

Sífilis congénita

Seguimiento de casos. Diagnóstico de situación en un hospital de la provincia de Buenos Aires

ANA MARÍA SILVA^a, FEDERICO BOIS^b y ELISA DURO^c

RESUMEN

Introducción: La incidencia de sífilis congénita en Argentina es de 1,05 casos por 1.000 nacidos vivos en 2013. Se desconocen datos posteriores de estos pacientes.

Objetivo: describir la situación actual del seguimiento de los casos locales de sífilis congénita.

Población y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo.

Población: 106 recién nacidos vivos en el Hospital Materno Infantil María Eva Perón de Duarte de Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires, en 2014-2015 con sífilis congénita. Revisión de 25 historias clínicas de pacientes que realizaron seguimiento por infectología Grupo I y 81 que no lo realizaron Grupo II.

Estadística: Caracterización de los grupos a través del test de Fisher y t-Student en SPSS24.0. Los datos fueron procesados por medias aritméticas con sus respectivos cuartiles en Excel de Microsoft Office 2010.

Resultados: La tasa de incidencia de sífilis congénita fue 15 casos por 1.000 nacidos vivos en 2015 y 13,4 por 1.000 en 2014. El 76% de los casos no acudió al control. Hubo 8% de madres con baja escolaridad en el grupo no controlado versus 4% en el grupo I ($p:0,054$). 60% de los padres recibió tratamiento en el grupo controlado versus 14% en los no controlados ($p:0,031$). Los recién nacidos del grupo I habían requerido internación en 4% de los casos respecto a 11% para el grupo II ($p:0,023$).

Conclusiones: El seguimiento de casos de sífilis congénita en nuestra población es menor al 25%. Se considera una prioridad en salud incrementar esa proporción creando estrategias que permitan optimizarlo y mejorar la adherencia para prevenir el desarrollo de sífilis tardía y la aparición de secuelas a largo plazo.

Palabras clave: sífilis congénita, incidencia, seguimiento, infecciones perinatales.

ABSTRACT

Introduction: The incidence of congenital syphilis in Argentina is 1.05 cases per 1,000 live births in 2013. Follow-up data are unknown.

Objective: To describe the current situation of monitoring local cases of congenital syphilis.

Population and methods: Retrospective study.

Population: 106 live births in the Maternal and Child Hospital María Eva Perón de Duarte de Malvinas Argentinas, years 2014-2015 with congenital syphilis, 25 who performed tracking infectious diseases and 81 who did not performed. Review of medical records.

Statistics: Characterization of the groups through Fisher test and t-Student in SPSS24.0. The data were processed by their respective arithmetic means quartiles in Microsoft Office Excel 2010.

Results: The incidence rate of congenital syphilis was 15 cases per 1,000 live births in 2015 and 13.4 per 1,000 in 2014. 76% of the cases did not come to control. There were 8% of mothers with low schooling in the group not followed versus 4% in the following group ($p:0,054$). 60% of parents received treatment in the following group versus 14% in non row ($p:0,031$). Newborns who attended the follow-up had required hospitalization in 4% of cases compared to 11% for the group not followed ($p:0,023$).

Conclusions: The monitoring of cases of congenital syphilis in our population is less than 25%. It is considered a priority in health to increase that proportion creating strategies to optimize and improve adherence to prevent the development of late syphilis and the emergence of long-term sequelae.

Keywords: congenital syphilis, incidence, monitoring, perinatal infections.

- Servicio de Pediatría. Hospital Central de Pediatría de Malvinas Argentinas, Buenos Aires.
- Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica. Hospital Central de Pediatría de Malvinas Argentinas, Buenos Aires.
- Servicio de Neonatología. Hospital Materno Infantil de Malvinas Argentinas, Buenos Aires.

Correspondencia: ana_maria_silva@live.com

INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita es una enfermedad prevenible que produce gran carga de morbimortalidad entre los recién nacidos. Globalmente es la principal causa de más de 212.000 muertes fetales al año¹ y en áreas con alta prevalencia más de la mitad pueden atribuirse a esta infección². La mediana de seroprevalencia de sífilis en embarazadas de América Latina y el Caribe es de 3,9% y se estima que nacen más de 164.000 niños con sífilis congénita al año³.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la incidencia de sífilis congénita osciló entre $\leq 0,5$ casos por mil nacidos vivos en Cuba hasta 3,7 por mil nacidos vivos en Brasil, mientras que Argentina registró una incidencia de 1,05 casos por mil nacidos vivos para el año 2013.

