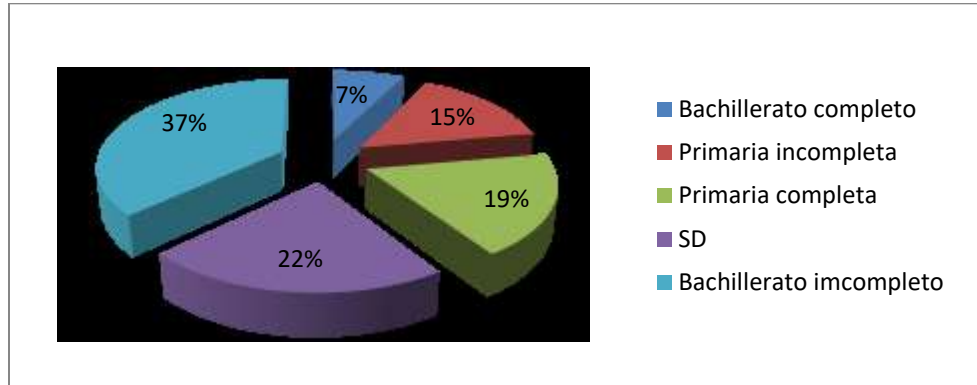
Se revisaron 27 historias clínicas pertenecientes a la población objeto del estudio, de las cuales se extrajo información que posteriormente fue consignada en base de datos Excel, observándose que el 29,6% ($n=8$) de las madres de niños con sífilis congénita que ingresaron al estudio tenían al momento del parto entre 21 y 25 años de edad; no obstante, la diferencia no fue tan significativa con los rangos 15 a 20 años y 26 a 30 años, los cuales representaron el 25,9% cada uno con 7 madres en cada caso. Se presentaron 3 casos de madres con edad entre 31 a 35 años, lo que equivale a un 11%, a su vez, el menor porcentaje de casos correspondieron a madres con más de 35 años de edad.

Tabla N° 2. Nivel de escolaridad de las gestantes. Montería 2013

ESCOLARIDAD	N°	%
Bachillerato completo	2	7,40740741
Primaria incompleta	4	14,8148148
Primaria completa	5	18,5185185
SD	6	22,2222222
Bachillerato incompleto	10	37,037037
Total	27	100

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Grafica N° 2. Nivel de escolaridad de las gestantes. Montería 2013



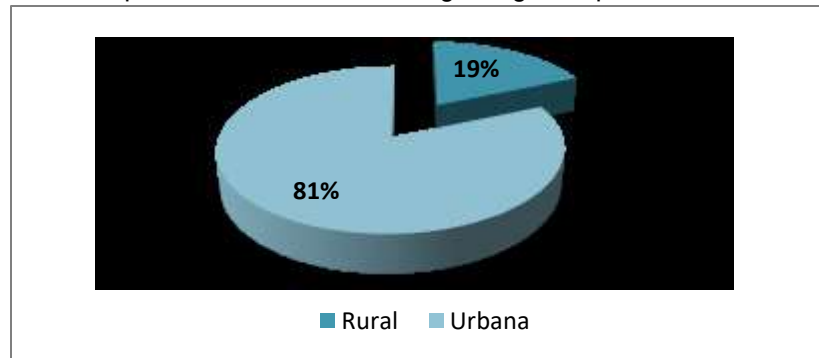
Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Tabla N° 3. Distribución porcentual de los casos según lugar de procedencia. Montería 2013

Procedencia	Rural	Urbana	Total general
N°	5	22	27

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Gráfico N° 3. Distribución porcentual de los casos según lugar de procedencia. Montería 2013



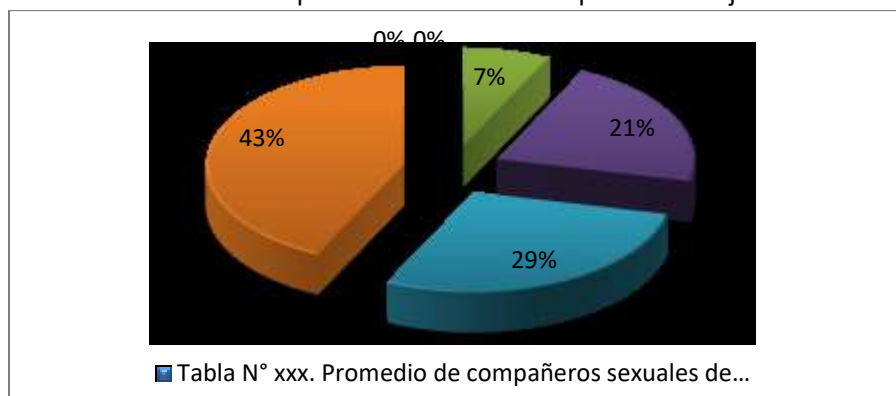
Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Con relación al lugar de procedencia, el 81% (n= 22) de los casos corresponde a hijos de madres que residían en área urbana del municipio de Montería frente al 19% (n= 5) procedente de la zona rural.

