

Diagnóstico situacional de sífilis materna y la sífilis congénita en las 28 maternidades de la red de establecimientos del Ministerio de Salud durante el año 2009

San Salvador, Septiembre de 2010



Diagnóstico situacional
**de sífilis materna
y sífilis congénita**
en las 28 maternidades
de la red de establecimientos
del Ministerio de Salud en
El Salvador, durante el período de
enero a diciembre de 2009, según
Sistema Informático Perinatal

San Salvador, Septiembre de 2010

WC161
068
2010

Organización Panamericana de la Salud
Diagnóstico situacional de sífilis materna y sífilis congénita en las 28
maternidades de red de establecimientos del Ministerio de Salud durante el año 2009 /
Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud, Centro Latinoamericano
de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR).-
1a. ed. -San Salvador, El Salv. : OPS 2010
51 p.; 28 cm.

ISBN 978-99923-40-85-1

1- Sífilis. 2- Enfermedades Venéreas

Ministerio de Salud

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra

Dra. Violeta Menjivar
Viceministra de Servicios
y Programas de Salud

Dr. Eduardo Espinoza
Viceministro de Políticas Sectoriales

Dra. Marina Avalos
Directora de Apoyo a la Gestión de Programa-
ción Sanitaria

Dr. Bremen De Mucio
Asesor Salud Reproductiva

Dr. Gerardo Martínez
Asesor Salud Perinatal

Dr. Pablo Durán
Asesor Salud Neonatal

Organización Panamericana de la Salud

Dr. José Ruales
Representante Oficina El Salvador

Dra. María Dolores Pérez
Asesora Subregional ITS/VIH/Sida para Cen-
troamérica

Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la Mujer y Reproductiva- CLAP/SMR

Dr. Ricardo Fescina
Director

Dra. Suzanne Serruya
Asesora Regional de Salud Reproductiva

Equipo Técnico

Dra. Sofía Villalta Delgado
Coordinadora de SSR
Ministerio de Salud

Dra. Esperanza Aparicio
Técnica colaboradora SSR

Dra. Amalia Elisa Ayala
Consultora Nacional OPS/OMS El Salvador

Dra. Claudia Martínez
Consultora

Lic. Mauricio Ponce
Diseñador Gráfico

Contenidos

Siglas y abreviaturas	4
Resumen	5
I. Introducción y antecedentes	6
II. Justificación	9
III. Objetivos	10
IV. Metodología	11
V. Marco teórico	12
1. Epidemiología de la sífilis materna y de la sífilis congénita	12
A. Situación Mundial	
B. Situación Latinoamericana	
C. Situación Nacional en El Salvador	
2. Estudios sobre sífilis materna y congénita en Latinoamérica	14
3. Definición de sífilis	15
4. Manifestaciones clínicas de las sífilis según su estadio	16
5. Definición de caso de sífilis materna recomendada por la OPS	18
6. Transmisión materno-infantil de la sífilis	19
7. Sífilis congénita	20
8. Pruebas de laboratorio diagnósticas	22
9. Protocolo para la prevención, tratamiento y seguimiento de la sífilis materna y de la sífilis congénita	25
VI. Resultados	29
VII. Conclusiones	41
VIII. Recomendaciones	43
VI. Bibliografía	44
X. Anexos	45

Siglas, abreviaturas y definiciones

CDC	Center for Disease Control (Centro para el Control de Enfermedades)
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva.
ELIMINACIÓN	Se considera eliminación a la reducción de la incidencia de sífilis congénita (incluidos mortinatos) a 0.5 casos o menos por 1,000 nacimientos.
ELISA	Ensayo Inmunoenzimático Ligado a Enzimas
FTA -Abs	Prueba de Absorción de Anticuerpos Treponémicos Fluorescentes
HCP	Historia clínica perinatal.
Ig	Inmunoglobulina.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
LA	Latinoamérica.
LCR	Líquido cefalorraquídeo.
mg	Miligramos.
MINSAL	Ministerio de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
RPR	Rapid Plasma Reagin (Prueba de Reagina Plasmática Rápida).
SIP	Sistema Informático Perinatal.
SC	Sífilis Congénita.
SNC	Sistema nervioso central.
T. pallidum	Treponema Pallidum.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory Test.

Resumen

Durante la 24^a. Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en 1994 se consideró por primera vez a la sífilis congénita (SC) como problema de salud pública en América. En 1995, el Comité Ejecutivo de la OPS formuló el Plan de Acción para la Eliminación de la Sífilis Congénita. Asimismo en 2005 se publicó el Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud y el Marco de Referencia para la Eliminación de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe en 2006.

En 2009, el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)-OPS/OMS, elaboró el documento conceptual de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe, el cual plantea estrategias y acciones con un enfoque integrado para lograr la eliminación de la transmisión materno-infantil, haciendo énfasis en la prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno.

El CLAP/SMR- OPS/OMS ha apoyado a nivel regional la implementación del Sistema Informático Perinatal (SIP). Este sistema se alimenta a través del llenado de la hoja de la Historia Clínica Perinatal (HCP) Dicha historia contempla un apartado sobre tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la sífilis de la embarazada y sus parejas sexuales. Así mismo, tiene otro apartado sobre el resultado neonatal, en el que se explora el tamizaje contra sífilis a través del VDRL, el diagnóstico y el tratamiento. La Organización Panamericana de la Salud estableció como objetivo la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en su plan de acción 2004-2005, a través de la reducción de la incidencia de dicha enfermedad a 0.5 casos o menos por 1,000 nacidos (incluidos mortinatos). Para lograr dicho objetivo es necesario que más del 95% de las embarazadas infectadas sean diagnosticadas y tratadas, con lo que se lograría reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos del 1%.

En El Salvador con el apoyo de OPS/OMS cuenta con el Plan Estratégico Nacional en ITS, VIH y Sida 2005-2010, en el cual plantea estrategias para la eliminación de la sífilis materna y congénita. A pesar de los avances, existen limitantes para el registro de los casos de sífilis materna y congénita y definir su prevalencia, así como la detección, prevención y tratamiento oportuno de Sífilis en el periodo prenatal, post natal y del recién nacido

Debido al avance de la implementación del Sistema Informático Perinatal en El Salvador en las 28 maternidades de El Salvador, se consideró importante realizar una investigación operativa sobre Sífilis materna y Congénita, basándose en los datos que éste reporta, con el apoyo técnico de CLAP/SMR-OPS/OMS en cooperación con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

El presente estudio es de tipo descriptivo y transversal, realizando una revisión, consolidación y análisis de las bases de datos, con el fin de evaluar los avances en el registro, la detección y tratamiento de la sífilis materna y congénita durante el periodo de enero a diciembre de 2009.

De las 72,702 mujeres embarazadas atendidas y registradas Historia Clínica Perinatal (HCP), se detectaron 224 casos con prueba no treponémica (VDRL) positiva, de las cuales, 215 casos serán analizados en el presente estudio por contar con datos completos.

El 67% de las mujeres embarazadas fueron tamizadas antes de las 20 semanas y únicamente el 50% después de las 20 semanas, siendo la prevalencia de la sífilis materna fue de 0.47%.

En relación a los recién nacidos, únicamente 3,522 fueron tamizados del total mujeres atendidas durante el periodo estudiado, de los cuales se reportaron 18 casos VDRL (+). La incidencia de la sífilis congénita fue de 5.1 por mil nacidos vivos.

El presente estudio demuestra la importancia y necesidad urgente de actualización, aplicación y evaluación periódica de la normativa nacional sobre ITS, para superar el subregistro existente y fortalecer las estrategias de eliminación de la sífilis materna, congénita y la disminución de mortinatos en El Salvador.

I. Introducción y antecedentes

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una causa importante de morbilidad a escala mundial y, tienen consecuencias sanitarias, sociales y económicas, que afectan principalmente a las mujeres y los niños.

En el caso de la Sífilis, ésta puede ser adquirida por la mujer durante la gestación y ser transmitida al feto. Se estima que el 66% de los embarazadas que adolecen de esta infección de transmisión sexual se complican, resultando en abortos espontáneos o en sífilis congénita. Puede producirse la muerte intrauterina en el 30% de casos; muerte neonatal en el 10% y sífilis congénita en el 30%.⁽¹⁾

.Existen factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita. Entre ellos se encuentran: la percepción errónea de algunos proveedores de servicios de salud que la sífilis materna y congénita no tienen consecuencias graves, lo que impide la búsqueda exhaustiva de casos para su tratamiento oportuno y adecuado; el acceso insuficiente a los servicios de control prenatal; y el estigma y la discriminación asociados a las ITS, dificultades en la oferta de servicios o limitaciones en la calidad de las prestaciones.

Durante la 24^a Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en 1994 se consideró por primera vez a la sífilis congénita (SC) como problema de salud pública en las Américas. En 1995, el Comité Ejecutivo de la OPS formuló el “Plan

de Acción para la Eliminación de la Sífilis Congénita”. En 2006, OPS publicó el “Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud en 2005, y el “Marco de Referencia para la Eliminación de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe”. En este mismo año, la OPS/OMS unió esfuerzos con UNICEF para lanzar en Centroamérica y República Dominicana, una iniciativa para fortalecer la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, como parte de las acciones para el control de la epidemia del VIH. El Salvador, como país miembro, se comprometió a implementar dicha iniciativa.

En 2009, el Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) ha trabajado con el área de HI/FCH y expertos de la Región el documento conceptual de la “Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe”, el cual plantea estrategias y acciones con un enfoque integrado para lograr la eliminación de la transmisión materno-infantil de ambas enfermedades, haciendo énfasis en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento adecuados y oportunos. En septiembre de 2010, el 50o CD aprobó la resolución 12, que fue firmada por todos los países.

