
Enfermería

ES POSIBLE ERRADICAR LA SÍFILIS CONGÉNITA¹

Por ALICE J. GIFFORD,² JOHN J. WRIGHT,³ CECIL G. SHEPS⁴ Y
EUGENE E. TAYLOR⁵

La enfermera de salud pública tiene numerosas ocasiones de contribuir a la eliminación de esta enfermedad.

La enfermera de salud pública es uno de los pocos trabajadores sanitarios cuya especialidad es la unidad familiar en sí. Por esta razón puede contribuir a la prevención y, en caso necesario, al descubrimiento y tratamiento de la sífilis congénita.

La epidemiología de la sífilis congénita ha sido establecida hace mucho tiempo. La infección se transmite de la madre al feto durante el período comprendido entre el quinto mes de embarazo y el parto. Un padre sifilítico no transmite la enfermedad a su hijo no nacido, a menos que sea el causante de la infección de la madre. La madre infectada es el indicio único y de decisiva importancia para localizar a una familia cuyos hijos presentes o futuros pueden tener sífilis congénita. En términos generales, cuanto más reciente es la infección de la embarazada, mayor es la probabilidad de que el niño contraiga la sífilis congénita.

En los últimos años se han hecho adelantos considerables en el control de la sífilis congénita. La tasa de mortalidad infantil por sífilis ha ido disminuyendo constantemente. Los modernos métodos de control pueden erradicar la enfermedad. Esta posibilidad no es todavía un hecho; en los Estados Unidos se notifican anualmente unos 13,000 casos. La sífilis congénita es principalmente un problema regional puesto que más de la mitad de los casos se descubren en 13 de los estados del sur (1).

Más del 50 % de los casos notificados son niños mayores de 10 años en el momento del descubrimiento, y menos del 10 %, niños menores

¹ Traducido por la Oficina Sanitaria Panamericana con la autorización de *Nursing Outlook*, enero, 1953, p. 28.

² La Sra. Gifford (M.A., Escuela de Enfermería, Univ. de Yale) es profesora y directora del Departamento de Enfermería de la Colectividad, en la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill.

³ El Dr. Wright es profesor de administración de salud pública de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Carolina del Norte.

⁴ El Dr. Sheps es director de la Sección de Preparación de Programas, División de Asuntos de Salubridad, Universidad de Carolina del Norte.

⁵ El Dr. Taylor es investigador adjunto en la Sección de Preparación de Programas, División de Asuntos de Salubridad, e instructor del Departamento de Administración de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad de Carolina del Norte.

de un año. Dado que no todas las infecciones congénitas se descubren en la infancia, se desconoce el número de niños que nacen ahora con sífilis.

Los efectos graves más comunes de la sífilis congénita son la muerte durante la infancia, la neurosífilis y la queratitis intersticial, hacia el término de la niñez. El tratamiento temprano puede evitar la muerte, la neurosífilis y la angustia mental y perturbación que acompañan una prueba sanguínea positiva irreversible; pero puede impedir o no, la queratitis intersticial y otras lacras de la enfermedad.

A fin de precisar las dificultades que pueden entorpecer los programas encaminados a la erradicación de esta enfermedad se hizo un detallado estudio de 60 casos de sífilis congénita descubiertos durante el período 1946-50 en 4 condados en Carolina del Norte. En este informe se señalan los descubrimientos de interés especial para las enfermeras de salud pública. Los 60 casos pertenecían a 54 familias. Cincuenta enfermos eran negros y 10 blancos. La edad en el momento del descubrimiento variaba de un mes a 24 años, con una mediana de 8 años.

El objeto del estudio fué averiguar por qué no se habían evitado los 60 casos y no se les había sometido a tratamiento con mayor anticipación.