Desde el año 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) implementó una estrategia para la eliminación global de la transmisión maternoinfantil de la sífilis congénita compuesta por cuatro pilares fundamentales enfocados no solamente en el diagnóstico y tratamiento de la mujer embarazada infectada sino también en establecer sistemas de vigilancia, monitoría y evaluación a la madre y al recién nacido⁴ con el fin de reducir fallas en el seguimiento de esta patología.

En 2009 nació la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe por parte de la OPS, OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) donde los países de la región se comprometieron a disminuir los casos de sífilis congénita a $\leq 0,5$ por mil nacidos vivos.

El Ministerio de Salud de la Nación Argentina, en el marco de esta iniciativa regional, actualizó en 2010 la Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales y desarrolló un estudio en mujeres púerperas encontrando una seroprevalencia nacional de sífilis de 1,32% en 2011⁵. Según la guía, el control y seguimiento de los casos de sífilis congénita impone un verdadero desafío para el sistema de salud puesto que la evaluación completa requiere un período de vigilancia de 12 a 24 meses.

En la actualidad se dispone de amplia información relacionada con la prevención de

la sífilis congénita y se han realizado múltiples estudios que evalúan su efectividad. Por el contrario se desconoce el grado de seguimiento que alcanzan estos casos y teniendo en cuenta que no existe un método rápido, sensible y específico que asegure el diagnóstico en los recién nacidos, resulta fundamental el control posterior al alta para confirmar los casos que verdaderamente corresponden a sífilis congénita⁶, seguirlos y tratarlos de manera adecuada evitando así los efectos indeseados de esta infección⁷.

Optimizar el sistema de vigilancia y seguimiento de los casos de sífilis congénita es un gran proyecto que requiere, en principio, conocer la epidemiología, características y factores de riesgo de nuestra población para diseñar medidas específicas que puedan impactar positivamente sobre la carga de esta enfermedad.

Objetivos

Determinar el porcentaje de seguimiento de los casos de sífilis congénita diagnosticados en el Hospital Materno Infantil María Eva Perón de Duarte de Malvinas Argentinas, durante los años 2014-2015 y comparar las características perinatales del grupo que realizó seguimiento con el grupo que no lo realizó.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio descriptivo retrospectivo.

Población

Criterios de inclusión:

Recién nacidos vivos del Hospital Materno Infantil María Eva Perón de Duarte de Malvinas Argentinas, durante los años 2014 y 2015 que cumplieron con la definición de caso de sífilis congénita del Ministerio de Salud de la Nación Argentina⁸.

Se consideró caso de sífilis congénita cuando cumplió los siguientes criterios, registrados en las historias clínicas analizadas:

Recién nacido de madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio.

Niño con Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) positiva y evidencia clínica de sífilis congénita o alteraciones en la radio-

grafía de huesos largos o VDRL positiva en líquido cefalorraquídeo (LCR) o aumento de las proteínas en el LCR sin otra causa que lo justifique.

Criterios de exclusión:

Se descartaron los casos en que no se obtuvo información completa, a través de los datos registrados en las historias clínicas correspondientes.

Protocolo de atención

Todos los pacientes considerados “caso de sífilis congénita” fueron tratados según la Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales del Ministerio de Salud de la Nación Argentina⁸.

TRATAMIENTO

Inicialmente se realizaba examen físico y VDRL en sangre al recién nacido. Si el examen físico era anormal se realizaba tamizaje completo con hemograma, hepatograma, uroanálisis, radiografía de huesos largos, citoquímico de LCR, VDRL en LCR y se indicaba tratamiento endovenoso con penicilina G 150.000 UI/Kg/día durante 10 días.

Si el examen físico del recién nacido era normal y la VDRL era positiva se realizaba el tamizaje y se indicaba tratamiento endovenoso con penicilina G 150.000 UI/Kg/día durante 10 días. Si el examen físico del recién nacido era normal y la VDRL era negativa se indicaba dosis única de penicilina benzatínica 50.000 UI/Kg intramuscular.

A todos los pacientes se les dio egreso con cita de control por infectología al mes de vida.