1. Valderrama, J. “Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: Un problema grave de solución sencilla”. Artículo publicado en la Revista Panamericana de la Salud. Vol. 16 No. 3. Washington. Septiembre, 2004.

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de OPS implementó a escala regional el Sistema Informático Perinatal (SIP). Este sistema se alimenta a través del llenado de la hoja de la Historia Clínica Perinatal (HCP) durante los controles prenatales provistos en los establecimientos del sistema nacional de salud. Dicha hoja contempla un apartado sobre tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la sífilis de la embarazada y sus parejas sexuales. Así mismo, la HCP tiene otro apartado sobre el resultado neonatal, en el que se explora el tamizaje contra sífilis a través del VDRL, el diagnóstico y el tratamiento.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció como objetivo la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en su plan de acción 2004-2005, a través de la reducción de la incidencia de dicha enfermedad a 0.5 casos o menos por 1,000 nacidos (incluidos mortinatos). Para lograr dicho objetivo es necesario que más del 95% de las embarazadas infectadas sean diagnosticadas y tratadas, con lo que se lograría reducir la prevalencia de sífilis durante la gestación a me-

nos del 1%. En El Salvador, es factible alcanzar dicho objetivo, ya que la red de establecimientos del Ministerio de Salud cuenta con tecnologías baratas, asequibles y suficientes para realizar el diagnóstico temprano y para dar el tratamiento eficaz a todas las embarazadas que adolecen de sífilis y a sus contactos, y con ello evitar la transmisión materno-infantil de la misma.

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva, en coordinación con el Ministerio de Salud, realizó el presente Estudio "Diagnóstico Situacional de la Sífilis Materna y Sífilis Congénita en El Salvador en las 28 maternidades de la red del Ministerio de Salud en el año 2009", a través de la revisión, consolidación y análisis de las bases de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), con el fin de evaluar la prevalencia de sífilis materna y congénita en esta muestra de las mujeres embarazadas, los avances en la implementación de la estrategia que permitan generar recomendaciones para el cumplimiento de los objetivos de la Iniciativa en El Salvador.

II. Justificación

La sífilis es una infección ampliamente difundida en el mundo. En América Latina y el Caribe, anualmente unas 330,000 mujeres embarazadas no reciben tratamiento durante su control prenatal. Se estima que, sin tratamiento, una tercera parte de los hijos de estas mujeres nacerá con sífilis congénita, un tercio morirá intraútero y el tercio restante nacerá sano. A pesar de los avances en materia de salud observados en la región, la sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública. (2)

El incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA y el resurgimiento de la sífilis constituyen un serio desafío tanto a escala mundial como nacional. Es bien reconocida la importancia del control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) para reducir la frecuencia de la transmisión del VIH. Sin embargo, el interés por las ITS (incluida la sífilis) y la respuesta de los gobiernos no se ha incrementado en la proporción que supondría el reconocimiento de dicha relación.

La sífilis es una enfermedad que está directamente relacionada con factores como las prácticas sexuales, los comportamientos sociales, las barreras culturales (como el machismo), la poca valoración de la mujer, etc. Todos estos

factores dificultan la implementación de intervenciones encaminadas a incidir en la reducción de la prevalencia de la sífilis materna y con ello, contribuir con la eliminación de la sífilis congénita.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó un llamado a sus países miembros, para implementar Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita (documento CD50/15) Dentro de dicho plan, ha sido definida como una estrategia clave la detección y el tratamiento de la embarazada que adolece de sífilis materna. Esta estrategia incluye la promoción del control prenatal temprano, el tamizaje en la primera consulta prenatal y el tercer trimestre, el tratamiento adecuado, la disminución del riesgo de reinfección mediante el tratamiento de las parejas sexuales y la consejería sobre el uso del condón.

Es de mucha importancia la realización de un "Diagnóstico Situacional de la Sífilis Materna y Sífilis Congénita en El Salvador", con el fin de determinar los avances de las estrategias contempladas en dicho plan a escala nacional y, si estas han sido efectivas para reducir la prevalencia de sífilis materna y sífilis congénita en el país.

2 Valderrama, J. "Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: Un problema grave de solución sencilla". Artículo publicado en la Revista Panamericana de la Salud. Vol. 16 No. 3. Washington. Septiembre, 2004.

III. Objetivos

1. Objetivo General:

Realizar el diagnóstico situacional de la sífilis materna y sífilis congénita en la población atendida en las 28 maternidades de la red del Ministerio de Salud Pública de El Salvador, basado en el Sistema Informático Perinatal, durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2009.

2. Objetivos Específicos:

A. Cuantificar la prevalencia de la sífilis materna y la incidencia de la sífilis congénita en la población atendida durante su gestación en las 28 maternidades del Ministerio de Salud en el período comprendido entre enero y diciembre de 2009.

B. Describir las características socio-demográficas de las embarazadas a quienes se les diagnosticó sífilis materna en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009.

C. Establecer la proporción de embarazadas con sífilis materna que fueron tamizadas y recibieron el tratamiento específico en forma oportuna en las 28 maternidades que pertenecen a la red de establecimientos del Ministerio de Salud durante el año 2009.

D. Determinar la proporción de mujeres con sífilis materna a cuyas parejas sexuales se realizó el tamizaje y tratamiento específico, en las 28 maternidades que pertenecen a la red del Ministerio de Salud durante el año 2009.

E. Determinar la proporción de recién nacidos de las mujeres con sífilis materna en que se realizó el tamizaje y tratamiento específico, en las 28 maternidades que pertenecen a la red del Ministerio de Salud durante el año 2009.

IV. Metodología

1. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo y transversal

2. Población y Muestra

La población estuvo constituida por las embarazadas que fueron atendidas por parto o aborto en las 28 maternidades de la red de establecimientos del Ministerio de Salud durante el período comprendido entre Enero y Diciembre de 2009.

Se realizó una revisión, consolidación y análisis de las bases de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) de las 28 maternidades del Ministerio de Salud, en lo referente al tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la mujer embarazada con sífilis, su(s) pareja(s) sexual(es) y el resultado que dichas medidas tuvieron sobre el neonato, durante el período comprendido entre enero y diciembre de dos mil nueve.

3. Método de Recopilación de Datos

Se realizó la revisión y consolidación de las bases de datos SIP de las 28 maternidades del Ministerio de Salud, en lo referente al tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la embarazada con sífilis, sus parejas sexuales y sus recién nacidos.

4. Variables:

Las variables estudiadas se ordenaron en los siguientes ejes temáticos:

- i. Características socio-demográficas de las embarazadas con sífilis no tratada.
- ii. Diagnóstico y tratamiento de las mujeres con sífilis materna.
- iii. Diagnóstico y tratamiento de las parejas sexuales de las embarazadas con sífilis.
- iv. Diagnóstico y tratamiento de los recién nacidos con sífilis congénita.
- v. Prevalencia de sífilis materna en las mujeres atendidas en las 28 maternidades

V. Marco teórico

1. Epidemiología de la sífilis materna y de la sífilis congénita

A. Situación Mundial

Actualmente, la situación epidemiológica mundial de la sífilis es muy variable y su magnitud se está incrementando aún en lugares donde se le consideraba bajo control, como son algunas regiones de Europa oriental y occidental, en los que se ha producido un incremento de la incidencia en los últimos años.

Se calcula que cada año ocurren más de 12 millones de nuevos casos de sífilis en la población adulta, de las cuales más de 2 millones se producen en mujeres embarazadas.⁽³⁾

El aumento de la sífilis materna y congénita en los países en desarrollo contribuye a incrementar la morbilidad y mortalidad infantil, a facilitar la transmisión del VIH/SIDA por vía sexual y a impactar negativamente en la salud de la mujer. Todas estas condiciones representan obstáculos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015.

3 Organización Panamericana de la Salud. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe". 2010.

4 Organización Panamericana de la Salud. "Eliminación de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Marco de Referencia para su implementación". 2005.

B. Situación Latinoamericana

Según OPS, la sífilis en América Latina y el Caribe afecta principalmente a personas sexualmente activas y presenta prevalencias elevadas en grupos vulnerables.⁽⁴⁾

En América Latina 330,000 mujeres embarazadas con prueba serológica positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal; y que de estos embarazos nacen 110,000 niños con sífilis congénita y un número similar termina en pérdida fetal. El nacimiento de pre-término ocurre en un 20% de los casos de sífilis materna.⁽⁵⁾

La mayoría de países latinoamericanos tienen una normativa nacional para el tamizaje de la sífilis en las embarazadas, pero no se aplica sistemáticamente. Esto dificulta la eliminación de la sífilis congénita en la región, a pesar de que se cuenta con servicios de control prenatal, con tecnología adecuada para el diagnóstico, con medicamentos para brindar el tratamiento específico a un precio asequible y con conocimiento de cómo evitar la infección.

América Latina y el Caribe tienen una tasa de sífilis materna más alta que cualquier otra región, estimada por la Organización Mundial de la Salud entre 1997 y 2003 en 3.9 por cien gestantes evaluadas. Con dicha tasa se calcula que puede haber 459,108 casos de sífilis materna, originando anualmente 164,222 a 344,331 casos de sífilis congénita⁽⁶⁾.

5 Centro latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. OPS. "Infecciones Perinatales Transmitidas por la Madre a su Hijo". Uruguay. Diciembre de 2008.