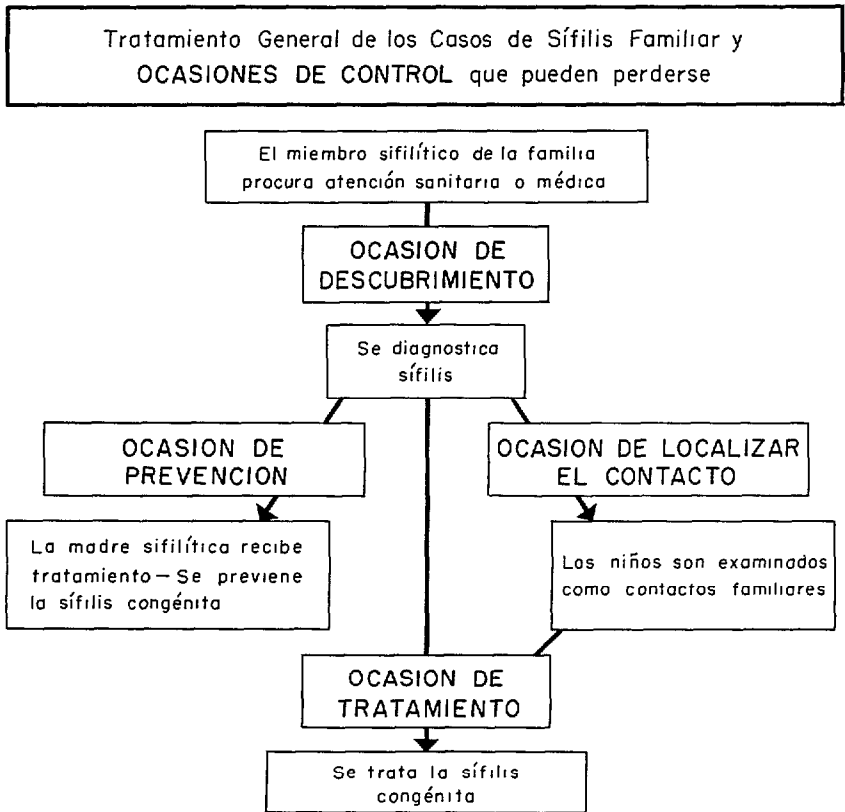
Los informes para el estudio se reunieron como sigue: (1) Se revisaron los antecedentes de los enfermos y de los miembros de la familia que constaban en el departamento de sanidad y en los hospitales. (2) Se hizo una visita a las madres. (3) Se visitó y se escribió a cada uno de los médicos particulares de los casos. (4) En busca de informes sobre los casos y miembros de sus respectivas familias, se estudió el registro de informes de pruebas serológicas de sífilis y de certificados de nacimiento de los residentes de la zona hecho por el Departamento de Estudios de Sífilis de Carolina del Norte.

Se estudiaron los antecedentes de las familias y se hizo una clasificación en todos los casos en que se había pasado por alto la oportunidad de descubrir, prevenir o tratar la sífilis congénita. Cada caso de esta índole se consideró una *ocasión de control* perdida y se clasificó según el tipo de acción que el trabajador sanitario podía haber emprendido y había desaprovechado.

TERMINOLOGÍA EMPLEADA EN ESTE ESTUDIO

El examen del diagrama que sigue aclarará la clasificación empleada. Supongamos una familia compuesta de padre, madre y dos hijos, uno de éstos de nueve y el otro de siete años. Los padres son sifilíticos y los hijos tienen sífilis congénita. Todos los miembros de la familia fueron tratados. Al revisar la historia clínica de la familia puede resultar interesante ver qué ocasiones se han desperdiciado desde el momento en que ocurrió la primera infección sifilítica hasta la fecha en que los hijos se presentaron a tratamiento. Se considera una *ocasión de descubri-*

miento de la enfermedad el tratamiento sanitario o médico de cualquiera de los padres o de los hijos en el momento en que la sífilis podía haber sido descubierta por reacción sanguínea, por los antecedentes o por medio de un examen físico. El trabajador sanitario a quien se haya presentado la *ocasión de descubrimiento*, pudo haber tenido o no un indicio que despertara en él la sospecha de la presencia de la sífilis. Lo que importa es tener en cuenta que la enfermedad hubiera sido descubierta de haber tenido la sospecha.



En todos los estados — OCASIONES DE OBSERVACION SUBSIGUIENTE

Si la ocasión de descubrimiento se ha aprovechado y se descubrió la infección, el trabajador sanitario tuvo *ocasion de control* condicionadas por las circunstancias. Caso de haber descubierto la infección de la madre con anterioridad al nacimiento de uno cualquiera de los hijos, diremos que tuvo una *ocasión de prevención*. Fué ésta la ocasión de evitar la sífilis congénita del hijo mediante el tratamiento de la madre, bien antes del embarazo o durante él.