# compañeros sexuales	Fr	Fr Relativa	Fr Relativa ac	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	6	0,22222222	0,22222222	22,2222222	22,2222222
2	7	0,25925926	0,481481481	25,9259259	48,14814815
3	4	0,14814815	0,62962963	14,8148148	62,96296296
4	1	0,03703704	0,666666667	3,7037037	66,66666667
5	3	0,11111111	0,777777778	11,1111111	77,77777778
Sin dato	6	0,22222222	1	22,2222222	100

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Gráfico N° 4. Número de compañeros sexuales de la población objeto. Montería 2013.



Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

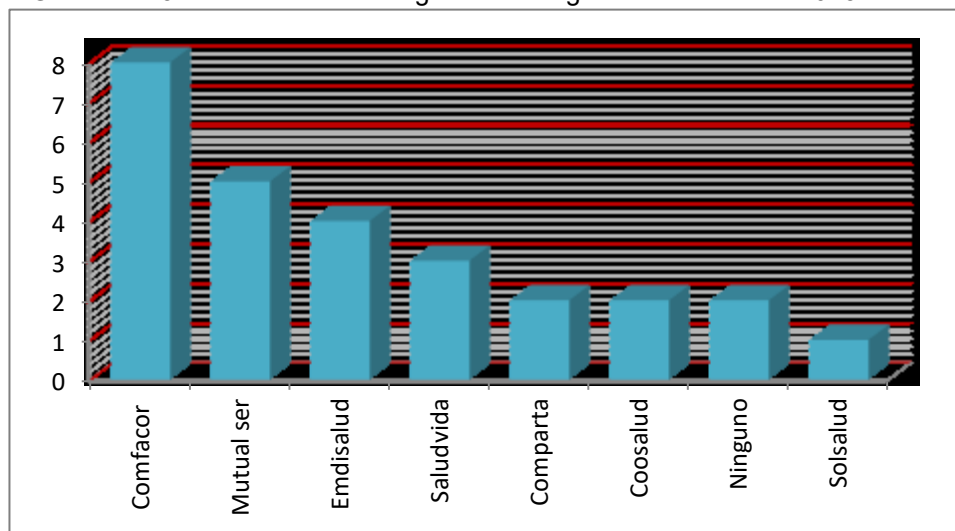
En lo concerniente al número de parejas sexuales, el 25,9% (n= 7) de la población reportó en las historias clínicas que solo habían tenido hasta la fecha del diagnóstico 2 compañeros sexuales. Dentro del rango observado, el límite inferior correspondió a 1 compañero (22,2%) y el superior a 5 (11,1%). Hubo un total de 6 historias clínicas que no reportaban dicha información. La afiliación al régimen de seguridad social en salud correspondió a 93% de población subsidiada y 7% a PNA. No se presentó ningún caso de régimen contributivo puesto que esta población no es objeto de atención en la institución donde se llevó a cabo el estudio.

Nombre EPS	N°	%
Comfacor	8	29,6
Mutual ser	5	18,5
Emdisalud	4	14,8
Saludvida	3	11,1
Comparta	2	7,4
Coosalud	2	7,4

Ninguno	2	7,4
Solsalud	1	3,7
Total general	27	100

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Gráfico N° 5. Distribución de las gestantes según EPS. Montería 2013



Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

De la población subsidiada, el 29,6% pertenecía a la EPS Comfacor con 8 casos, en su orden le sigue Mutualser con 5 casos lo que representó un 18,5% del total de la población, Emdisalud con 4 casos (14,8%), Saludvida con 3 casos (11,1%), Comparta, Coosalud y Población No Afiliada con 2 casos cada uno (7,4% respectivamente) y por ultimo Solsalud con 1 caso para un 3,7% de la población. No se incluyeron casos de Caprecom EPS- S, dado que a la fecha del estudio, esta no tenía contratada la ESE CAMU EL AMPARO dentro de su red prestadora de servicios de salud.

Tabla N° 6. Características ginecobstétricas de las madres de los recién nacidos con sífilis congénita. Montería 2013

Características ginecobstétricas	N°	%
Trimestre de gestación al inicio del control prenatal:		
Primer trimestre (1-12)	4	14,8
Segundo trimestre (13-24)	13	48,1
Tercer trimestre(25 -39)	2	7,4

Sin controles prenatales	8	29,6
Total	27	100
Control prenatal:		
Controladas (=>4 controles)	14	51,9
No controladas (<4 controles)	13	48,1
Total	27	100
Paridad (promedio de hijos)		
Primigestante	9	33,3
Multigestante	18	66,7
Total	27	100
Edad gestacional		
A termino	27	100
Pretermino	0	0
Total	27	100

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

El promedio de controles prenatales (CPN), en esta serie de madres de RN con sífilis congénita el fue de 4, con extremos de 0 a 7 consultas en las 14/27 con CPN (51.85%). Observamos, que el 32% son multigestantes, asimismo, el 92,6% de los recién nacidos tuvieron edad gestacional a término.

