

ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS DE HIGIENE MATERNOINFANTIL EN LA PREVENCIÓN DE LA SÍFILIS CONGENITA EN MÉXICO

DR. RENE VARGAS LOZANO

Subdirector de Higiene y Asistencia Maternoinfantil, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D.F.

La incidencia de la sífilis, tanto en su forma congénita como en la adquirida, ha descendido de modo muy significativo en los últimos años.

Esto puede explicarse principalmente por la acción espiroqueticida de la penicilina, el arma terapéutica más eficaz para combatir la enfermedad. Además ha sido importante la difusión del tratamiento en los centros de salud pública, algunos de los cuales hacen también estudios diagnósticos y epidemiológicos de rutina.

De 1943 a 1945 el porcentaje de sífilis entre los niños atendidos en los centros de asistencia infantil varió entre 8,5 y 12,8 (1) y el promedio del Distrito Federal fue del 10 %. Este porcentaje varía más o menos ampliamente de acuerdo con las zonas o con las colectividades estudiadas. El promedio de madres sífilíticas registradas en el lapso indicado y en los mismos establecimientos fue de 5 % solamente. Estas cifras todavía eran superiores a las reales porque sólo se basaban en la positividad de las reacciones serológicas, pues algunas (las falsas positivas) no corresponden a enfermedad cierta.

En un establecimiento de asistencia maternoinfantil que ha realizado estudios muy completos a este respecto (2) en el Distrito Federal, el Centro Maternoinfantil "Gral. Maximino Avila Camacho", se registraron entre 7.381 embarazadas, en el período de 1946 a 1955, 661 (8,97 %) casos de sífilis (V. también el cuadro No. 1).

Recientemente se concede justificado valor al estudio epidemiológico de la sífilis, ya que comprende: 1) La investigación epidemiológica, a partir del caso "visto", de los casos previos y frecuentes de sífilis, para reconstruir la historia del foco, y determinar los "contactos" pertenecientes al grupo familiar; 2) la vigilancia del tratamiento de los

enfermos descubiertos y la observación periódica de los "contactos" y, 3) la educación y propaganda médica sobre los aspectos más importantes de la sifilología moderna (3).

La sífilis es una infección particularmente grave en el terreno de la atención maternoinfantil, porque, aunque es una enfermedad esencialmente crónica, tiene fases de elevada contagiosidad y es transmisible de madre a niño durante la gestación (excepto cuando la primoinfección materna tiene lugar en las tres últimas semanas del embarazo).

En la mujer que ha adquirido la sífilis antes del embarazo, o bien la contrae durante él, el interés clínico y epidemiológico se concentran en el peligro de la infección del producto de la concepción (sífilis ingénita); además se ha comprobado la frecuencia de sífilis adquirida por los niños de temprana edad o por preescolares o escolares cuando hay un foco familiar, con lesiones sífilíticas recientes y abiertas (cuadro No. 2).

De aquí la importancia de establecer el diagnóstico oportuno y completo, o sea el que implica los siguientes aspectos:

- 1) Si la infección es congénita o adquirida
- 2) Si es temprana o tardía
- 3) Si es sintomática o asintomática
- 4) Si obstétricamente es activa o inactiva
- 5) Si ha sido tratada o no, y cuando lo ha sido, si el tratamiento ha sido dirigido y llevado a cabo en forma adecuada.

Todos y cada uno de estos aspectos se refieren tanto al niño como a la madre.

En la mayoría de los casos de sífilis del niño de primera infancia, se trata de sífilis congénita, también llamada neonatal o postnatal, temprana o reciente.

En el caso de la madre, el estudio clínico, la anamnesis y los datos serológicos pueden determinar si la infección es congénita o adquirida.

Se acepta generalmente que la infección del niño es reciente cuando tiene menos de 2 años de evolución, y menos de 4 años, si se trata de la madre o del adulto.

Se considera sífilis obstétricamente activa si existen antecedentes recientes y comprobados de origen sífilítico, de abortos a partir del cuarto o quinto mes de embarazo, de partos prematuros, de mortinatos o de fetos vivos luéticos; y se considera inactiva, si no existen estos antecedentes.