Muestra

En 2014 se registraron 54 casos de sífilis congénita y 55 casos en 2015 para un total de 109 casos de los cuales se excluyeron 3 por no contar con datos suficientes. Ingresan al estudio 106 casos que posteriormente se clasificaron en dos grupos, los que realizaron seguimiento por Infectología Pediátrica (Grupo I: 25 casos) y los que no lo realizaron (Grupo II: 81 casos).

Métodos

Se realizó una revisión de historias clínicas de los pacientes en el archivo del hospital extrayendo los siguientes datos:

Factores de la madre: Edad, grado de escolaridad, lugar de residencia, vía del parto, antecedentes de gestas y abortos previos, número de controles prenatales, asociación con otras infecciones de transmisión sexual (ITS), momento en que se hizo diagnóstico de sífilis (en el embarazo o el puerperio) y tratamiento materno y paterno.

Factores del recién nacido: Edad gestacional, peso del nacimiento, APGAR y presencia de signos o síntomas compatibles con sífilis definidos como retraso del crecimiento intrauterino, hydrops fetal, síndrome de dificultad respiratoria, meningitis, hepatomegalia, esplenomegalia, ictericia o pénfigo.

Estadística

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de los grupos en estudio. La información recolectada se ingresó en una base de datos en la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office 2010 donde se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, paraclínicas y de tratamiento. Se determinaron medidas de tendencia central, frecuencias y medias aritméticas con sus respectivos cuartiles.

A fin de determinar asociación estadística entre las variables pre-especificadas en el protocolo con el resultado de interés “seguimiento médico de los pacientes con Sífilis congénita” se utilizó test de Fisher para las variables cualitativas (escolaridad, vía de parto, abortos, CPN, ITS, diagnóstico, tratamiento materno, tratamiento paterno, EG al nacer, Peso al nacer, APGAR, VDRL en LCR, huesos largos, uro análisis, hepatograma y abordaje terapéutico). Para el análisis de las variables cuantitativas (edad y número de gestaciones) se utilizó el test t-Student. El análisis se realizó en el paquete estadístico SPSS 24.0 fijando $p \leq 0,05$ como nivel de significación.

Ética

Se obtuvo autorización del Comité de Ética del Hospital para revisar las historias clínicas. Conforme a lo contemplado en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 25326), el total de la información obtenida fue analizada en forma dissociada de cualquier dato que permitiera la identificación de los individuos incluidos por parte del investigador.

RESULTADOS

La tasa de incidencia de sífilis congénita en el Hospital Materno Infantil de Malvinas Argentinas, fue de 15 casos por cada 1.000 nacidos vivos en 2015 y 13,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos para el 2014, correspondiente a 4,7% de los recién nacidos internados durante los dos años. El 98% de los casos residía en localidades ubicadas sobre el área de influencia del hospital ($p: 0,401$).

Del total de 106 casos de sífilis congénita registrados 24% (25 casos) hizo seguimiento con infectología pediátrica al menos una vez. El seguimiento fue de 24% en el año 2014 y de 21,8% para el 2015.

En la *Tabla 1* se registran las características maternas de la población. Se encontró que el promedio de edad fue 22 ± 6 años y no hubo diferencia entre los grupos ($p: 0,167$). Tanto en el grupo I como en el grupo II el 40% de las madres eran adolescentes y de ellas 50% fueron menores de 15 años ($p > 0,05$).

Se encontró diferencia estadísticamente significativa en relación a:

1. Escolaridad materna. Un 4% de las madres no completó la primaria en el grupo I versus 8% en el grupo II ($p: 0,054$).
2. Vía del parto. Para ambos grupos la vía más frecuente de parto fue vaginal, sin embargo hubo diferencias respecto a la cesárea que se practicó en 20% de los casos del grupo I versus 40% en el grupo II ($p: 0,058$).
3. Antecedente de paridad. El 38% de los casos del grupo I tenían madre primigestante, versus 64% del grupo II ($p: 0,011$).
4. Tratamiento paterno. Un 60% de los padres en el grupo I habían recibido tratamiento para sífilis mientras que en el grupo II este porcentaje fue tan solo de 14% ($p: 0,031$).