Tabla N° 6. Porcentaje de madres con antecedentes personales de sífilis. Montería 2013.

	Si	No	SD	Total
N°	6	17	4	27
%	22,2	63,0	14,8	100

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

El 63% de los casos no reportó antecedentes personales de sífilis, el 22,2% manifestó tener dichos antecedentes y en cuatro casos, es decir, el 14,8% se desconocía el dato.

Tabla N° 7. Trimestre de gestación del diagnóstico de sífilis. Montería 2013

Diagnostico	N°	%	% acumulado
Trimestre de gestación de la primera serología diagnóstica:			
Primer trimestre (1-12)	3	11,1111111	11,1111111
Segundo trimestre (13-24)	6	22,2222222	33,3333333

Tercer trimestre(25 -39)	9	33,3333333	66,6666667
Parto- Puerperio	9	33,3333333	100
Total	27	100	

Trimestre gestación de la prueba treponémica confirmatoria:			
Primer trimestre (1-12)	3	11,1111111	11,1111111
Segundo trimestre (13-24)	6	22,2222222	33,3333333
Tercer trimestre(25 -39)	9	33,3333333	66,6666667
Parto- Puerperio	8	29,6296296	96,2962963
No realizada	1	3,7037037	100
Total	27	100	

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

La primera serología diagnóstica fue realizada en el 11,1% (n=3) de los casos en el primer trimestre del embarazo, el 22,2% (n=6) en el segundo trimestre, en el tercer trimestre en un 33,3% (n=9) al igual que en el periodo del parto y/o el puerperio.

No se presentó diferencia significativa con relación a la edad gestacional de la primera serología y la confirmación diagnóstica con prueba treponémica, pues los porcentajes se mantuvieron constantes para cada trimestre entre ambos indicadores, a excepción de la confirmación en la fase del parto y/o el puerperio donde no se realizó dicha prueba a una paciente, por lo que el porcentaje varió de 33,3 % a 29,6 %, observándose oportunidad en la realización de la prueba confirmatoria pues esta se realizó en el 96,3 % de los casos de forma inmediata .

Tabla N° 8. Cumplimiento de esquema de tratamiento para sífilis gestacional. Montería 2013

Tratamiento	N	%
Trimestre de gestación al inicio del tratamiento:		
Primer trimestre (1-12)	2	7,4
Segundo trimestre (13-24)	7	25,9
Tercer trimestre(25 -39)	9	33,3
Sin tratamiento durante la gestación	9	33,3
Total	27	100,0
Medicamento y dosis administrado		
Penicilina benzatinica 2.400.000 3 dosis, una semanal	16	59,3
Otro	0	0,0
Sin tratamiento durante la gestación	9	33,3
Sin información	2	7,4

Total	27	100,0
Se le formuló retratamiento por reinfección durante el embarazo o no respuesta al tratamiento		
Si	6	22,2
No	1	3,7
No aplica	20	74,1
Total	27	100,0

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Al analizar el cruce de las variables trimestre de gestación de la prueba confirmatoria y trimestre de gestación al inicio del tratamiento con el fin de evaluar oportunidad se observa que de los 3 casos que fueron confirmados en el primer trimestre solo 2 recibieron tratamiento en este mismo lo que corresponde al 66,6% de oportunidad de inicio de tratamiento. En relación al medicamento administrado el 59,3% recibió dosis adecuada con penicilina benzatinica, se observó que el 33,3% no recibió tratamiento durante la gestación y un 7,4 % no se reportó en su historia clínica si recibió tratamiento. Se obtuvo que un 22,2% se le formule tratamiento por reinfección.

Tabla N° 9. Porcentaje de re infección.
Montería 2013

	Reinfección durante la gestación	
	Si	No
#	6	5
%	45	55

Para el análisis del indicador porcentaje de re infección se descartaron 16 de los 27 casos, los cuales no aplican para este criterio y correspondieron a aquellos que fueron diagnosticados en el momento del parto o en su defecto un mes antes de estos haber finalizado la gestación, razón por la cual el cálculo solo se realizó con 11 casos, los cuales corresponden a las gestantes diagnosticadas en el primer, segundo o tercer trimestre pero no más de las 32 semanas de gestación. De estos, el 55% (n= 6) presentó re infección durante el embarazo, frente a un 45% (n= 5) que no.