6 Organización Panamericana de la Salud. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe". 2010.

C. Situación Nacional en El Salvador

Según la OPS, en 2003 la prevalencia estimada de sífilis en gestantes en América Latina y el Caribe era, en orden decreciente: El Salvador 6,2; Paraguay 6,0; Bolivia 4,0; Honduras 3,1; Colombia 2,2; Chile 2,2; Cuba 1,8; Brasil 1,6; Perú 0,8 y Panamá 0,4 por cien gestantes evaluadas. La incidencia de sífilis congénita presentaba un intervalo por 1.000 nacidos vivos entre 0,0 en Cuba y 2,5 en Honduras. En orden decreciente la incidencia estuvo, así: Honduras 2,5, Paraguay 2,0, Colombia 1,5, El Salvador 1,0, Perú 0,8, Chile 0,5, Bolivia 0,2 y Panamá 0,2 por mil nacidos vivos.⁽⁷⁾

Los datos anteriores tienen limitaciones, ya que existe sub-notificación de los casos de sífilis materna y congénita en la región latinoamericana. En lo referente a la incidencia de sífilis congénita, los abortos y los mortinatos no se incluyen en las estimaciones de casi todos los países. Por lo tanto, no se conoce la verdadera magnitud del problema.⁽⁸⁾

Según el informe de la OPS "Salud en las Américas 2007"⁽⁹⁾, las ITS se encuentran entre las enfermedades con mayor índice de contagio. En El Salvador: entre los años 2000 y 2005 fueron notificados más de 313,000 casos de ITS, con un promedio anual de 52,000. En 2005 el Ministerio de Salud informó que las ITS con mayores tasas de incidencia eran, en forma descendente: la candidiasis vulvovaginal; la tricomoniasis urogenital; la gonorrea; el herpes genital y; el condiloma acuminado. Para 2008 las 5 ITS más reportadas continuaron siendo las mismas.

En cuanto a la sífilis, el Ministerio de Salud reportó que, la sífilis adquirida en el país descendió de una tasa de 18 por 100,000 habitantes en el año 2000 a 8.1 por 100,000 habitantes en 2005; con una reducción del 55% en ese período. En lo relativo a la sífilis congénita, la misma fuente notificó un total de 433 casos entre los años 2000 y 2005, con un promedio de 72 casos anualmente. A partir de 2002 se observó un leve descenso en la notificación de casos por esta enfermedad (con 45 casos por año), para una tasa de incidencia de 0.38 por 1,000 nacidos vivos en 2005.⁽¹⁰⁾

Según las estadísticas del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, en 2008 fueron notificados en el país 284 casos de sífilis adquirida y 21 casos de sífilis congénita. Además, durante el primer semestre de 2009 los casos notificados fueron 121 de sífilis adquirida y 4 de sífilis congénita.⁽¹¹⁾

7 Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington DC. Febrero de 2004. Hallado en: http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf.

8 Valderrama, J. "Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: Un problema grave de solución sencilla". Artículo publicado en la Revista Panamericana de la Salud. Vol. 16 No. 3. Washington. Septiembre, 2004.

9 Organización Panamericana de la Salud. "Salud en las Américas, 2007". Volumen II- Países". Páginas 328 y 329.

10 Idem

11 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. 2009.

2. Estudios sobre sífilis materna y congénita en Latinoamérica

Marco
Teórico

En 2007, el Ministerio de Salud de Uruguay con la colaboración del CLAP realizó una investigación sobre sífilis materna y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell⁽¹²⁾ de dicho país, ya que a través del Sistema Informático Perinatal (SIP) detectaron una tendencia a la alza de embarazadas y recién nacidos con VDRL (+) en los últimos años. Se diagnosticó 142 casos de sífilis materna durante la investigación. Los hallazgos más importantes de dicho estudio son los siguientes:

1. De las embarazadas con prueba reactiva, el 33.8% no tuvo control prenatal, habiéndose diagnosticado la sífilis al momento del parto;
2. De las 38 embarazadas a quienes se les realizó diagnóstico temprano (antes de las 20 semanas), que recibieron tratamiento específico (con PNC Benzatínica) en forma oportuna y cuya curación fue confirmada por exámenes de laboratorio, 35 se habían reinfectado al momento del parto;
3. De las embarazadas con prueba no-reactiva durante el prenatal, el 12% tuvieron VDRL reactivo en el momento del parto. En lo referente a las reinfecciones, se estima que la falla se debió a la falta o insuficiente búsqueda y tratamiento de las parejas sexuales, así como también a no haber brindado información apropiada y suficiente sobre las formas de prevención de esta ITS.

En cuanto a los resultados perinatales, todos los recién nacidos vivos de estas pacientes con sífilis materna recibieron tratamiento con Penicilina Benzatínica. La mayoría de ellos fueron asintomáticos y sólo el 5% presentaron manifestaciones clínicas compatibles con la enfermedad. Por otro lado, de los 110 mortinatos que se presentaron durante ese mismo año, a 90 se les realizó anatomía patológica, habiéndose diagnosticado sífilis congénita en 9 casos.

12 Fescina, R. De Mucio, B. Agorio, C. "Sífilis congénita: Un Problema tan Antiguo como Actual". Uruguay, 2008.

3. Definición de sífilis

Marco
Teórico

La Sífilis o Lúes es una enfermedad infecciosa producida por el *Treponema Pallidum*, de evolución crónica y distribución mundial, de transmisión sexual o transplacentaria. Actualmente la vía de transmisión transfusional es prácticamente inexistente. La transmisión sexual se produce por inoculación del microorganismo en abrasiones causadas por microtraumatismos en piel o mucosas durante las relaciones sexuales, evoluciona a erosiones y posteriormente a úlceras. Si la enfermedad no es tratada durante la fase aguda evoluciona hacia una enfermedad crónica con manifestaciones potencialmente graves.⁽¹³⁾

13 Organización Panamericana de la Salud. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe". 2010.

4. Manifestaciones clínicas de la sífilis según su estadio¹⁴

Marco Teórico

A. Sífilis primaria

Generalmente, la primera manifestación clínica de la sífilis es una lesión en el punto de entrada del agente, después de un período de incubación de aproximadamente 3 semanas (10-90 días). Dicha lesión (generalmente única) inicia como una mácula rojiza que se transforma rápidamente en pápula y eventualmente se ulcera. En la mayoría de casos, las infecciones primarias se presentan con una úlcera indolora llamada Chancro sifilítico; pero también dicha lesión puede encontrarse oculta en el recto, en el canal vaginal, en el cérvix o en la orofaringe; por lo que la persona será asintomática. En este estadio, los ganglios linfáticos son indoloros, su consistencia es gomosa, de tamaños pequeños o levemente agrandados y, no supuran. Si no reciben el tratamiento específico, el chancro desaparece después de cuatro a seis semanas. Durante este estadio primario, el *T. pallidum* se disemina, pudiendo presentarse los siguientes síntomas: dolor de garganta, malestar general, cefalea, pérdida de peso, fiebre y dolor musculoesquelético. Un 75% o más de las personas que no son tratadas evolucionan al estadio secundario.

B. Sífilis secundaria

Se produce 3 a 12 semanas después de la aparición del chancro. Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas que aparecen durante este período: La roséola sifilítica y lesiones papulosas. La primera es una erupción cutánea que inicia como una débil erupción macular de color rosado ubicada en tórax, abdomen y en las áreas de flexión de los miembros superiores. Gradualmente, se tornan de color rojo cobrizo y se extienden al resto del cuerpo, incluyendo las palmas de las manos y las plantas de los pies. No es pruriginosa ni dolorosa. Puede acompañarse de linfadenopatía. La duración de las lesiones suele ser desde pocos días hasta semanas y desaparecen espontáneamente, aunque hasta una cuarta parte de los pacientes pueden presentar recurrencias durante el primer año.

Pueden aparecer otras manifestaciones de sífilis secundaria como condilomas planos, localizados en la zona perianal, ingles, regiones genitales, axilas y otros pliegues corporales; y lesiones en la mucosa oral (manchas rojas u opalinas delimitadas). Con cierta frecuencia se presenta malestar general, mialgias, pérdida de apetito, trastornos gastrointestinales, ronquera, pérdida ligera de peso y leve aumento de la temperatura corporal.

Las lesiones desaparecen espontáneamente en 2 a 6 semanas; pero las espiroquetas persisten si la persona infectada no recibe tratamiento, dando lugar a la fase latente, que es seguida por la sífilis terciaria.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe". 2010.

C. Sífilis latente

Se caracteriza por ser un período asintomático, que se produce antes que los pacientes presenten manifestaciones clínicas de sífilis terciaria. Puede durar entre 5 y 50 años. Durante esta fase el diagnóstico de sífilis puede realizarse únicamente a través de pruebas serológicas. Este período se divide en base a su tiempo de duración, así: Sífilis latente temprana (menos de año de duración); sífilis latente tardía (duración mayor de un año) o; de tiempo indeterminado. En los primeros años de su latencia, pueden reaparecer las lesiones de la piel y mucosas. Sin tratamiento, el 25 a 30% de las personas infectadas desarrollarán manifestaciones clínicas de sífilis terciaria. El riesgo de transmitir sexualmente la sífilis durante este estadio es bajo y, debe tenerse especialmente en cuenta en las mujeres embarazadas.

D. Sífilis terciaria o tardía

Ocurre varios años después de la infección inicial. Se presenta hasta en el 40% de las personas infectadas que no recibieron el tratamiento específico. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de este estadio son las complicaciones cardiovasculares, las lesiones neurológicas y los gomos sífilíticos. Las complicaciones cardiovasculares son las más frecuentes y aparecen a los 10 a 30 años de evolución de la enfermedad. Pueden manifestarse como aneurisma del arco aórtico, ostitis coronaria, regurgitación aórtica, etc. Generalmente, los gomos sífilíticos aparecen a los 3 a 15 años de la infección no tratada, y comienzan como uno o varios nódulos subcutáneos indoloros ubicados en cualquier parte del cuerpo, pero con mayor frecuencia en la cara, cuero cabelludo y tronco. La superficie de los gomos sífilíticos se enrojece pudiendo cicatrizar o ulcerarse posteriormente; provocando caída del paladar o del tabique nasal. La neurosífilis tardía es parte del cuadro clínico de la sífilis crónica. Puede manifestarse en forma de tabes dorsal, demencia, paresias, ataxia sensorial, disfunción de esfínteres, etc.