Las variables escolaridad materna y vía del parto no son significativas si nos atenemos al valor de P pero debido a que el estudio tiene bajo poder para detectar diferencias -dado el tamaño de la muestra y el número de eventos- se decidió incluirlas ya que clínicamente es plausible que ambas variables estén relacionadas con el resultado de interés.

No se encontraron asociaciones significa-

tivas entre el antecedente de abortos previos que fue positivo en 8% de madres del grupo I y en 17% de las del grupo II ($p: 0,480$).

En ambos grupos se registró el antecedente de otra ITS en 5% de los casos ($p: 0,290$).

En relación al control del embarazo, 16% de los casos no tuvo control prenatal en el grupo I versus 20% en el grupo II ($p: 0,823$).

La mayoría de las madres, 65%, se diagnosticaron durante el embarazo y el 35% restante durante el puerperio, manteniéndose igual esta relación para cada grupo ($p: 0,538$).

El 40% de las madres no hizo tratamiento, 60% lo realizó de manera inadecuada y no hubo diferencia entre los grupos ($p: 0,572$).

En la *Tabla 2* se registran las características neonatales de la población estudiada.

Se encontró diferencia significativa en los grupos respecto al abordaje terapéutico del recién nacido.

En el grupo I solamente 4% de los casos tuvo antecedente de internación para tratamiento endovenoso de sífilis mientras que en el grupo II éste se presentó en 11% de los casos ($p: 0,023$).

Las demás características fueron similares entre todos los recién nacidos encontrando que el porcentaje de prematuridad fue 11% ($p: 0,761$). De la población estudiada el 16% de los pacientes con diagnóstico de sífilis congénita tuvo peso al nacer menor a 2.500 gramos y no hubo diferencias entre los grupos I y II ($p: 0,997$). En ambos grupos el 20% de los casos nació con un APGAR bajo y hubo deprimidos graves en 1% de los casos del grupo I versus 0% en el grupo II ($p: 0,366$).

Se presentaron en total 18 casos sintomáticos, correspondientes al 18% de la población estudiada. Las alteraciones más frecuentemente encontradas fueron alteraciones hepáticas en 8% y neurosífilis en 6% de los casos, seguidas de proteinuria en 3% y anomalías en la radiografía de huesos largos en 1% de los casos.

El grupo I presentó 1 caso de neurosífilis (4%) mientras que el grupo II tuvo 5 casos (6%) ($p: 0,824$) y se desarrolló hepatitis sífilítica en 2 casos del grupo I (8%) versus 6 casos (7%) en el grupo II ($p: 0,947$) aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 1. Caracterización materna de 106 binomios madre-hijo incluidos en el estudio

Se analizan las características maternas y el tratamiento paterno de los 106 casos de sífilis congénita registrados en el estudio de seguimiento del Hospital Materno-Infantil, María Eva Duarte de Perón de Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires, 2014-2015.

El Grupo I correspondió a los casos de sífilis congénita que acudieron al seguimiento y el Grupo II a los que no se siguieron.

	Total (n: 106), n (%)	Grupo I (n: 25), n (%)	Grupo II (n: 81), n (%)	Valor de p^a
Edad (años), media ± DS	22 ± 6	22 ± 6	21 ± 6	0,167 ^b
Escolaridad				
Primaria incompleta	8 (8)	1 (4)	7 (8)	0,054
Mayor ^g	98 (92)	24 (96)	74 (92)	
Vía de parto				
Vaginal	69 (65)	20 (80)	49 (60)	0,058
Cesárea	37 (35)	5 (20)	32 (40)	
Gestaciones				
1	47 (44)	16 (64)	31 (38)	0,011 ^b
2-4	45 (43)	8 (32)	37 (46)	
≥ 5	14 (13)	1 (4)	13 (16)	
Abortos				
Sí	16 (15)	2 (8)	14 (17)	0,480
No	90 (85)	23 (92)	67 (83)	
ITS^d				
Sí	5 (5)	2 (8)	3 (4)	0,290
No	101 (95)	23 (92)	78 (96)	
Controles prenatales^e				
Sin control	18 (17)	5 (20)	13 (16)	0,823
Con control	88 (83)	20 (80)	68 (84)	
Diagnóstico^f				
Embarazo	69 (65)	16 (64)	53 (65)	0,538
Puerperio	37 (35)	9 (36)	28 (35)	
Trat. Materno^h				
Inadecuado	64 (60)	15 (60)	49 (60)	0,572
No	42 (40)	10 (40)	32 (40)	
Trat. Paternoⁱ				
Sí	26 (25)	15 (60)	11 (14)	0,031
No	69 (65)	10 (40)	59 (72)	
Sin dato	11 (10)	0 (0)	11 (14)	

a) Test exacto de Fisher (a menos que se especifique otro).