Tabla N°10. Distribución por sexo de los casos de sífilis congénita. Montería 2013

Sexo	N	%
Masculino	11	40,7
Femenino	16	59,3
Total	27	100,0

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Se observa predominancia significativa del sexo femenino en una razón de 0.6/1 sobre el sexo masculino de los RN con sífilis congénita.

Tabla N° 11. Relación Peso/Edad gestacional al nacimiento. Montería 2013

Relación peso/ edad gestacional	#	%
AEG	25	92,6
PEG	2	7,4
Total	27	100,0

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Durante la revisión documentaria de HC en recién nacidos ingresados a la UCI neonatal de las IPS de atención donde fueron diagnosticados los recién nacidos en el año 2013, se encontraron 27 casos con diagnóstico y tratamiento de sífilis congénita. En la relación peso/edad gestacional, el 92,6% (n=25) tuvieron peso Adecuado para la Edad Gestacional (AEG), solo 2 (7,4%) casos fueron Pequeños para le Edad Gestacional (PEG), de estos, un caso fue de un recién nacido Pretérmino.

Tabla N° 12. Manifestaciones clínicas de la población de RN con sífilis congénita. Montería 2013

En los recién nacidos:	#	%
Anemia	0	0,0
Hepatoesplenomegalia	1	3,6
Alteraciones oculares	0	0,0
Sordera	0	0,0
Asintomático	23	82,1
Lesiones óseas (Periostitis, Bandas radiolúcidas, osteocondritis)	0	0,0
Prematuridad	2	7,1
Descamación Palmo-Plantar	1	3,6
Ictericia prolongada	1	3,6
Edema de miembros inferiores	0	0,0

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Las manifestaciones clínicas más frecuentes se relacionaron con la prematuridad (7,1%), la hepatoesplenomegalia, la ictericia y Descamación Palmo-Plantar (3.6%). Teniendo en cuenta que (82,1%) de los recién nacidos nacieron asintomáticos.

Tabla N°13. Diagnóstico de la sífilis congénita en esta población de RN.
Montería 2013

Estudios diagnósticos	#	%
VDRL en sangre		
< 8 diluciones	18	66,7
> 8 diluciones	3	11,1
No reactivo	4	14,8
No se tomó	2	7,4
Total	27	100,0
VDRL en LCR		
Reactivo	2	7,4
No reactivo	17	63,0
No se tomo	7	25,9
No se tiene el dato	1	3,7
Total	27	100,0
Radiografía de Huesos largos		
Con periostitis	2	7,41
Normal	14	51,85
No se realizó radiografía	11	40,74
Total	27	100,00

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

La prueba de VDRL sanguíneo <8 diluciones se presentó en 18 RN (66.7%) y >8 diluciones en 3 RN (11.1%), No reactivo en 4 RN (14,8%), y a 2 (7,4%) no se les tomó. La prueba de VDRL en LCR fue reactivo en 2 RN (7.4%) y no reactivo en 17 RN (17.7%). La radiografía de huesos largos se realizó en 16 RN (59,26%), diagnosticando 2 RN (7,41%) con periostitis.

Tabla N°14. Tratamiento administrado para sífilis congénita. Montería 2013

Medicamento	#	%
Penicilina Cristalina	27	100
Penicilina benzatinica	0	0
Otro	0	0

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

El tratamiento farmacológico se indicó en 27 RN (100%) con Penicilina cristalina.

Tabla N°15. Condición de egreso. Montería 2013

Población	Vivos		Fallecidos		Total	
	#	%	#	%	#	%
Total recién nacidos	26	96,2962963	1	3,7037037	27	100

Fuente: Base de datos Encuesta Sífilis Congénita. Montería 2013

Al alta hospitalaria, 26 RN (96,2%), fueron remitidos con sus familiares, en tanto que 1 RN (3,1%) falleció.

10. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*. La sífilis congénita (SC), afecta recién nacidos en todo el mundo, por lo que la detección temprana durante el embarazo es importante, debido a la alta probabilidad de transmisión al producto con mayor riesgo en las etapas posteriores al cuarto mes de gestación¹⁶.

Actualmente, se daría poca importancia a la sífilis congénita, por ser una enfermedad poco frecuente; sin embargo, a través de diversos estudios se ha demostrado que continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial, ya que anualmente se presentan más de 4 millones de nuevos casos en el mundo¹⁷.

En el año 2013 incrementó la frecuencia de los casos de sífilis congénita en el municipio de montería con relación a los 5 años inmediatamente anteriores, pudiéndose relacionar este comportamiento con la no realización oportuna de controles prenatales pues aquellas que no acceden a este servicio no pueden recibir diagnóstico y el subsiguiente tratamiento; en este estudio un total de 8 pacientes (29,6%) no tuvieron control prenatal. Hace falta por tanto, reforzar la intervención inoportuna de los aseguradores del riesgo para búsqueda activa y demanda inducida a este servicio.