Las actividades de los servicios de higiene y asistencia maternoinfantil de la República en relación con la prevención de la sífilis ingénita pueden resumirse en dos aspectos fundamentales: 1) Diagnóstico oportuno de la sífilis de la mujer embarazada, y 2) tratamiento adecuado de los casos confirmados.

Además hay que tener en cuenta la educación higiénica que se realiza entre la población con respecto al descubrimiento y transmisibilidad de la sífilis y a la necesidad de recurrir a los servicios médicos para tratarla, bien se trate del niño o del adulto.

Aun cuando hay normas y procedimientos de diagnóstico y de tratamiento emanados de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, éstos pueden tener algunas variantes en su aplicación y práctica, que dependen del tipo de servicio maternoinfantil, ya que existen diferentes categorías de ellos en la amplia extensión del territorio nacional.

Se aplican en los establecimientos más completos, como son algunos centros de salud en el Distrito Federal, que cuentan con todos los elementos necesarios, técnicos y materiales, para realizar diagnóstico exhaustivo, investigación epidemiológica completa, tratamiento adecuado y vigilancia médico-sanitaria prolongada; en cambio, en los servicios maternoinfantiles regionales que no cuentan con laboratorio ni con elementos inmediatos de estudio e investigación, las normas tienen que adaptarse a las posibilidades, y llevarse a cabo en forma práctica y sencilla.

DIAGNOSTICO

La historia clínica es el informe fundamental acerca de las posibilidades de que una madre tenga la infección.

CUADRO NO. 1.—*Incidencia de la sífilis en la embarazada en el Centro Maternoinfantil "Gral. Maximino Avila Camacho", 1945 a 1955.*

	No.	%
Grupo observado	7.381	100
Serologías: negativas	6.242	84,5
positivas	1.139	15,5
Seropositivos:		
sífilíticas	661	58
falsas	278	24,4
sin diagnóstico	200	17,6
Seropositivas falsas:		
biológicas	229	82
técnicas	19	7
ignoradas	30	11

CUADRO NO. 2.—*Porcentaje de positividad sífilítica entre la población postnatal del Centro Maternoinfantil "Gral. Maximino Avila Camacho".*

Años	Seropositivas	Seropositivas sífilíticas
1946	8,5	2,2
1947	9,2	2,3
1948	6,5	1,8
1949	7,3	2,1
1950	5,1	1,4
1951	5,2	0,6
1952	4,5	0,6
1953	1,8	0,3
1954	1,6	0,4
1955	2,6	0,5

Modalidad de la sífilis encontrada:

Congénita	66,4
Adquirida	33,6

El estudio de los antecedentes patológicos personales y colaterales, puede registrar datos importantes (abortos frecuentes, partos prematuros, mortinatos, fetos macerados, etc.), lesiones cutáneas o ulcerosas, manifestaciones objetivas anteriores, recientes o antiguas, etc.

La exploración física podrá en ocasiones (cada vez menos frecuentes por cierto) mostrar la existencia de alguna alteración cutánea o visceral.

Los certificados de examen médico y de serología prenupciales en los casos de matrimonios civiles, se exigen por ley desde hace muchos años.

Estudio serológico

El estudio serológico es de primordial importancia, y en los servicios maternoinfantiles es de rutina el hacerlo tanto entre las madres como entre los niños. En el niño se hace a su ingreso, cuando no se tienen datos del laboratorio, y en forma seriada cada 2 años, y sigue la vigilancia médica posteriormente.

Se utilizan reacciones de floculación (Kahn, Mazzini, VDRL) y de fijación del complemento (Wassermann). La lectura positiva de alguna de ellas implica la cuantificación de reagentes y la solicitud, por parte del médico, de un estudio seriado, si corresponde a un caso clínico asintomático.

Cuando se practica el estudio seriado se analiza el curso de las reagentes, ya que tienden a persistir en la misma proporción, o a aumentar en el caso de verdadera infección sífilítica, o por el contrario a desaparecer o disminuir en menos de 3 meses, en el caso de falsa positiva. Estas reacciones falsas positivas son relativamente frecuentes y pueden deberse a condiciones patológicas transitorias (paludismo, lepra, mononucleosis, neumonía, sarampión, inmunizaciones recientes, etc.); son falsas negativas en casos de enfermos sífilíticos en el período preserológico de la enfermedad (primeras tres semanas) o en las sífilis muy antiguas, por ejemplo.