5. Definición de caso de sífilis materna recomendada por OPS/OMS

Marco
Teórico

OPS recomienda la siguiente definición de caso de sífilis materna: “Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica de la enfermedad (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no-treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la vigésima semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) para sífilis, durante la presente gestación”.⁽¹⁵⁾

15. Organización Panamericana de la Salud. “Sífilis Materna y Sífilis Congénita: Definiciones de Caso”. Tomado del Boletín Epidemiológico, Vol. 26 No. 1. Marzo de 2005. Washington D.C., 2005.

6. Transmisión materno-infantil de la sífilis

La sífilis congénita puede contraerse de una madre infectada, que no ha recibido tratamiento, mediante la transmisión transplacentaria del *Treponema pallidum* en cualquier momento durante el embarazo o en el parto.⁽¹⁶⁾ Por ello, se deben dirigir esfuerzos hacia la prevención/eliminación de la sífilis congénita, a través de la detección y tratamiento de la infección en la gestante y su(s) pareja(s).

La sífilis congénita se produce luego de una infección transplacentaria por *Treponema pallidum*. El paso a través de la placenta suele ocurrir entre las semanas 16 y 28 del embarazo, pero se han descrito casos desde la semana 9. Sólo después de la semana dieciséis de gestación el feto es capaz de desarrollar una respuesta inmune a la infección.⁽¹⁷⁾

Las manifestaciones clínicas de la sífilis congénita dependen no sólo de la edad gestacional al momento de la infección, sino también de la etapa evolutiva de la enfermedad materna y del inicio del tratamiento.

La infección fetal puede producirse en el embarazo de cualquier mujer con sífilis no tratada, aunque es más frecuente en los estadios precoces de la infección materna, ya que en las etapas primaria y secundaria de la infección existen altas concentraciones de espiroquetas circulantes en el torrente sanguíneo de las mujeres embarazadas. Por lo anterior, el riesgo de infección fetal es muy elevado.

La transmisión de la infección al feto en la sífilis materna primaria y secundaria es de 60 a 100%. Si la madre adolece de sífilis latente temprana el 40% de los fetos se infectan, mientras que en la sífilis latente tardía, la transmisión se reduce a alrededor del 8%.⁽¹⁸⁾

16. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. "Infecciones Perinatales. Transmitidas por la Madre a su Hijo". Uruguay. 2008.

17. Organización Panamericana de la Salud. "Eliminación de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Marco de Referencia para su implementación". 2005.

Tabla No. 1
Transmisión Materno-infantil de la Sífilis según el Estadio de la Sífilis Materna

Estadio sífilis materna	Transmisión materno-infantil (%)
Primaria	60-100
Secundaria	60-100
Latente temprana	40
Latente tardía	8

Fuente: CLAP/SMR-OPS. "Infecciones Perinatales Transmitidas por la Madre a su Hijo". 2008.

El riesgo de transmisión in útero y la gravedad de la infección fetal son inversamente proporcionales al tiempo transcurrido desde que la madre contrajo sífilis, tal como puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla No.: 2
Resultado Perinatal según el Tiempo de Evolución de la Sífilis Materna.

Resultado perinatal	Sífilis adquirida el año anterior	Sífilis adquirida hace > 1 año
Recién nacido sano	20-60%	70%
Mortinato	16%	10%
Mortalidad neonatal	4%	1%
Parto prematuro	20%	9%
Sífilis congénita	40%	10%

Fuente: CLAP/SMR-OPS. "Infecciones Perinatales Transmitidas por la Madre a su Hijo". 2008.

En cuanto a las complicaciones que se pueden asociar a sífilis congénita, se encuentran: aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal no inmune, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, muerte perinatal y secuelas serias en los niños que nacen vivos.

La mortalidad neonatal asociada a sífilis congénita puede ser de hasta el 54%, siendo la prematuridad una de las principales causas.

18. Centro latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. OPS. "Infecciones Perinatales Transmitidas por la Madre a su Hijo". Uruguay. Diciembre de 2008.

7. Sífilis congénita¹⁹

Marco Teórico

La sífilis congénita ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al feto durante el embarazo, ya sea por vía hematogena-transplacentaria, o durante el parto, por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre.

Las lesiones fetales se presentan a partir de la semana 16 de gestación, aunque el treponema puede pasar a la circulación fetal desde la novena semana. Si la madre infectada recibe tratamiento antes de la semana 16 de embarazo, es casi siempre posible prevenir el daño al feto. Es por ello de suma importancia la solicitud y realización de las pruebas no-treponémicas durante el primer trimestre de la gestación, para tratar a toda madre infectada y evitar así la morbi-mortalidad asociada a la sífilis congénita.

Estadios de la Sífilis Congénita

La sífilis congénita se clasifica según el momento de aparición de las manifestaciones clínicas, en SC temprana y SC tardía.

A. Sífilis congénita temprana:

Es la que se presenta antes del segundo año de vida. Mientras más tempranamente se presenta la infección, tiende a ser más grave y puede ser fulminante. Sus manifestaciones clínicas son similares a las de la sífilis secundaria del adulto. El niño puede nacer con serias lesiones y asociarse con una alta mortalidad o; puede que las manifestaciones clínicas ya estén presentes al nacimiento o se presenten en forma paulatina durante el crecimiento, sin poner en riesgo la vida del niño.

Las manifestaciones clínicas sospechosas de sífilis congénita temprana se enuncian a continuación, en la tabla No. 3

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe". 2010.

Tabla No. 3:
Manifestaciones Clínicas de la Sífilis Congénita Temprana

Manifestaciones
1. Prematurez
2. Retardo del crecimiento intrauterino
3. Hidrops fetal no-inmune
4. Neumonitis alba
5. Hepatoesplenomegalia
6. Linfadenopatía generalizada
7. Óseas: osteocondritis, periostitis
8. Renales: síndrome nefrótico
9. Hematológicas: anemia, leucopenia, etc.
10. Oculares: coriorretinitis, retinitis
11. SNC: meningitis aséptica, pseudoparálisis de Parrot.
12. Mucocutáneas: pénfigo palmo-plantar, púrpura, ragades, condilomas planos, petequias, etc.

Fuente: OPS. CLAP/SMR. UNICEF. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe". 2010.

B. Sífilis congénita tardía

Se presenta después de los 2 años de edad. Se asemeja a la sífilis terciaria del adulto y perdura durante toda la vida.

Son manifestaciones sospechosas de Sífilis Congénita tardía:

- Dientes de Hutchinson
- Queratitis intersticial.
- Naríz en silla de montar; frente olímpica.
- Gomas en pies.
- Lesiones del SNC: retardo mental, hidrocefalia, convulsiones, sordera y ceguera.
- Lesiones osteoarticulares de Clutton; tibia en sable; gomas óseas; escápulas en forma de campana
- Paladar alto; mandíbula protuberante; micrognatia; fisuras periorales.

**Tabla No. 4:
Manifestaciones Clínicas
de la Sífilis Congénita Tardía**

Manifestaciones
1. Dientes de Hutchinson
2. Queratitis Intersticial
3. Nariz en silla de montar
4. Gomas en pies
5. Lesiones osteoarticulares de Clutton
6. Tibias en sable
7. Escápulas en campana
8. Frente olímpica
9. Paladar alto; mandíbula protuberante; fisuras periorales; micrognatia.
10. SNC: retardo mental; hidrocefalia; convulsiones; ceguera; sordera

Fuente: OPS. CLAP/SMR. UNICEF. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe". 2010.

Definición de Caso de Sífilis Congénita según la OPS ²⁰

Para fines de vigilancia epidemiológica, el criterio recomendado para definir un caso de sífilis congénita es:

- Todo niño, aborto o mortinato cuya madre tiene evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o con prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no-treponémicas positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente; ó

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. "Sífilis Materna y Sífilis Congénita: Definiciones de Caso". Tomado del Boletín Epidemiológico, Vol. 26 No. 1. Marzo de 2005. Washington D.C., 2005.

- Todo neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre o lo que equivale a un cambio en 2 diluciones o más de los títulos maternos (Por ejemplo: de 1:4 en la madre a 1:16 en el neonato); ó
- Todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de Sífilis Congénita (SC) al examen físico y/o evidencia radiográfica de Sífilis Congénita y/o resultado reactivo de una prueba treponémica o no-treponémica; ó
- Todo producto de la gestación con demostración de *T. pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.

Relación de la sífilis con otras infecciones de transmisión sexual

Según la "Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual"⁽²¹⁾ publicada por el Ministerio de Salud en el año 2006, las infecciones de transmisión sexual (ITS) no tratadas o tratadas inadecuadamente incrementan sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH, a través de relaciones sexuales sin protección. Esto es especialmente cierto en el caso de ITS que cursan con lesiones ulcerativas en la piel o mucosas genitales, como la sífilis o el herpes. Se estima que cuando existe una úlcera genital el riesgo de transmisión del VIH se incrementa en 50-300 veces por episodio de sexo desprotegido.

²¹ Ministerio de Salud Pública Asistencia Social. "Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual". El Salvador, 2006.

8. Pruebas de laboratorio diagnósticas

A. Diagnóstico Directo²²:

Marco
Teórico

La prueba de laboratorio llamada **Campo Oscuro** permite la identificación del **Treponema pallidum** mediante el examen directo del exudado de la lesión es una prueba definitiva. Es una prueba útil para asegurar el diagnóstico de sífilis en sus estadios primario, secundario y, para el diagnóstico de sífilis congénita. La sensibilidad de esta prueba es del 75-80%.