Madres con sífilis gestacional

Según los resultados de nuestro estudio, 27 mujeres embarazadas sus RN fueron diagnosticados con sífilis congénita. Todos los casos correspondieron a neonatos.

Se han evidenciado factores maternos ha contribuido al incremento de sífilis congénita. La falta de un Control Prenatal adecuado, efectivo es el factor más importante asociado a Sífilis congénita^{18, 19}. En nuestro estudio, se evaluaron algunos de estos factores, encontrado que la mayoría de madres estaban en el rango de edad de 21 a 25 años (29.6%), eran multigestantes (66.6%), con bachillerato incompleto (37%).

Como se describió anteriormente, la falta de un control prenatal adecuado y efectivo, además del ingreso oportuno a este es el factor más importante asociado a sífilis congénita¹⁹. Dentro de los resultados se evidencio que el 29,6% (n=8) no tuvieron control prenatal, por lo tanto no recibieron tratamiento oportuno; de las 19 pacientes que sí tuvieron control prenatal, el 94,5% (18) fueron tratadas oportunamente y el 5,5%(n=1) no recibió el tratamiento para sífilis. En otros estudios se reporta que casi el 60% no tuvieron Control Prenatal o Control Prenatal inadecuado^{20, 21}.

De la muestra 11 pacientes fueron diagnosticadas con menos de 32 semanas de gestación, de estos, el 55% (n= 6) presentó re infección durante el embarazo, frente a un 45% (n= 5) que no recibieron tratamiento durante la gestación pero se reinfectaron por lo que fue necesario aplicar tratamiento nuevamente.

A pesar de que se encontraron pacientes que estaban en control prenatal en nuestro trabajo, evidenciamos que las pacientes estuvieron acudiendo a los controles programados, pero no se están cumpliendo los objetivos del programa de control prenatal, ya que el número de controles esperados no se representa en todos los casos de las usuarias, debiéndose promover e incentivar la asistencia a este control y realizar los estudios correspondientes, sobre todo en pacientes de alto riesgo²².

Pese a que no se evaluó la condición socioeconómica, es innegable la relación entre sífilis Congénita y pobreza, resultado que sí es demostrado en otros estudios^{23, 24}, no obstante, se puede inferir esta relación teniendo en cuenta que en la ESE CAMU EL AMPARO se atiende a población de régimen subsidiado y pobre no asegurada

En nuestro país una de las razones para la no realización de la serología para sífilis en el control prenatal, es por el lugar de residencia de algunas usuarias que en muchos casos en rural dispersa, en donde no existen las condiciones para la realización de esta²⁵, condiciones que mejorarían con la implementación de la prueba rápida por lo menos en aquellos casos donde no es posible realizar la serología, que en nuestro país está reglamentada por la Resolución 2338 del 2013. Al analizar este punto, la mayoría de las pacientes de este estudio provienen de zona urbana, por lo que se podría inferir que estas al no tener esta limitante, deberían haberse realizado este examen permitiendo un diagnóstico oportuno permitiendo el tiempo necesario para la aplicación del tratamiento y así disminuir el riesgo en el feto²⁶. Pero si analizamos el tratamiento administrado a las madres con sífilis, observamos que, el 33% no recibió tratamiento durante la gestación esto asociado a que algunas de esta no estaban en control prenatal por lo que no fueron detectadas a tiempo. De las pacientes controladas con el diagnostico de sífilis, se debe insistir en el tratamiento completo y oportuno, para evitar la aparición de casos de esta enfermedad infecciosa. Asociado a esto una de las actividades más importante en la prevención de sífilis congénita está en la

identificación oportuna de la sífilis gestacional, lo cual conlleva a un tratamiento oportuno acompañado de un seguimiento apropiado^{27, 28}.

Según la recomendación de Medina²⁹ todas las mujeres deberían hacerse VDRL durante la gestación en su inicio y repetir al comienzo del tercer trimestre, en el parto en mujeres de alto riesgo, y en aquellas que residen en áreas de alta incidencia de infección, al igual que al momento del parto el recién nacido no puede darse de alta hasta conocer el resultado de la serología de la madre³⁰. En relación al diagnóstico, el VDRL reactivo con una prueba treponémica positiva es el punto de inicio para la evaluación de sífilis congénita, lo cual debe generar en el personal médico la búsqueda en el neonato de hallazgos clínicos y anormalidades en el laboratorio³¹.