Caso de haberse hallado que uno de los padres tenía sífilis después del nacimiento de ambos hijos decimos que hubo *ocasión de localizar el contacto*. Otro tanto se puede decir en caso de que la sífilis se haya descubierto en uno de los hijos. Procedía entonces llevar a cabo un examen completo de la familia.

La *ocasión de tratamiento* se presentaría al descubrir que cualquiera de los hijos tenía sífilis congénita.

Las *ocasiones de observación subsiguiente* se pudieron presentar en cualquier momento. En nuestros ejemplos se necesitaría la *observación subsiguiente* para mantener la familia bajo atención médica hasta que todos los miembros infectados se identificasen y tratasen.

En conjunto se han podido desperdiciar cinco *ocasiones de control* durante el período significativo de la historia clínica de una familia: la ocasión de descubrir una infección, la ocasión de prevenirla, la de descubrir los contactos, la de tratamiento y la de observación continuada o subsiguiente al tratamiento.

Número y tipos de ocasiones de control desaprovechadas con anterioridad al tratamiento apropiado de 60 casos de sífilis congénita

<i>Tipos de Ocasiones de control</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Ocasiones de descubrimiento.	199	57.2
Ocasiones de prevención.	12	3.5
Ocasiones de localización de contactos	85	24.4
Ocasiones de observación subsiguiente.	46	13.2
Ocasiones de tratamiento.	6	1.7
Total.	348	100.0

La tabla muestra el número y tipos de *ocasiones de control* desaprovechadas con anterioridad al tratamiento de los 60 casos. Más del 50 % del total de 348 fueron *ocasiones de descubrimiento*, aproximadamente el 25 %, *ocasiones de localizar los contactos* y alrededor del 13 %, *ocasiones de observación subsiguiente*.

Las *ocasiones de prevención* y de *tratamiento* desperdiciadas en conjunto representaron el 5 % del total aproximadamente. En esos pocos casos la dificultad se debía generalmente a los problemas fundamentales de la terapéutica con arsénico-bismuto, que ahora está anticuada. Con los métodos actuales de penicilino-terapia, esas dificultades resultan aún menos importantes.

La tabla muestra que los problemas más frecuentes consistían en sospechar la presencia de la sífilis y descubrirla en el hijo, en los padres o en el hermano, en llevar a cabo la investigación de los contactos familiares y en completar el tratamiento. Las *ocasiones de control* habían sido desaprovechadas por toda clase de trabajadores sanitarios. Los ejemplos dados a continuación fueron escogidos de donde fué posible a fin de ilustrar los problemas y peligros del trabajo de la enfermera de salud pública.

OCASIONES DE DESCUBRIMIENTO

Se desaprovecharon las ocasiones de descubrimiento,

1. Al omitir las pruebas sanguíneas *ante partum* durante uno o más de los embarazos de la madre. Cuando la enfermera de salud pública atiende a las embarazadas, es uno de sus deberes cuidar que se haga una prueba sanguínea y se la informe del resultado.

2. A veces la madre contrae la infección después de una sola prueba negativa al principio del embarazo. Fiumara sugirió que se repitan las pruebas cuando el embarazo está adelantado si se sabe que la embarazada tuvo relaciones promiscuas, sufrió alguna vez una enfermedad venérea o es soltera, o está separada de su marido (2).

3. Cuando los padres o los hijos han recibido servicios sanitarios o médicos en momentos en que hubiera podido descubrirse la enfermedad si se hubieran hecho pruebas sanguíneas. No es práctico hacer una prueba serológica cada vez que una persona recibe atención sanitaria. Parte del problema, sin embargo, consistía en que la responsabilidad de los servicios de sanidad de la familia estaba con frecuencia dividida entre diversos profesionales que no estaban en estrecho contacto. Así, en el momento decisivo, el doctor o la enfermera no tenían acceso a información que les hubiera llevado a sospechar la presencia de la sífilis.