Entre las ventajas de este método se encuentran:

1. Su resultado puede obtenerse inmediatamente;
2. Su costo es bajo;
3. Permite el diagnóstico antes que las pruebas serológicas se vuelvan positivas;

4. Es probablemente, el de más rendimiento en la fase primaria, secundaria, recaídas y en la sífilis congénita, cuando las lesiones son ricas en treponemas.

Un resultado negativo del examen directo del producto de una lesión no descarta la posibilidad de la enfermedad, ya que pueden existir pocos treponemas en la misma, dependiendo de su tiempo de evolución y de la administración de tratamientos previos.

No se recomienda realizar esta prueba en material proveniente de lesiones sospechosas ubicadas en la boca, ya que es altamente probable confundir los treponemas con otras espiquetas saprófitas.

B. Diagnóstico Indirecto:

En la mayoría de casos, existen dificultades o no es posible realizar el diagnóstico directo; por lo que el diagnóstico indirecto, a través de las pruebas serológicas, es el procedimiento que con mayor frecuencia se utiliza. Estas pruebas requieren de 14 a 20 días para hacerse reactivas. Las pruebas serológicas usadas para el diagnóstico de sífilis se dividen en treponémicas y no-treponémicas. Todas estas pruebas serológicas tienen una alta sensibilidad. En cuanto a la sensibilidad, su nivel es óptimo para el diagnóstico de sífilis en sus estadios tempranos; pero en los casos de sífilis tardía, el VDRL y la RPR tienen una baja sensibilidad (71% y 73% respectivamente).

Tabla No. 5
Sensibilidad y Especificidad de las Pruebas Diagnósticas según el Estadio de la Sífilis

Prueba	Sensibilidad				Especificidad
	Primaria	Secundaria	L. Temprana	L. Tardía	
VDRL	78	100	95	71	98
RPR	86	100	98	73	98
USR	84	100	97	N/D	99
TRUST	85	100	95		93
FTA-ABS-DS	80	100	100	96	98
TPHA	76	100	97	94	99

²² Fuertes, Antonio. "Diagnóstico Serológico de la Sífilis". Servicio de Microbiología del Hospital Doce de Octubre, Madrid, España.

Fuente: Fuertes, A. "Diagnóstico Serológico de la Sífilis". Servicio de Microbiología Hospital Doce de Oct. España.

a. Pruebas serológicas no-treponémicas

Utilizan antígenos compuestos de soluciones alcohólicas con cantidades determinadas de cardiolípidinas, colesterol y lecitina. Miden simultáneamente inmunoglobulinas del tipo Ig G e Ig M frente a estas sustancias, que son elaboradas en los tejidos dañados por el treponema o por otras enfermedades. Dado que, **no miden anticuerpos específicos** frente al *T. Pallidum*, su positividad no garantiza la existencia de enfermedad sífilítica; sino que se requiere su confirmación por medio de una prueba treponémica.

Entre las pruebas serológicas no-treponémicas se encuentran:

1. **VDRL** (Venereal Research Disease Laboratory): Sólo puede emplearse con suero. Es la única prueba validada para la detección de anticuerpos no-treponémicos en líquido cefalorraquídeo, por lo que es la única prueba útil para el diagnóstico de neurosífilis.
2. **RPR** (Rapid Plasma Reagin): Puede emplearse con suero y plasma. Es un antígeno con partículas de carbón.
3. **USR** (Unheated Serum Reagin)
4. **TRUST** (Toluidine Red Unheated Serum Test): Puede realizarse con suero y plasma. Es el mismo antígeno del VDRL con partículas coloreadas con rojo de toluidina.
5. **ELISA**: Se emplea con suero. Utiliza en la fase sólida antígenos del tipo VDRL.

23 Centro latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. OPS. "Guías para el Continuo de la Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizada en APS". Uruguay. 2008.

Tabla No. 6:
Pruebas No-treponémicas
empleadas para el Diagnóstico de Sífilis

Pruebas no-treponémicas	
1.RPR	(Rapid Plasma Reagin o Prueba Rápida de Reagina plasmática)
2. VDRL	(Venereal Disease Research Laboratory)
3. USR	
4.TRUST	(Toluidine Red Unheated Serum Test)
5.ELISA	(Enzima Linked Inmunoabsorbent Assay ó Ensayo Inmunoenzimático Ligado a Enzimas)

Fuente: Fuertes, A. "Diagnóstico Serológico de la Sífilis". Serv. de Microbiología del Hosp. Doce de Oct. Madrid, España.

Estas pruebas son útiles para el tamizaje y el seguimiento. Las más usadas son el VDRL (Venereal disease research laboratory) y la prueba de reagina plasmática rápida (RPR). Ambas detectan una cardiolípidina liberada por la célula infectada por el treponema. En la red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador la prueba no-treponémicas que se utiliza es el VDRL.

Una prueba no-treponémica reactiva puede indicar infección actual, infección reciente tratada o no tratada, o un resultado falso positivo.

También pueden producirse pruebas no treponémicas con resultados falsos positivos⁽²³⁾, (con una frecuencia del 1 al 3%); pero generalmente no superan títulos de 1:4. Estos resultados falsos negativos se observan en:

1. Embarazo;
2. Tuberculosis;
3. Mononucleosis;
4. Lupus eritematoso sistémico y otras colagenopatías;
5. Endocarditis;
6. Muestras hemolizadas o lipémicas. Los resultados falsos positivos pueden ser transitorios o permanentes (cuando persisten más de 6 meses).

Marco
Teórico

Pruebas
laboratorio
diagnósticas

Marco Teórico

Pruebas laboratorio diagnóstico

Todas las pruebas no treponémicas pueden presentar **resultados falsos negativos** ⁽²⁴⁾. Estos resultados se asocian con: 1. Inmunodeficiencias (por ejemplo: VIH/SIDA); 2. Fenómeno de prozona (cuando las muestras son fuertemente reactivas producen una floculación inaparente), por lo se sugiere medir sus títulos siempre. 3. Período de ventana en etapas muy tempranas del estadio primario (tiempo que transcurre desde la adquisición de la infección hasta que la prueba serológica se positiviza. Puede ser de 3 a 4 semanas)

Las pruebas reaginicas (RPR) sirven para evaluar la eficacia del tratamiento. Si el tratamiento es eficaz, los títulos deberán disminuir significativamente (hasta 8 veces) durante los 6 a 12 meses siguientes a su administración. Es frecuente que la prueba persista reactiva pero a títulos muy bajos o en suero no diluido. Cuando el tratamiento se inicia durante los estadios latente o terciario de la sífilis, la disminución de los títulos se produce lentamente.

b. Pruebas serológicas treponémicas

Estas pruebas se emplean para confirmar los resultados positivos obtenidos con las pruebas no treponémicas, a través de la detección de anticuerpos específicos del tipo Ig G contra el *Treponema pallidum*. No son útiles para evaluar la eficacia de los tratamientos ni para el seguimiento de casos, ya que suelen permanecer positivas en el 85 a 90% de las personas tratadas y curadas.

Entre las pruebas treponémicas se encuentran: 1. FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody absorption test); 2. TP-PA (Aglutinación en partículas); 3. MHA-TP (Micro-hemaglutinación):

Tabla No.7: Pruebas Treponémicas empleadas para el Diagnóstico de Sífilis

Pruebas treponémicas
1.MHA-TP (Microhemaglutinación)
2. FTA-ABS Ig G e Ig M (Fluorescent treponemal antibody absorption)
3. FTA- ABS DS (Fluorescent treponemal antibody absorption)
4. TP-PS (Aglutinación en partículas)

Fuente: Fuertes, A."Diagnóstico Serológico de la Sífilis". Servicio de Microbiología Hospital Doce de Octubre. España.

Las pruebas treponémicas presentan escasos resultados falsos positivos: La FTA-ABS un 1% y la MHA-TP muy pocos. Para evitar los resultados falsos positivos, las pruebas deben realizarse previa absorción del suero, con el fin de eliminar la reacción cruzada con otros treponemas. Se dan falsos positivos en la mononucleosis, lepra, colagenopatías, borreliosis, otras treponematoses patógenas (Leptospirosis, Enfermedad de Lyme, fiebre por mordedura de ratas).

Para el diagnóstico de neurosífilis, se considera que una prueba FTA-ABS negativa en líquido cefalorraquídeo descarta la enfermedad. La serología negativa en la madre y en el recién nacido no descarta la infección por *T. pallidum*, especialmente si la madre adquirió la infección en un período cercano al parto.

Tabla No. 8 : Resultado e Interpretación de las Pruebas Serológicas para Sífilis

Resultado	Interpretación
NT (-) T (-)	Ausencia de infección. Si la exposición es muy reciente, se recomienda repetir las pruebas.
NT (+) T (+)	Infección activa, en especial con títulos altos (>1:8) de la prueba no-treponémica. A títulos bajos, puede deberse a una sífilis antigua tratada.
NT (-) T (+)	Generalmente, se debe a una sífilis antigua tratada no activa. Excepcionalmente, puede ser un falso (+) de la prueba treponémica.
NT (+) T (-)	Se recomienda repetir utilizando otro método de prueba.

Fuente: CLAP/SMR – OPS. "Guía clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe". 2010.

* T: Treponémica **NT: No-treponémica

24 Fuertes, Antonio. "Diagnóstico Serológico de la Sífilis". Servicio de Microbiología del Hospital Doce de Octubre. Madrid, España.

9. Protocolo para la prevención, tratamiento y seguimiento de la sífilis de la gestante y de la sífilis congénita

Marco Teórico

A. Prevención durante el embarazo

Dado que la transmisión materno infantil de la sífilis puede darse en cualquier momento del embarazo y que la sífilis congénita es una enfermedad totalmente prevenible, es de suma importancia la inscripción precoz al control prenatal (durante el primer trimestre del embarazo), la solicitud de una de las pruebas serológicas no-treponémicas en el primer control prenatal y, su pronta verificación y reporte. Así mismo, la prueba serológica debe repetirse en el tercer trimestre del embarazo, con el fin de detectar la infección adquirida durante el embarazo o si se ha reinfectado .