Una de las situaciones más difíciles de interpretar es la que se produce cuando una prueba de VDRL continúa siendo positiva (huella serológica), después de un tratamiento adecuado, esta puede ser biológicamente falsa o probablemente podría indicar una infección activa persistente o reinfección³². En cuanto a las pruebas treponémicas, detectan anticuerpos al *Treponema pallidum*, y deberán ser utilizados para la confirmación de las pruebas no treponémicas. La prueba más comúnmente usada es el Test de Absorción de Anticuerpos Fluorescentes Treponémicos (FTA-Abs), se usa solo para verificar el resultado positivo de una prueba reaginica. Cuando es positivo se mantiene así durante toda la vida. Los títulos de anticuerpos treponémica no se correlacionan con la actividad de la enfermedad y no son cuantificados, una vez reactivos, usualmente se mantienen reactivos de por vida, aun si la infección es curada³³.

En nuestro estudio, se encontró un caso en donde la madre tuvo resultado reactivo de VDRL pero no fue confirmado por prueba treponémica; esto refleja la mala práctica médica debido a que para poder diagnosticar un caso de sífilis gestacional en nuestro país si las diluciones son menor de 8 dils este debe ser confirmado con prueba treponémica. La mayoría de pacientes son infectados in útero por vía transplacentaria del *Treponema pallidum* de una madre infectada, a su feto. El riesgo de transmisión materno-fetal cambia con el estadio de la enfermedad materna; es decir, mientras más corta sea la duración de la enfermedad materna (infección primaria no tratada y sífilis secundaria), lo más probable es que se transmita la enfermedad al feto³⁴.

Por lo tanto, cuanto más reciente es la infección sifilítica de la madre tanto más grave es la influencia que ejerce la sífilis sobre el fin del embarazo. Si el contagio de la madre ocurrió poco antes de la fecundación, o poco después de ella, el embarazo suele terminar en un aborto, o en un parto prematuro, con una muerte perinatal³⁵.

Recién nacidos con sífilis congénita

La incidencia no se altera con respecto al sexo, pero en nuestro trabajo encontramos un número mayor de pacientes de sexo femenino en una razón de 0.6/1 sobre el sexo masculino comprometidos con la infección por *T. Pallidum* a través de su madre. A diferencia de este, otros estudios corroboran esta predominancia masculina³⁴, aunque otros autores reportan predominancia ligera del sexo femenino, sin poder presentar justificaciones biológicas para este fenómeno.

A pesar de que existen los criterios para diagnóstico de sífilis congénita definidos en nuestro país, sigue siendo en algunos casos un problema en el diagnóstico de sífilis en los neonatos, esto se asocia a que no siempre existen signos clínicos y de laboratorio de la infección³⁵ por lo que es importante analizar a la madre. Debido a esto, en nuestro estudio se tuvo en cuenta la historia clínica materna en donde se encontraba el reporte de las pruebas treponémicas y no treponémicas reactivas lo cual se ve reflejado en que la mayoría de los neonatos diagnosticados fueron asintomáticos (82%), Por otra parte, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la prematuridad, hepatoesplenomegalia, ictericia prolongada y las alteraciones dermatológicas. Por otro lado, la clínica es inespecífica; pues también puede ser visto en otras infecciones intrauterinas (citomegalovirus-toxoplasmosis) ³⁵. En nuestro estudio, todos los RN fueron catalogados como sífilis congénita precoz debido a que el diagnóstico fue en el periodo neonatal, no encontrándose casos de sífilis congénita tardía.

En todos los RN se tuvo el antecedente materno de serología positiva de la madre, además de la clínica en algunos recién nacidos compatible con infección intrauterina. Es interesante añadir que la prueba del VDRL es inespecífica pero necesaria para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes afectados de esta enfermedad previsible³⁶.

Cabe señalar que VDRL no reactivo puede observarse en sífilis temprana, adquirida latente, o sífilis tardía. Igualmente, la falsa positividad puede deberse en los casos en que la madre gestante recibe tratamiento adecuado; en estos casos la serología seriada tiene vital importancia pues disipa la duda para confirmar o descartar el diagnóstico³⁷. Se observó que en 25 casos fue realizado la prueba no treponémica, solo en 4 casos se obtuvo cuatro veces el valor de la madre, o existieron 2 casos que no se le realizó la prueba. Los títulos séricos de VDRL oscilaban desde no reactivo hasta 16 diluciones. De los realizados 18 casos (66,7%) tuvieron títulos menores 8 diluciones; estos valores podrían deberse a infección reciente.