b) Test t-Student

c) Controles prenatales realizados: sin control o con control (≥ 1)

d) Antecedente materno de otras Infecciones de Transmisión Sexual

e) Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)

f) Momento en el que se realizó el diagnóstico materno

g) Mayor significa: 1) Primaria completa, 2) Secundaria completa, o 3) Secundaria incompleta

h) Tratamiento materno

i) Tratamiento paterno

DISCUSIÓN

Según la OPS para el año 2002 la incidencia de sífilis congénita en las Américas fue de aproximadamente 12 casos por cada mil nacidos vivos⁹. En 2013 esta incidencia

llegó a 1,05 casos por cada mil nacidos vivos en Argentina¹⁰ y 0,73 por cada mil nacidos vivos en la Provincia de Buenos Aires según datos del Ministerio de Salud de la Nación^{11,12}. Sin embargo en la actualidad existen otros

Tabla 2. Caracterización neonatal de 106 binomios madre-hijo incluidos en el estudio.

Se analizan características de 106 recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita registrados en el estudio de seguimiento del "Hospital Central de Pediatría Dr. Claudio Zin, Hospital Materno Infantil María Eva Duarte de Perón, de Malvinas Argentinas", provincia de Buenos Aires, 2014-2015. El Grupo I correspondió a los casos de sífilis congénita que acudieron al seguimiento y el Grupo II a los que no se siguieron.

	Total (n: 106), n (%)	Grupo I (n: 25), n (%)	Grupo II (n: 81), n (%)	Valor de p ^a
EG^c al nacer				
< 37 sem	12 (11)	3 (12)	9 (11)	0,761
≥ 37 sem	94 (89)	22 (88)	72 (89)	
Peso al nacer				
< 2.500g	18 (16)	5 (20)	13 (15)	0,997
≥ 2.500g	88 (84)	20 (80)	68 (85)	
APGAR				
Deprimido grave ^c	1 (2)	1 (1)	0 (0)	0,366
Otros ^d	105 (98)	24 (99)	81 (100)	
VDRL en LCR^e				
(+)	6 (6)	1 (4)	5 (6)	0,824
(-)	84 (79)	21 (84)	63 (78)	
No se realizó	16 (15)	3 (12)	13 (16)	
Huesos largos^g				
Anormal	1 (1)	1 (4)	0 (0)	0,342
Normal	105 (99)	24 (96)	81 (100)	
Uroanálisis				
Anormal	3 (3)	1 (4)	2 (3)	0,965
Normal	103 (97)	24 (96)	79 (97)	
Hepatograma				
Anormal	8 (8)	2 (8)	6 (7)	0,947
Normal	98 (92)	24 (92)	75 (93)	
Abordaje terapéutico				
Ambulatorio ^h	94 (89)	22 (88)	72 (89)	
Internación ⁱ	10 (9)	1 (4)	9 (11)	0,023
Sin dato	2 (2)	2 (8)	0 (0)	

a) Test exacto de Fisher (a menos que se especifique otro)

b) Edad gestacional

c) Puntaje de APGAR al nacer menor o igual a 4

d) Puntaje de APGAR al nacer mayor de 4

e) Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)

f) Líquido cefalorraquídeo (LCR)

g) Radiografía de huesos largos

h) Tratamiento ambulatorio con penicilina benzatínica intramuscular dosis única

i) Tratamiento intrahospitalario con penicilina sódica endovenosa durante 10 días

reportes de incidencia iguales o superiores al nuestro¹³; como un estudio realizado en la Ciudad de Posadas, Provincia de Misiones que registró 10-25 casos por cada mil nacidos vivos para el año 2012¹⁴.

La disparidad entre las tasas de incidencia a nivel local, nacional e internacional representa una limitación al momento de cuantificar la magnitud real del problema y se plantea que podría deberse a varios factores como la no realización de VDRL a todas las mujeres púerperas, fallas en el sistema de notificación o subregistro de otras instituciones, un inadecuado sistema de vigilancia epidemiológica además de diferencias en la nomenclatura del reporte de casos que varía según cada país¹⁵.