Es importante valorizar los datos clínicos y de laboratorio.

Estudios serológicos positivos en el caso de datos clínicos y epidemiológicos positivos, permiten comprobar la existencia de la enfermedad.

Resultados serológicos positivos, en ausencia de datos clínicos y epidemiológicos, dejan en duda si se trata o no de una serología falsa positiva.

Serología negativa en ausencia de datos clínicos y epidemiológicos corrobora el diagnóstico de ausencia de sífilis.

Finalmente, serología negativa ante la positividad de datos clínicos y epidemiológicos, deberá hacer sospechar una falsa serología negativa, que requiere la repetición seriada

(Kahn cuantitativo) o cuantificación de reagentes.

Entre otros elementos de diagnóstico está la investigación del treponema en campo oscuro, cuando se encuentran lesiones cutáneas o mucosas; este examen, que deberá realizarse por manos expertas, da certidumbre absoluta cuando es positivo; por el contrario, no excluye la posibilidad de la enfermedad, cuando es negativo.

El examen serológico del líquido cefalorraquídeo es importante, en especial en los casos de neurosífilis, o bien cuando se trata de dar de alta a un paciente o de tener un control completo del tratamiento. Debe incluir el estudio de las reacciones de Wassermann y otras de floculación, la dosificación de globulina, el recuento globular y la reacciones coloidales.

Estudio epidemiológico

Comprende la investigación del núcleo familiar y en ocasiones la de otras personas del ambiente extrafamiliar, pero que tienen conexiones con el caso "visto" o "problema". Los trabajos de este tipo realizados en los últimos años en el Centro Maternoinfantil "Gral. Maximinio Avila Camacho" han mostrado la importancia de este estudio, por el que se puede identificar el foco de contagio y algunos de los variables mecanismos con que se difunde la enfermedad en el grupo familiar.

Para esta investigación es particularmente útil el auxilio de la enfermera sanitaria y de la trabajadora social.

TRATAMIENTO

Una vez que los medios de diagnóstico antes mencionados establezcan la certeza de que la madre tiene sífilis, debe aplicarse tratamiento inmediatamente. Este precepto es más importante aún en una embarazada, ya que entonces se trata de prevenir o curar la infección del producto de la concepción además de librar a la madre de la enfermedad.

En estas condiciones se considera conveniente especificar en el diagnóstico los aspectos ya mencionados, según sea: 1) Sífilis con-

génita o adquirida; 2) temprana o tardía; 3) sintomática o asintomática; 4) obstétrica-mente activa o inactiva, y 5) valorización del tratamiento que ha tenido antes, o del que va a instituirse.

En la actualidad, como es bien sabido, la penicilina tiene una acción tan eficaz que constituye el tratamiento único y adecuado de la sífilis.

En efecto, con ella se logra: 1) Hacer desaparecer en unas cuantas horas los treponemas de las ulceraciones cutáneas y mucosas; 2) producir la rápida cicatrización de las lesiones recientes o tardías de la piel, membranas mucosas y huesos; 3) obtener seronegatividad al cabo de algunos meses de tratamiento, si es infección reciente, si bien no ocurre lo mismo cuando ésta es antigua; 4) producir cambios favorables en el líquido cefalorraquídeo con iguales o mejores resultados que con cualquiera otro de los medicamentos antes empleados; 5) evitar prácticamente en forma absoluta la sífilis del producto de la concepción cuando el antibiótico se aplica durante el embarazo antes del octavo mes y, por supuesto, cuando se atiende a la enferma antes del embarazo.

O sea, en otras palabras, que se cumplen los objetivos básicos del tratamiento de la embarazada: curando a la mujer, evitando la sífilis congénita del hijo. El feto no estará infectado si el tratamiento se aplica antes del cuarto mes del embarazo; será curado intrauterinamente en casi el 100 % de los casos si el tratamiento se aplica entre el cuarto y octavo mes de la gestación.

El esquema de tratamiento que se imponga puede variar de acuerdo con el período del embarazo en que se identifique el diagnóstico. Así durante el primero y segundo trimestres se podrán emplear los esquemas I y II de los que a continuación se señalan. Durante el tercer trimestre se empleará el esquema I, y en los últimos días de la gestación, el esquema III. Estos esquemas se refieren al manejo de la penicilina procaína en aceite con monoestearato de aluminio al 2 %, que ha recomendado la campaña nacional antivenérea.