En cuanto al VDRL en LCR, no se llegaron a realizar en su totalidad, solo en el 70,4% (19 casos). Algunos autores opinan que un VDRL reactivo en LCR tiene mayor importancia en el tratamiento, seguimiento y pronóstico en el recién nacido afectado que un examen radiológico con patología³⁸. Aun no se conoce si los anticuerpos del LCR reflejan la presencia del compromiso del SNC o simplemente resulta de la transferencia pasiva de los anticuerpos del suero del infante. Pero en recientes estudios nos reportan la presencia del PCR positivo en LCR (reacción de la cadena de la polimerasa que estudia el DNA del *Treponema pallidum*) presente en pacientes con sífilis³⁹. Sin embargo, se acepta que un infante con VDRL reactivo en LCR, aun en ausencia de síntomas, debería recibir el tratamiento recomendado⁴⁰.

En lo que se refiere a hallazgos radiológicos en Sífilis Congénita, se describen desde inflamación articular, distrofia metafisaria, reacción periostica, y alteraciones de tipo osteitis. Además se describe periostitis, osteocondritis de huesos largos que originan la pseudoparálisis de Parrot, que estuvieron presentes en 2 pacientes de nuestro estudio⁴¹.

Cuando se realiza el diagnóstico de la Sífilis Congénita, el tratamiento y el manejo subsecuente debe realizarse oportunamente, aun sigue siendo la Penicilina G cristalina la droga de elección para

cualquier estadio de la enfermedad. Se encontró en nuestro estudio que todos los casos fueron tratados con penicilina cristalina de acuerdo al protocolo establecido en Colombia por el INS (Instituto Nacional de Salud).

Finalmente debemos decir que la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud público, solo será posible si se emprenden también intervenciones en la población en edad fértil, en mejorar la educación en los métodos de barrera que permiten disminuir la transmisión de esto casos, al igual que la intervención de los grupos vulnerables, los consumidores de drogas, trabajadoras sexuales. Fortalecer los programas de Control prenatal que permitan una intervención oportuna.

11. CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo era determinar los factores que se relacionan con la frecuencia de la sífilis congénita durante el año 2013 en los recién nacidos y los factores maternos determinantes para la aparición de estos casos en el municipio de Montería del total de la población contratada con la ESE CAMU El Amparo, por lo que es importante luego de revisar los resultados insistir en la importancia de la captación oportuna de la gestante, al igual que la realización de los exámenes de laboratorio en todas las gestantes de acuerdo a las guías de atención presentes, sin dejar de un lado el tratamiento y seguimiento a las que fueron diagnosticadas ya que se evidenciaron casos de reinfección durante del embarazo. Se sugiere realizar prueba treponémica en todos los caso notificados de sífilis congénita como lo establece el protocolo vigente en nuestro país, que permitirá un buen seguimiento pos tratamiento al recién nacido. Es recomendable tomar medidas apropiadas e intensivas para mejorar la conducta sexual de riesgo en la población.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo sobre ITS. *Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita*, Ministerio de la protección social; 2009. http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevencion/promocion_de_la_SSR/c.plan_intersectorial_respuesta/4.%20PLAN%20SIFILIS.pdf.(último acceso 13 septiembre 2014).
2. Equipo Infecciones de Transmisión Sexual. *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública sífilis gestacional y sífilis congénita*. Instituto Nacional de salud; 2014.
3. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud –IETS, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, Universidad Nacional de Colombia. *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita GPC-2014-41* Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. Colombia Agosto de 2014.
4. Resumen ejecutivo; efectividad, seguridad, análisis económico y presupuestal de pruebas rápidas (inmunocromatografía) para la detección temprana de sífilis en mujeres gestantes. Unidad administrativa especial comisión de regulación en salud UAE – CRES; 2011.
5. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud –IETS, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, Universidad Nacional de Colombia. *Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital*, Para uso de profesionales de salud. - Guía No. 16. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. 2013.
6. Grupo de trabajo sobre ITS. *Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. Madrid, 2011. http://sec.es/descargas/AC_ITS_Ministerio_2011.pdf. (último acceso 13 septiembre 2014).
7. Sabogal Apolinar L. *Informe del evento de sífilis gestacional y congénita*. Grupo de ITS Instituto Nacional de Salud. 2013.
8. Berdasquera Corcho D, Gala González A. *El control de la sífilis reciente*; 2004.
9. Grupo de trabajo sobre ITS. *Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita*, Ministerio de la protección social; 2009. http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevencion/promocion_de_la_SSR/c.plan_intersectorial_respuesta/4.%20PLAN%20SIFILIS.pdf.(último acceso 13 septiembre 2014).
10. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud –IETS, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, Universidad Nacional de Colombia. *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita GPC-2014-41* Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. Colombia Agosto de 2014.
11. Salud sexual y reproductiva; *Eliminación mundial de sífilis congenita: fundamentos y estrategia de acción*, Organización mundial de la salud; 2008.http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/congenital_syphilis/congenital_syphilis_strategy_es.pdf.
12. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV,STD and TB Prevention. National Center for HIV, STD and TB Prevention. Division of Sexually Transmitted Diseases. Syphilis 2004.Hallado en: <http://www.cdc.gov/std/Syphilis/STDFact-Syphilis.thm>. (Ultimo acceso: 02 de julio de 2010).