Existen pocos estudios en la región que evalúen el estado actual del seguimiento de la sífilis congénita. Un estudio realizado en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires encontró que para el año 2008 los casos de sífilis congénita tuvieron un seguimiento de 36% al 3° mes y 10% al 6° mes, previo a la implementación de una estrategia de referentes hospitalarios avocados a la optimización del seguimiento posterior del recién nacido¹⁶.

En la población de nacidos vivos con sífilis congénita del Hospital Materno Infantil el porcentaje de seguimiento es insuficiente. El 76% de la población estudiada no hizo seguimiento por infectología y se desconoce el grado de deserción al 3°, 6° y 12° mes.

Esto puede deberse a múltiples factores como la desinformación de los padres respecto a las posibles complicaciones de la infección sin tratamiento, la demora en la entrega de resultados de laboratorio y, como se vio en la presente investigación, a factores como baja escolaridad materna, la multiparidad y haber tenido parto por cesárea, que por sí solo no puede relacionarse directamente con mal seguimiento, pero sí podría estar asociado a otras variables patológicas por tratarse de un parto complicado y variables psicológicas propias del postoperatorio que influyen sobre el proceso de recuperación y aceptación de las indicaciones médicas por parte de la madre.

Otro factor que también demostró ser definitivo en mejorar la adherencia al seguimiento del recién nacido con sífilis congénita fue tener un padre tratado, indicando que

debería incluirse al padre en los protocolos de atención de casos pues juega un papel fundamental a la hora de definir resultados favorables en el abordaje integral de esta patología¹⁷.

El haber sido internado en neonatología para tratamiento de la sífilis no incrementó la adherencia al control postparto, demostrando que se requiere mayor trabajo del personal de salud en un esfuerzo por generar lazos fuertes con las familias que garanticen la comprensión de los riesgos y posibles complicaciones de abandonar el seguimiento¹⁸.

En general las madres de ambos grupos fueron similares en cuanto a la edad, siendo en gran parte adolescentes; 15% habían tenido abortos previos y 5% otra ITS. Aunque la mayoría de las madres (83%) tuvo algún grado de control del embarazo¹⁹ llama la atención que cerca de 40% se diagnosticaron tardíamente en el puerperio y 40% no realizó ningún tratamiento. Esto coincide con resultados de estudios previos^{20,21} y confirma el rol principal del equipo médico sobre el curso de esta enfermedad.

Los recién nacidos analizados fueron predominantemente de término, peso adecuado para la edad gestacional y con adaptación vigorosa al 1° y 5° minuto de vida. Más del 80% de los casos fueron asintomáticos y las alteraciones más registradas fueron hepatitis y meningitis como previamente se ha descrito²².

Debido a que la sífilis congénita puede generar distintos grados de discapacidad e inclusive la muerte de los recién nacidos²³ si no es adecuadamente tratada y seguida, resulta fundamental el control posterior al alta para confirmar o descartar el diagnóstico, disminuir el porcentaje de falsos positivos y garantizar un tratamiento oportuno y adecuado de los casos.

El seguimiento a largo plazo es una estrategia útil para mejorar los efectos indeseados de la sífilis. Es recomendable que los próximos esfuerzos de investigación orienten hacia diseñar y aplicar estrategias institucionales para concientizar tanto a los padres como al personal de salud acerca del potencial impacto negativo de esta patología sobre los niños, reducir la deserción que existe en la actualidad y también analizar la evolución clínica, serológica y la respuesta al tratamiento de nuestra población.

CONCLUSIONES

El seguimiento de casos de sífilis congénita en la población estudiada es menor al 25%.

Se consideran factores predictores de un inadecuado seguimiento postparto del recién nacido con sífilis congénita: madre múltipara, con baja escolaridad y cuyo parto se desarrolló por cesárea.

El tratamiento paterno demostró ser un factor importante en el seguimiento pues se observó que los hijos de padres que realizaron tratamiento, fueron asistidos con mayor asiduidad que los hijos de padres sin tratamiento.

Haber requerido internación en neonatología para tratamiento endovenoso por 10 días no mejoró la adherencia al seguimiento.