A las mujeres con pruebas reactivas se les debe brindar consejería e información sobre la enfermedad, sus riesgos; así como también, sobre la necesidad de dar tratamiento a sus parejas sexuales y a su bebé después del naci-

miento. Por otro lado, a las mujeres con prueba negativa debe proveérseles información acerca de las formas de prevención de las infecciones de transmisión sexual.

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP)⁽²⁵⁾ incorporó en la Historia Clínica Perinatal (HCP) un apartado sobre el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la sífilis materna, con el fin de incidir en la prevención de la sífilis congénita. Dicho apartado permite hacer 2 registros de datos relacionados con: 1. la toma del VDRL antes o después de las 20 semanas de embarazo; 2. El resultado de la prueba; 3. La verificación de la FTA-Abs como prueba confirmatoria; 4. El tratamiento de las embarazadas con prueba reactiva y; 5. El tamizaje y tratamiento de las parejas sexuales de las embarazadas seropositivas.

Figura No. 1
Apartado sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Sífilis de la Historia Clínica Perinatal. CLAP

Sífilis - Diagnóstico y Tratamiento														
No treponémica			Prueba				Treponémica				Tratamiento		Tto. de la pareja	
-	+	s/d	-	+	s/d	n/c	no	+	s/d	n/c	no	si	s/d	n/c
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
< 20 Sem														
≤ 20 Sem														
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	no	si	s/d	n/c	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

25 Centro latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. OPS. "Sistema Informático Perinatal. Hoja Clínica Perinatal y Formularios Complementarios. Instrucciones de llenado y definición de términos". Uruguay, 2010.

Marco Teórico

Protocolo para la prevención, tratamiento y seguimiento de la sífilis de la gestante y de la sífilis congénita

Además, el CLAP recomienda realizar la prueba de detección de la sífilis a toda embarazada en trabajo de parto que no haya tenido control prenatal (para el diagnóstico y tratamiento de ella y su recién nacido); y a las mujeres que tuvieron un aborto o mortinato. Así mismo, la HCP permite registrar si es necesario dar tratamiento y, en caso de serlo, si este es proporcionado a la embarazada y sus parejas sexuales.

En aquellos lugares donde se cuenta con recursos suficientes, se recomienda la verificación de pruebas confirmatorias con el fin de descartar los casos falsos positivos.

B. Tratamiento

a. Tratamiento de la sífilis materna

Según la normativa vigente en el Ministerio de Salud, la penicilina es la droga de elección para el tratamiento de la sífilis materna durante todos sus estadios (incluida la neurosífilis). Cualquiera que sea la edad gestacional y el estadio de la sífilis, la Penicilina sigue siendo la droga de elección, ya que cura a la madre, previene la transmisión materno-infantil y, trata al recién nacido. Se ha comprobado que la Penicilina es el único antibiótico efectivo para evitar la sífilis congénita. En ocasiones será necesario desensibilizar a las pacientes alérgicas a la penicilina.⁽²⁶⁾

Hasta 10% de las personas pueden experimentar una reacción alérgica a la Penicilina, como urticaria, angioedema, obstrucción de las vías respiratorias altas, broncoespasmo o hipotensión. La readministración de Penicilina a estos pacientes puede causar reacciones severas e inmediatas. Por esta razón, las pruebas para alergia a la Penicilina y desensibilización deben estar disponibles. La desensibilización rápida con suspensión de Penicilina V para eliminar sensibilidad anafiláctica requiere 4 horas.⁽²⁷⁾

El régimen terapéutico a usar en la embarazada con pruebas serológicas positivas y su(s) pareja(s) sexual(es) dependerá de una minuciosa historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio, con el fin de determinar el estadio de la enfermedad y la existencia de otra ITS concomitante. Ante cualquier duda diagnóstica o imposibilidad para realizar las pruebas diagnósticas, se brindará el tratamiento.

Es importante hacer notar que, toda embarazada expuesta sexualmente a una persona infectada (en cualquier estadio de la sífilis) debe ser evaluada clínica y serológicamente. Si la exposición ha ocurrido en los 90 días anteriores a que la pareja sexual haya sido diagnosticada de sífilis primaria, secundaria o latente temprana, la embarazada puede estar también infectada aunque las pruebas serológicas sean negativas. Por lo tanto, se le debe administrar tratamiento en forma presuntiva. Por otro lado, si han pasado más de 90 días desde que se diagnóstico sífilis primaria, secundaria o latente temprana a la pareja sexual de la embarazada y, los resultados de las pruebas de ésta no han sido reportados y/o no se puede garantizar su seguimiento estrecho, se le debe administrar tratamiento presuntivo.

Debe brindarse consejería adecuada a la embarazada para evitar el progreso de la infección, cumplir el tratamiento, disminuir las complicaciones y asegurar el tratamiento de su(s) pareja(s).

Toda mujer tratada deberá ser evaluada con pruebas serológicas cuantitativas, con una periodicidad de 1 a 3 meses. Un aumento de los títulos igual o superior a 4 veces, constituye indicación de nuevo tratamiento al considerarse fracaso terapéutico, reinfección o neurosífilis, que además requiere del estudio del líquido cefaloraquídeo (si hay disponibilidad de esta prueba).⁽²⁸⁾

26 Ministerio de Salud Pública Asistencia Social. "Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual". El Salvador, 2006.

27 Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. "Infecciones Perinatales. Transmitidas por la Madre a su Hijo". Uruguay, 2008.

28 Organización Panamericana de la Salud. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe". 2010.

Sífilis Materna Temprana (Primaria, secundaria o latente precoz)²⁹

- a. De elección para la mujer embarazada: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI por vía intramuscular cada semana por 3 semanas. Cumplir una nueva dosis 1 mes antes del parto.
- b. Régimen alternativo para la embarazada alérgica a la Penicilina: Eritromicina 500 mg por vía oral 4 veces al día por 14 días.

Nota: La Eritromicina debe ser recomendada como una última opción, ya que no existe evidencia de su eficacia en cuanto a la curación de la madre y el feto.

Sífilis Materna Latente Tardía, de Evolución Desconocida o Sífilis Terciaria

(Infección de más de 2 años de duración sin signos de infección treponémica)

- a. Régimen recomendado para la embarazada: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI por vía intramuscular una vez por semana por 3 semanas consecutivas
- b. Régimen alternativo para la embarazada alérgica a la Penicilina: Eritromicina 500 mg por vía oral 4 veces al día por 30 días.

Neurosífilis

Régimen recomendado: Penicilina cristalina sódica o potásica 12 a 24 millones UI por inyección endovenosa, administrada diariamente en dosis de 2 a 4 millones UI cada 4 horas durante 14 días.

²⁹ Ministerio de Salud Pública Asistencia Social. "Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual". El Salvador, 2006.

³⁰ Idem.

b.Tratamiento de las parejas sexuales³⁰

Deben recibir tratamiento todos los contactos sexuales que la embarazada haya tenido en los 90 días precedentes a la fecha de su diagnóstico, aún en ausencia de síntomas o de pruebas serológicas positivas.

Sífilis Temprana (Primaria, Secundaria o Latente Precoz):

- a. Régimen de elección para las parejas sexuales: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI por vía intramuscular en una sola dosis.
- b. Alternativa para las parejas sexuales con alergia a la penicilina:
 - Doxiciclina 100 mg por vía oral 2 veces al día por 14 días; ó
 - Tetraciclina 500 mg por vía oral 4 veces al día por 14 días; ó
 - Eritromicina 500 mg por vía oral 4 veces al día por 14 días

Sífilis Latente Tardía, de Evolución Desconocida o Sífilis Terciaria

(Infección de más de 2 años de duración sin signos de infección treponémica)

- a. De elección: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI por vía intramuscular cada semana por 3 semanas.
- b. Alternativa para las parejas sexuales con alergia a la penicilina:
 - Doxiciclina 100 mg por vía oral 2 veces al día por 30 días; ó
 - Tetraciclina 500 mg por vía oral 4 veces al día por 30 días; ó
 - Eritromicina 500 mg por vía oral 4 veces al día por 30 días.

Neurosífilis:

- a. Régimen recomendado: Penicilina cristalina sódica o potásica 12 a 24 millones UI por inyección endovenosa, administrada diariamente en dosis de 2 a 4 millones UI cada 4 horas durante 14 días.

Nota: No usar PCN Procaínica, ya que no alcanza niveles terapéuticos adecuados en LCR.

Marco Teórico

Protocolo para la prevención, tratamiento y seguimiento de la sífilis de la gestante y de la sífilis congénita

Marco Teórico

Protocolo para la prevención, tratamiento y seguimiento de la sífilis de la gestante y de la sífilis congénita

- b. Régimen alternativo para pacientes alérgicos a la penicilina:
- Doxiciclina: 200 mg vía oral 2 veces al día durante 30 días; ó
 - Tetraciclina: 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días.

c. Tratamiento de la sífilis congénita³¹

Debe sospecharse sífilis congénita en todo recién nacido de madre con prueba serológica positiva (treponémica o no-treponémica), o con evidencia clínica de sífilis (úlceras o lesiones de sífilis 2ª y, que cumplan con los siguientes criterios:

- Madre no tratada o con tratamiento no documentado.
- Madre tratada con regímenes no-penicilínicos durante el embarazo.
- Madre tratada antes de un mes del parto.

El manejo del recién nacido debe incluir:

1. **Examen físico exhaustivo y completo** (con el fin de buscar manifestaciones clínicas de sífilis)
2. **Toma de pruebas serológicas no-treponémicas (VDRL O RPR) en suero.** No usar sangre del cordón umbilical porque puede estar mezclada con sangre materna y dar un resultado falso positivo.