13. Rivera M. Sífilis congénita. Revista Hondura Pediátrica [en línea]. 2003 [Acceso 15 mayo 2015]; 23(2); 17-20. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/2003/pdf/Vol23-2-2003-5.pdf>.
14. Blanco B, Fierro P, Moraes M. Incidencia de sífilis materna y sífilis congénita en Maldonado. Arch Obst Ginecol Urug 2011; 49(1): 3-6.
15. Peña A, Cardiel LE, Matamoroso M, Iturbide LA, Avalos JL, García HJ. Sífilis congénita. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista Médica del Hospital Gen México 2001; 64: 240-245.
16. Reyes U, Carbajal L, López G, Cortes A, Sánchez NP. Sífilis congénita, analisis de 10 casos y revisión de la literatura. Archivos de Investigación Pediátrica de México 2004; 2: 181-189.
17. Muller JA. Sífilis en la gestación. En: Parra MO, Muller E. Obstetricia Integral Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia; 2009.p. 202-17.
18. Dueñas, I. Prevalencia de sífilis congénita en el Hospital Regional Universitario de Colima. TE Pediatría, 2009; 36 pp, tablas.
19. Valera Silvia. Frecuencia de sífilis congénita en el Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. Barquisimeto Colombia (2004-2005). TE Pediatría UCO-Lisandro Alvarado de Barquisimeto, 2006; 52 pp., cuadros, gráficos.
20. Salazar A, Perret C, Chávez A, García C, Millán Z. Evaluación de métodos diagnósticos para sífilis congénita. Revista Chilena de Infectología 2000; 17:289-96.
21. Brasil. Ministerio da Saúde. Dados epidemiologicos sífilis congenita,2007. URL disponible en: <http://www.aids.gov.br/main.asp?Team=%7B0789B3F0%2D04C6%2D4E0C%2D8ABE%2D5906F15D1F22%7D>.
22. Parra H, Wilka N, Sánchez FA. Sífilis congénita en el servicio de neonatología del Hospital "Dr. Ramón Madariaga". Revista de Posgradode la Vía Cátedra de Medicina 2007: No. 165: 6-10.
23. Gómez Gómez E. Género, Mujer y Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1997. (Publicación Científica 541).
24. Organización Panamericana de la Salud. Unidad VIH/SIDA. Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington, D.C., febrero de 2004.Hallado en http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf.
25. Zenker P, Berman SM. Congenital syphilis: trends and recommendations for evaluation and management. Pediatr Infect Dis J 1991; 10: 516-22.
26. Salazar A, Perret C, Chávez A, García C, Millán Z. Evaluación de métodos diagnósticos para sífilis congénita. Revista Chilena de Infectología 2000; 17:289-96.
27. Carrada T. El diagnostico de laboratorio de la sífilis. Revista Mexicana de Patología Clínica 2003; 50: 82-96.
28. Fano R, Jorge E. Prevalencia de la prueba VDRL reactiva en donantes del banco de sangre de Guanabacoa. Revista Cubana Higiene y Epidemiología 2002; 3: 1-4.
29. Mariñas I, Medina M. Contribución al conocimiento de sífilis congénita: observación de 15 casos desde el 01 de Enero de 1993 hasta el 31 de Agosto de 1995. Departamento de Pediatría del Hospital San Bartolomé. TE Pediatría UNMSM, 1998; 41 pp., tablas, 1998.
30. Sanchez PJ, Wendell GD, Norgard MV. Congenital syphilis associated with negative results of maternal serologic. Rev. Chilena de Infectología, 2004; 207-216.
31. Salazar A, Perret C, Chávez A, García C, Millán Z. Evaluación de métodos diagnósticos para sífilis congénita. Revista de Chile Infectología 2000; 17:289-96.

32. Reyes U, Carbajal L, López G, Cortes A, Sánchez NP. Sífilis congénita, análisis de 10 casos y revisión de la literatura. Archivos de Investigación Pediátrica de Mexico 2004; 2: 181-189.
33. Bernam SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. Bull World Health Organ 2004; 82(6): 433-8.
34. Michelow IJ, Wendel Jr, Norgard MV, Zeray F, Leos NK, Alsaadi R, et al. Central nervous system infection in congenital syphilis. N Engl J Med 2002; 346(23): 1792-8.
35. Talati AJ, Koneru P. Neonates at risk for congenital syphilis: radiographic and cerebrospinal fluid evaluations. South Med J 2011; 104(12): 827-30.
36. Berdasquera D, Lazo MA, Galindo BM, Gala A. Sífilis: pasado y presente. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri 2004.