Una mujer que había recibido tratamiento antisifilítico en un hospital local y en la clínica de un departamento de sanidad, dejó de presentarse a tratamiento antes de estar curada. Fué admitida en otro hospital para ser operada con urgencia. Una prueba sanguínea, hecha con tal motivo resultó positiva, pero no se hizo observación subsiguiente. Dos años después quedó embarazada y dió a luz en un segundo hospital. Como antes, las pruebas positivas no fueron objeto de observación subsiguiente. Una enfermera de salud pública lo visitó dos veces en el hogar durante el primer mes de vida del niño, le dió los consejos de rigor sobre el cuidado del niño y anotó: "El niño está crecido para su edad . . . su estado es satisfactorio . . ." Desconociendo los antecedentes de la madre que constaban en los registros de dos hospitales locales y en la clínica de enfermedades venéreas, la enfermera no sospechó la presencia de la sífilis, y perdió por lo tanto una *ocasión de descubrimiento*. (Como consecuencia se perdieron también en este caso otras *ocasioness de control*.)

Este ejemplo muestra que la división de responsabilidades se realizó de dos maneras. Hubo división de responsabilidades entre dos hospitales y el departamento de sanidad, como también la hubo, agravada por falta de comunicación, entre los trabajadores del mismo departamento de sanidad.

4. Rara vez pudo confirmarse que un síntoma clínico de sífilis congénita había pasado desapercibido. Algunos niños heredosifilíticos no mostraban signos o síntomas definitivos de la enfermedad. No se considera aquí muy importante que la enfermera trate de tener presentes

todas estas anomalías mientras atiende a los niños; lo es más que comprenda la epidemiología de la sífilis congénita y esté familiarizada con la historia clínica de los padres sífilíticos.

OCASIONES DE LOCALIZAR LOS CONTACTOS

Generalmente no existía explicación alguna de los motivos para pasar por alto las ocasiones de localizar los contactos. En algunos casos, sin embargo, se obtuvieron datos que confirmaban que esas ocasiones se habían desaprovechado por las razones siguientes:

1. No se sabía si el adulto sífilítico era padre de familia y no se hizo investigación alguna.

Una madre soltera dejó a su hijo al cuidado de una tía. Se descubrió la sífilis en la madre, pero se desconocía que tuviera un hijo. Siete años más tarde se diagnosticó la sífilis congénita en el hijo.

2. Se comenzó una investigación, pero no se terminó.

Al examinar a un hombre en la clínica de un departamento de sanidad se encontró que tenía sífilis que había sido bien tratada. Estaba separado de la esposa y manifestó que tenía un hijo de ocho años que vivía con su madre y que estaban "bien". Se aceptó esta declaración como suficiente en vez de investigar el asunto. Ocho años más tarde se descubrió la infección en el hijo.

3. El departamento de sanidad observó una política de "no intervención" con respecto a los pacientes particulares. Cuando un médico particular notifica un caso de sífilis, algunos departamentos evitan deliberadamente hacer investigaciones y hasta tratar el asunto con el médico, a menos que éste solicite ayuda. La cuestión de las relaciones entre el departamento de sanidad y el médico privado en lo que se refiere a la lucha antivenérea, es compleja e indecisa. El siguiente ejemplo ilustra las posibles consecuencias de esta política.

Al examinar a un muchacho, un oftalmólogo descubrió queratitis intersticial y notificó el caso al departamento de sanidad. Ni éste ni el médico particular examinaron al resto de la familia en que había una hermana mayor del muchacho con sífilis congénita no tratada.

OCASIONES DE OBSERVACIÓN SUBSIGUIENTE

Se desaprovecharon las ocasiones de observación cuando:

1. Se sospechó la existencia de sífilis en un padre o en un niño, pero dejó de presentarse a observación antes de que el diagnóstico fuera confirmado o refutado.

2. Se descubrió la sífilis en una madre, pero abandonó el tratamiento y no se pudo continuar la observación. El niño nacido de un embarazo subsecuente presentaba sífilis congénita.

3. Se descubrió sífilis congénita en un niño, pero se le permitió descuidar el tratamiento y no se continuó la observación.

4. Un padre o un niño fué enviado de una institución a otra o de uno a otro médico. No llegó a su destino o no recibió el tratamiento para el cual fué enviado.

CONCLUSIONES Y SUGESTIONES

Los descubrimientos aquí notificados pudieran no repetirse al hacer estudios semejantes en otras zonas o en otras épocas. Sería conveniente, sin embargo, que el departamento de sanidad tuviera en cuenta los tipos de estudio y las medidas siguientes en aquellos lugares donde es un problema la sífilis congénita.