Todo recién nacido con títulos de VDRL/RPR cuatro veces mayor que los títulos de su madre o lo que equivale a un cambio en 2 diluciones o más de los de su madre (por ejemplo: de 1:16 a 1:4), se considera un caso de sífilis congénita.

El seguimiento serológico: Se hará al nacimiento, al mes y luego cada 3 meses hasta que el examen llegue a ser no-reactivo o el título haya disminuido en 4 diluciones. El seguimiento se mantendrá hasta el año de vida. Los anticuerpos provenientes de la circulación materna desaparecen a los 3 meses del nacimiento. El 70% de las pruebas se negativizan a los 6 meses. Después

de que las pruebas se han negativizado, nunca se debe considerar normal un aumento de los títulos. Si se da esta situación, evaluar inicio de tratamiento.

3. **Análisis del líquido cefalorraquídeo** (células, proteínas y VDRL).
4. **Rayos X de huesos largos.**
5. **Otros:** Rayos X de tórax, hemograma, plaquetas, pruebas de función hepática.

Tratamiento de la Sífilis Congénita Temprana

(Hasta los 2 años de edad o niño(a) con LCR anormal)

No se recomiendan otros antibióticos para el tratamiento de la sífilis congénita, excepto en caso de alergia a la Penicilina. Las tetraciclinas no se deben usar en niños menores de 7 años.

- a. Régimen recomendado: Penicilina cristalina o potásica 100,000 a 150,000 UI / Kg / día, administradas a razón de 50,000 UI / Kg / dosis cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y, luego cada 8 horas por un total de 14 días.
- b. Régimen recomendado en casos de alergia a la Penicilina, después de 1 mes de vida: Eritromicina 50 mg / Kg por vía oral 4 veces al día por 30 días.

Tratamiento de la Sífilis Congénita Tardía

(De 2 ó más años de evolución)

- a. Régimen recomendado: Penicilina cristalina o potásica 200,000 a 300,000 UI / Kg / día por vía intramuscular o endovenosa, administrada a razón de 50,000 UI / Kg / dosis cada 4 a 6 horas por 14 días.
- b. Régimen recomendado en casos de alergia a la Penicilina, después de 1 mes de vida: Eritromicina 50 mg / Kg por vía oral 4 veces al día por 30 días.

VI. Resultados

Para realizar el presente estudio se cuenta únicamente con la información del SIP, por lo tanto se revisó, consolidó y analizó la base de datos de dicho sistema instalado en las 28 maternidades. De las 72,702 mujeres embarazadas atendidas y que se incorporaron a la base de la Historia Clínica Perinatal, se reportaron 224 con VDRL +, de las cuales 215 serán analizadas por contar con datos socio demográficos completos.

1. Características Socio-demográficas de las embarazadas VDRL +

A. Edad

La mayoría de pacientes eran mujeres menores de 35 años, que constituyeron el 88.4% del total de casos. Por grupos etáreos, predominó el grupo de 20 a 34 años, con el 56.7%; seguido de los grupos de 15 a 19 años (31.2%) y de 35 a 44 años (11.6%).

En cuanto a las adolescentes 67 presentaron VDRL (+) lo que constituyen un 5.23% del total de mujeres de este grupo etareo (1,300) que fueron atendidas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante 2009.

De las 72, 562 mujeres embarazadas atendidas en las maternidades del Ministerio de Salud, el 31.2% de ellas eran adolescentes (1,300 casos entre 10 a 19 años), por lo se debe implementar estrategias de información y educación en lo referente a la prevención de la sífilis materna y congénita, otras infecciones de transmisión sexual; mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y al control prenatal, realizar el tamizaje para sífilis durante el embarazo en forma sistemática y proporcionarles el tratamiento a las que resulten seropositivas y a su pareja, con ello contribuir a la reducción / eliminación de la sífilis congénita en el país.

Tabla No. 9
Embarazadas con VDRL (+) Atendidas según grupo etáreo, en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante 2009.

Edad materna	Total casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
(0 - 14)	1	.5	.5
(15 - 19)	67	31.2	31.2
(20 - 34)	122	56.7	56.7
(35 - 43)	25	11.6	11.6
		No. casos= 215	No. casos válidos = 215

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

B. Estado Civil

Predominó el grupo de mujeres en unión estable, con el 73.9%, seguido del grupo de mujeres casadas (13.7%) y las solteras (11.4%). Del total de mujeres atendidas un 73.5% reportó unión estable, un 14.6% se registraron casadas y un 11.7% solteras.

Resultados

Características Socio-demográficas de las embarazadas VDRL +

Tabla No. 10
Estado Civil de las Embarazadas con VDRL (+) Atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante 2009

Estado civil	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
Casada	29	13.5	13.7
Unión estable	156	72.6	73.9
Soltero	24	11.2	11.4
Otro	2	9	9
Sin dato	4	1.9	..
		No. casos= 215	No. casos válidos = 211

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

C. Nivel Educativo

En cuanto al nivel educativo, se pudo determinar que la mayoría de pacientes era de baja escolaridad (51.9%) (ha estudiado hasta la primaria, es decir de 1° a 6° grado), o carece de educación formal (13%). El 33.3% tenía nivel educativo de secundaria (de 7° a 3° de bachillerato). Sólo el 1.4% de las embarazadas VDRL + atendidas en la red pública de salud en El Salvador reportó haber tenido acceso a educación universitaria.

Comparando con el total de mujeres atendidas (72,562), evaluando su nivel educativo, se reportó que la mayoría de ellas tiene estudios de nivel primario completo (53.8%), es decir de 1° a 6° grado), un 9% carece de educación formal. El 33.3% reportó un nivel educativo de secundaria (de 7° a 3° de bachillerato) y un 3.8% se registró haber tenido acceso a educación universitaria. No existen diferencias significativas entre los niveles educativos de las mujeres VDRL + y el total de embarazadas.

Tabla No. 11
Nivel Educativo de las Embarazadas con VDRL (+) Atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante 2009

Nivel educativo	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
Ninguno	27	12.6	13.0
Primaria	108	50.2	52.2
Secundaria	69	32.1	33.3
Universitaria	3	1.4	1.5
Sin dato	7	3.3	
		No. casos = 215	No. casos válidos = 208

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

D. Alfabetismo

El 88.9% de las embarazadas reportaron saber leer y escribir, a diferencia de un 91.5% del total de mujeres atendidas. El 11.1% restante eran analfabetas y un 8.5% del total de mujeres son analfabetas.

Tabla No. 12
Alfabetismo de las Embarazadas con VDRL (+) Atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Alfabeto	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
Si	185	86.	88.9
No	23	10.7	11.1
Sin dato	7	3.3	.
		No. casos = 215	No. casos válidos= 208

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

E. Gestas Previas

En cuanto a los embarazos previos, el 42.3% cursaban con su primer embarazo, el 48.4% informó haber tenido entre 1 y 3 embarazos previos, y el 9.3% restantes habían tenido más de 3 embarazos previos. De acuerdo al total de mujeres registradas un 47.1% eran primigestas, 43.8% cursaban entre el primer y tercer embarazo y un 9.1% reportaron más de 4 embarazos.

Tabla No. 13
Gestas Previas de las Embarazadas con VDRL (+) Atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Gestas previas	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos validos
0	91	42.3	42.3
1 - 3	104	48.4	48.4
> 3	20	9.3	9.3
Sin dato	0	.0	
		No. casos= 215	No. casos válidos= 215

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

F. Intervalo Intergenésico

La OMS recomienda un intervalo intergenésico de 24 meses posterior al nacimiento de un hijo vivo y de 6 meses posterior a un aborto, para lograr la recuperación de la madre e iniciar un nuevo embarazo. Sin embargo, la hoja clínica perinatal del SIP indica que se considera de riesgo el intervalo intergenésico menor de 12 meses. En el grupo de embarazadas con VDRL (+) atendidas en la red del Ministerio de Salud durante 2009, sólo el 1.9% tenía como factor de riesgo un intervalo intergenésico menor a un año, igual porcentaje se reportan en el total de atendidas. El 98.2% de las pacientes VDRL+ en comparación con el 97.3% de todas las registradas presentaba un período intergenésico de 12 meses o más

Tabla No. 14
Duración del Período Intergenésico de las Embarazadas con VDRL (+) Atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Intervalo Intergenésico	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
< De 6 m	0	.0	.0
6 A 11 m	2	1.61	1.9
12 A 23 m	19	15.32	17.8
Más de 23 m	86	69.35	80.4
Sin dato o mal registrado	17	13.71	
(Excluye primigestas)	No. casos = 124		No. casos válidos = 107

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

G. Vive Sola

De las 215 embarazadas con VDRL (+) atendidas en la red del Ministerio de Salud durante el 2009, casi la totalidad (97.3%) vivía por lo menos con un adulto o persona responsable a diferencia de un 98.2% del total de casos atendidos. Un 2.7% de las mujeres VDRL+ y un 1.7% de total de mujeres reportaron vivir solas

Tabla No. 15
Embarazadas con VDRL (+) que viven solas y fueron atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Vive sola	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
No	146	67.9	97.3
Si	4	1.9	2.7
Sin dato	65	30.2	
		No. casos = 215	No. casos válidos = 150

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

Resultados

Características
Socio-demográficas
de las embarazadas
VDRL +

H. Antecedente de mortinatos

El 1% de las embarazadas con resultado VDRL (+) atendidas en las maternidades del Ministerio de Salud tenían historia de un mortinato previo, pero no se documentó en ninguno de estos casos si habían adolecido de sífilis. El 99% restante negó este factor de riesgo. Igual porcentaje se registro en el total de mujeres atendidas en el año 2009.