REFLEXIÓN

Consideramos una prioridad en salud pública incrementar los controles de seguimiento de los niños con sífilis congénita. Para este fin proponemos el desarrollo de estrategias institucionales que permitan optimizarlo y mejorar la adherencia para prevenir la sífilis tardía y la aparición de secuelas a largo plazo.

Es a raíz de esa inquietud que nos hemos propuesto ampliar el tratamiento del problema, y diseñar un nuevo trabajo con la incorporación de otros factores de seguimiento, a implementarse en el corto plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Newman L, Kamb M, Hawkes S, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med* 2013; 10(2): 1-10.
- Goldenberg RL, McClure EM, Saleem S, et al. Infection-related stillbirths. *Lancet* 2010; 375(9724): 1482-1490.
- Schmid GP, Stoner BP, Hawkes S, et al. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. *Sex Transm Dis*. 2007; 34(7): 5-10.
- World Health Organization. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. Geneva, Switzerland; 2007: 1-46.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Resultados. En *Vih y Sífilis. Sero-prevalencia en púerperas de Argentina*. Argentina; 2012: 1-64.
- Patel SJ, Klinger EJ, O'Toole D, et al. Missed opportunities for preventing congenital syphilis infection in New York City. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 882-888.
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita: Estrategia de monitoreo Regional. 3ª edición. Washington, D.C: Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud; 2014: 1-82.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Sífilis. En *Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales*. Argentina: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; 2010: 10-23.
- Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16: 211-217.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Políticas, prestación de servicios y metas de eliminación concernientes a la sífilis congénita. En: *Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en Las Américas. Actualización 2014*. Washington, D.C: Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud; 2014: 1-70.
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Eventos de notificación obligatoria seleccionados: situación provincial. Eventos de transmisión vertical. Sífilis Congénita. En *Boletín Integrado de Vigilancia N° 203 – SE 3*. Argentina: Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; 2014: (p. 86).
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Indicadores de natalidad, nupcialidad, mortalidad general, infantil y materna por jurisdicción de residencia. República Argentina – año 2013. En *Estadísticas vitales. Información básica – año 2013*. Argentina: Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; 2014: (p. 6).
- Cifuentes M, Ojeda C. Sífilis congénita en el Instituto Materno Infantil – Hospital la Victoria, Bogotá. *Rev. Salud Pública* 2013; 15(3): 434-445.
- Parker LA, Deschutter EJ, Bornay-Linares FJ, et al. Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina. *Int J Infect Dis* 2012; 16: 256-261.
- Alzate-Granados J, Sánchez-Bello N, Amayra-Arias A, et al. Disparidades en la incidencia de sífilis congénita en Colombia 2005 a 2011: Un estudio ecológico. *Rev. Salud pública* 2012; 14(6): 968-981.
- Del Vecchio L, Bernal L, Nadal M, et al. (2013). Sífilis congénita (SC). Cuatro años de seguimiento en una maternidad de CABA. En: (Comp.), *Resúmenes de trabajos libres*. 2° Congreso Argentino de Neonatología (p. 54), CABA, Argentina.
- Bowen v, Su J, Torrone E, et al. Increase in incidence of congenital syphilis – United States, 2012-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 64: 9-13.

- 18 Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *Br Med Bull* 2003; 67: 59-72.
- 19 García L, Almanza R, Miranda C, *et al.* Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia). *Rev. Cultura del Cuidado de Enfermería* 2011; 8(1): 1-8.
- 20 Maupin R, Lyman R, Fatsis J, *et al.* Characteristics of women who deliver with no prenatal care. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004; 16: 45-50.
- 21 Piaggio G, Ba'aqeel H, Bergsjø P, *et al.* The practice of antenatal care: comparing four study sites in different parts of the world participating in the WHO antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 (2): 116-141.
- 22 Dobson S. Congenital syphilis: Clinical features and diagnosis. *UpToDate* 2016; 1-44.
- 23 Norwitz E. Syphilis in pregnancy. *UpToDate* 2016; 1-19.

Texto recibido: 9 de junio 2016.

Aprobado 26 de julio 2016.

No existen conflictos de intereses a declarar

Forma de citar: Silva AM y col. *Sífilis congénita.*

Seguimiento de casos. Diagnóstico de situación en un hospital de la provincia de Buenos Aires Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2016;58(262):