1. Evaluar la extensión de las pruebas sanguíneas de sífilis en el *ante partum*. Aun en localidades donde la ley las exige, muchas mujeres pasan el embarazo sin que se les hagan esas pruebas.

2. Estar prevenidos contra la posibilidad de que madres cuyas pruebas en los primeros meses del embarazo dieron resultados negativos contraigan la enfermedad en las últimas fases de éste.

3. Repasar una muestra de los casos de sífilis "cerrados" a fin de ver si se han efectuado debidamente las investigaciones de la familia. De lo contrario, basándose en ese estudio, el departamento de sanidad puede decidir si un repaso de los casos "cerrados" sería un método eficaz de identificar a los niños que requieren las pruebas sanguíneas.

4. Hacer una evaluación crítica de los procedimientos de investigación familiar y de observación subsiguiente empleados con los pacientes que se encuentran bajo observación.

Aparte de los problemas específicos de que tratamos, parece haber existido un punto débil fundamental en los servicios de sanidad y médicos prestados a las familias. Un estudio de los casos en que se pasaron por alto las *ocasiones de localizar a los contactos, de observación y de descubrimiento* indica que la atención recibida por esas familias fué esporádica y sin coordinación. Se prestaban determinados servicios a determinadas personas en determinadas fechas. La sífilis, sin embargo, es un problema de largo plazo.

La enfermera de salud pública es una de las pocas trabajadoras sanitarias cuya especialidad se centra en la familia misma. Por esa razón tiene ocasiones únicas de contribuir a la coordinación e integración de los servicios de sanidad prestados a las familias. El personal de un departamento de sanidad debe poner en práctica medidas de esta clase:

1. Analizar las funciones de la enfermera en relación con la clínica de sífilis del departamento de sanidad. Determinar si esta relación le permite estar enterada de todas las familias de su distrito en que existe un caso de sífilis.

2. Analizar el sistema de registro del departamento de sanidad y determinar si contribuye a que la enfermera conozca el problema de la sífilis en su distrito o más bien entorpece dicho conocimiento.

3. Tratar de crear relaciones personales de trabajo con los médicos particulares que ejercen en un distrito de enfermería, con el fin de que la enfermera y el médico puedan, sin infringir la ética profesional, intercambiar informes sobre los enfermos a su cuidado.

Los modernos métodos de control deben hacer posible la erradicación de la sífilis congénita. A pesar de los programas, muchos niños nacen aún con sífilis y no todos los niños infectados se presentan a tratamiento en fecha temprana. Un estudio de 60 casos recientemente descubiertos en una zona de cuatro condados de Carolina del Norte, sugiere las siguientes razones:

1. Cuando los padres o niños infectados recibieron servicio de sanidad o atención médica, se desperdició la ocasión de descubrir la sífilis.

2. No se examinaron los niños cuando se descubrió que los padres o hermanos tenían sífilis.

3. Las familias se perdieron de vista por falta de observación subsiguiente. Había familias de las que se sospechaba o sabía que uno de los padres o un hijo eran sífilíticos.

4. Los servicios de sanidad esporádicos y sin coordinación en ciertos casos constituían el problema fundamental.

La enfermera de salud pública, especialista en los problemas de salud de la familia, desempeña un papel de importancia especial en la erradicación de esta enfermedad.

(Este trabajo es un resumen de los *Reports of the North Carolina Syphilis Studies. VI. A Study of Missed Opportunities for the Control of Congenital Syphilis*. Chapel Hill, School of Public Health, junio 1952. Pueden obtenerse ejemplares solicitándolos de los autores.

Este estudio fué hecho conjuntamente por la División de Enfermedades Venéreas del Servicio de Salud Pública, Junta Estatal de Sanidad de Carolina del Norte, y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte.)

REFERENCIAS

- (1) "Congenital Syphilis Fact Sheet No. 1." Washington, D. C., Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, División de Enfermedades Venéreas, mayo 1950.
- (2) Fiumara, Nicholas J.: Congenital Syphilis in Massachusetts, *New England Jour. Med.* 245:634-640, obre. 25, 1951.