Esquema I—Inyección diaria de 600.000 U. durante 10 días consecutivos. Total 6.000.000 de U.

Esquema II—Inyección de 2.400.000 U. como primera dosis. Después 6 inyecciones de 600.000 U. c/u, 2 veces por semana. Total 6.000.000 de U.

Esquema III—Aplicar 2.400.000 U. Si 7 días después el parto no ha ocurrido, aplicar otra dosis igual; si el parto ha ocurrido continuar el tratamiento de la madre e iniciar el del niño de acuerdo con el diagnóstico.

Se repetirá el tratamiento en los casos en que no se registren manifestaciones progresivas de curación clínica y serológica, cuando haya recaídas o reinfección.

La embarazada debe ser objeto de supervisión mensual durante el primer año, tanto desde el punto de vista clínico como serológico cuantitativo. Durante el segundo año los exámenes se harán cada tres meses. Durante el tercero, cuarto y quinto años, las pruebas se verificarán cada 6 meses. Si al final del quinto año las reacciones del líquido cefalorraquídeo son negativas, se considerará radicalmente curada.

Los títulos de las reacciones serológicas comienzan a descender después de completarse el tratamiento; el descenso es progresivo y por lo general las pruebas se hacen negativas hacia el cuarto o sexto mes. Cuando no hay descenso apreciable después de 6 meses de tratamiento, o cuando persisten positivas al final de un año, se requiere un nuevo tratamiento. En el caso de una embarazada con sífilis reciente, la serología del líquido cefalorraquídeo deberá ser negativa al cabo de un año, o bien mostrar disminución apreciable y progresiva de reaginas; en caso contrario, se requiere un nuevo tratamiento.

Igualmente, el aumento de los títulos serológicos, la reaparición de lesiones activas, evidencias de neurosífilis, o el nacimiento de un niño sífilítico, indica la necesidad de un nuevo tratamiento.

Las reacciones serológicas pueden permanecer positivas con títulos bajos o decrecientes, como traducción de la inmunidad adqui-

rida en el caso de las infecciones antiguas, pero indican tratamiento insuficiente en los casos de infección reciente.

La escasez de penicilina procaína en aceite con monoestearato, ha hecho necesario sustituirla en ocasiones por penicilina procaína simple.

En la actualidad se emplea la penicilina G benzatina en esquemas de 2 ó más inyecciones, que se aplican una por semana durante el embarazo:

Sífilis reciente sintomática: 1 inyección de 2.400.000 U.

Sífilis reciente latente: 2 inyecciones; la primera de 2,4, y la segunda de 1,2 millones de U.

Sífilis tardía sintomática benigna: 2 inyecciones de 2,4 y 1,2 millones de U.

Sífilis tardía sintomática nerviosa: 4 inyecciones de 2,4 millones de U.

Sífilis tardía latente: 2 inyecciones de 2,4 y 1,2 millones de U.

En los raros casos de resistencia o intolerancia a la penicilina, el tratamiento recomendado es de 3 a 4 g. de tetraciclina (oxi o cloro-tetraciclina) diariamente durante 10 días consecutivos (equivalente al empleo de

50 a 100 mg. por Kg. de peso al día en los niños). También la eritromicina puede emplearse a dosis de 3 a 4 g. diarios durante 10 días. Cualquiera de estos antibióticos es superior a los arsenicales y al bismuto.

EDUCACION HIGIENICA

Las actividades de educación higiénica de tipo popular mediante material gráfico, ilustrativo, pláticas a las madres, folletos o impresos, así como de tipo profesional para las parteras, enfermeras generales, trabajadoras sociales y los médicos no especializados, son complemento muy importante para la prevención de la sífilis congénita en las colectividades. Hasta la fecha se han realizado en la escala que los programas y presupuestos lo permitieron en las esferas de la salud pública.

A pesar del descenso actual de la infección, como problema de salud colectiva, como mencionamos al principio, no debe descuidarse la educación higiénica entre ciertos sectores del público y el adiestramiento para que la realice de una manera inteligente, discreta pero eficaz, el personal profesional que atiende los servicios maternoinfantiles.