Tabla No. 16

Antecedente de mortinatos entre las embarazadas con VDRL (+) que fueron atendidas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Antecedente de mortinatos	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
Ninguno	200	93.	99.
Uno	2	.9	1.
Sin dato	13	6.	.
		N casos= 215	N casos válidos=202

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

I. Antecedente de Abortos

El 12% de los casos válidos tenían antecedente de abortos previos, a diferencia de un 9.5% del total de mujeres atendidas; esta morbilidad obstétrica se observa hasta en el 30% de las embarazadas con sífilis materna; pero no estaba registrado el haber adolecido de sífilis previamente.

Tabla No. 17:

Antecedente de Abortos entre las embarazadas con VDRL (+) que fueron atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009.

Abortos	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
(0 - 0)	183	85.1	88.
(1 - 3)	25	11.6	12.
Sin dato	7	3.3	.
		N casos= 215	N casos válidos=208

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

J. Antecedente de Infertilidad

Ninguna de las 215 embarazadas con diagnóstico de sífilis materna atendidas en las maternidades del Ministerio de Salud durante 2009 tenía antecedentes de infertilidad. Del total de atendidas 35 casos reportaron antecedente de infertilidad.

Tabla No. 18

Antecedente de Infertilidad entre las embarazadas con VDRL (+) que fueron atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Infertilidad	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
No	213	99.1	99.5
Sin dato	1	.5	.
		N casos= 215	N casos válidos=214

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

K. Antecedente de Violencia

Ninguna de las embarazadas incluidas en el presente estudio reportó haber sufrido violencia antes de embarazo, a diferencia del total de atendidas 17 reportaron haber sufrido violencia. El 84.7% de ellas negó dicho antecedente, del total de atendidas 82.2% negaron este antecedente y el 15.3% no cuenta con datos consignados; un 17.7 del total de atendidas no registran datos de violencia. Sin embargo, es de hacer notar que muchas formas de violencia pasan inadvertidas para las víctimas, y las asumen como parte de la vida "normal". Así mismo, es importante tomar en consideración que 68 de las mujeres (31%) eran menores de edad, factor de riesgo para violencia dada su dependencia económica y psicológica.

Tabla No. 19

Antecedente de violencia entre las embarazadas con VDRL (+) que fueron atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Violencia	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
No	182	84.7	100.
Sin dato	33	15.3	.
		No. casos = 215	No. casos válidos = 182

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

Resultados

Características Socio-demográficas de las embarazadas VDRL +

2. Resultados de mujeres embarazadas con VDRL (+)

A. Embarazadas con VDRL(+) con menos de 20 semanas de gestación

De las 72.702 embarazadas registradas en la base de datos SIP durante el año 2009, 46,215 fueron tamizadas con la prueba no-treponémica VDRL antes de las 20 semanas de gestación, resultando reactivo (positivo) en 127 casos, equivalente al 0.2% de los casos válidos.

Tabla N° 20
Mujeres registradas según resultados de VDRL antes de las 20 semanas de gestación. 28 maternidades del Ministerio de Salud El Salvador, 2009

Vdrl < 20sem	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
-	46088	63.4	66.5
+	127	.2	.2
No se hizo	23114	31.8	33.3
Sin dato	3346	4.6	.
		No. casos= 72702	No. casos válidos=69356

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud, 2009.

B. Embarazadas con VDRL(+) con 20 semanas de gestación o más

Arriba de las 20 semanas de gestación se le realizó VDRL a 32,094 embarazadas, presentando VDRL reactivo 97 de ellas, equivalente al 0.1% de los casos válidos. En el 10.9% del total de casos no fue consignada la información referente a la toma y resultado del VDRL; lo que nos revela deficiencias en el llenado de la HCP y nos invita a recomendar el monitoreo de dichas actividades.

Tabla N° 21
Mujeres registradas según resultados de VDRL luego de las 20 semanas de gestación. 28 maternidades del Ministerio de Salud El Salvador, 2009.

Vdrl >= 20 sem	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
-	31997	44.	49.4
+	97	.1	.1
No se hizo	32657	44.9	50.4
Sin dato	7945	10.9	.
		No. casos = 72702	No. casos válidos=64757

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud, 2009.

Resultados

Resultados
maternos VDRL

C. Tratamiento de las embarazadas con VDRL(+) con Menos de 20 Semanas Atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante 2009

No fue registrado en los expedientes de las bases de datos SIP si se brindó tratamiento a las 127 embarazadas diagnosticadas con sífilis materna, a través del VDRL (+), en la primera mitad del embarazo (menos de 20 semanas) durante el período comprendido entre Enero y Diciembre de 2009. Tampoco está consignado en dichos expedientes si se les brindó el tratamiento específico para sífilis materna según el estadio de la enfermedad en que se encontraban.

D. Tratamiento de las embarazadas con VDRL(+) A partir de las 20 Semanas de Gestación Atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante 2009

Ninguno de los expedientes de las bases de datos SIP certifica si las 97 embarazadas con VDRL (+) después de las 20 semanas de gestación fueron tratadas y el tipo de tratamiento que recibieron.

E. Tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la(s) pareja(s) sexual(es) de las embarazadas con VDRL(+) antes de las 20 semanas de gestación, que fueron atendidas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el 2009

No hay datos sobre el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de las parejas sexuales de las 127 embarazadas con sífilis materna que se detectaron antes de las 20 semanas de gestación y se atendieron en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009. Esto se debe a que esta información no estaba incluida en la hoja clínica perinatal del SIP en el año 2009.

F. Tratamiento de la(s) pareja(s) sexual(es) de las embarazadas con VDRL(+) a partir de las 20 semanas de gestación que fueron atendidas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el 2009

No hay datos sobre el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de las parejas sexuales de las 97 embarazadas con sífilis materna que se detectaron a partir de la semana 20 de gestación y que se atendieron en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009. No se cuenta con estos datos por no encontrarse dentro de la historia clínica perinatal del SIP versión 2009.

3. Resultados neonatales

A. Tamizaje con VDRL de los recién nacidos de madres atendidas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Según la base de datos SIP fueron tamizados con VDRL 3522 recién nacidos cuyas madres fueron atendidas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud. A 18 de ellos se les reportó (+), lo que equivale a que 5 de cada 1,000 recién nacidos tamizados en la red del MSPAS tuvieron VDRL (+) en 2009.

Tabla No. 22
Recién Nacidos según realización de VDRL en sangre de condón en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009.

Rn tamizaje - VDRL	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
-	3504	4.8	5.4
+	18		
No se hizo	61920	85.2	94.6
Sin dato	7256	10.	
		No. casos= 72702	No. casos válidos = 65446

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

B. Tamizaje de los recién nacidos de madres con VDRL(+) atendidas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009.

En la base de datos SIP se encontró que únicamente fueron tamizados 12 de los recién nacidos de las embarazadas con VDRL (+) en algún momento de la gestación, teniendo resultado (+) únicamente 2 de ellos. Es preocupante observar que a pesar de tener un diagnóstico presuntivo de sífilis materna, a 179 recién nacidos de estas madres (93.7% de los casos válidos), no se les hizo la prueba no treponémica para la detección de la enfermedad. Esto podría ser debido a múltiples factores:

1. Desinterés del personal de salud que les brindó el control prenatal en educar a la gestante que fueron detectadas con VDRL (+), sobre los posibles efectos de la enfermedad sobre el feto y de la necesidad de tamizar al recién nacido;
2. Falta de acuciosidad del personal de salud que les atendió el parto al verificar la información que el carne perinatal consigna y transcribirla a la historia clínica perinatal (HCP) e informar al médico responsable de la atención del recién nacido acerca del antecedente materno;
3. Desconocimiento de los prestadores de servicios sobre las graves secuelas que la sífilis congénita puede provocar en los fetos y recién nacidos;
4. Falla en el sistema de referencia y contra-referencia;
5. Carencia o escasez de información y educación que es proporcionada a las usuarias durante su control prenatal.

Además, en las HCPB de 24 mujeres (11.2% del total de casos) con VDRL (+) no se cuenta con la información referente a la realización de esta prueba a los recién nacidos y su resultado.

Tabla No. 23
Tamizaje de los recién nacidos de madres con VDRL (+) atendidas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Rn tamizaje - VDRL	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
-	10	4.7	5.2
+	2	.9	1.
No se hizo	179	83.3	93.7
Sin dato	24	11.2.	
		No. casos= 215	No. casos válidos = 191

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

C. Enfermedades reportadas de los recién nacidos

De los 215 recién nacidos de madres VDRL (+), no se encuentran datos sobre enfermedades detectadas en 48 casos (22.3% del total de casos). De los 167 restantes, a 151 (90.4% de los casos válidos) se les describe sin ninguna enfermedad y a 16 (9.6%) se les diagnosticó alguna patología.

Tabla No. 24
Enfermedades reportadas de los recién nacidos de madres con VDRL (+) atendidas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante 2009

Una o más enfermedades recién nacidos	Total de casos	% Sobre total de casos	% Sobre casos válidos
1 o más	16	7.4	9.6
Ninguna	151	70.2	90.4
Sin dato	48	22.3	.
		N casos= 215	N casos válidos=167

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

D. Enfermedades reportadas por código de los recién nacidos de madres con VDRL (+) atendidas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante 2009.

Al investigar los 16 expedientes de recién nacidos, solo 15 reportaban código de la enfermedad. De estos, 4 casos fueron diagnosticados como sífilis congénita.

Tabla No. 25
Enfermedades reportadas por código de los recién nacidos de madres con VDRL (+) atendidas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante 2009

Código	Enfermedad	Cantidad
0	Ninguna enfermedad	151
03	Neumonía congénita	1
16	Onfalitis	1
46	Otras afecciones metabólicas y nutricionales	1
53	Otros Síndromes de Distrés Respiratorio	1
60	Sífilis congénita	4
66	Otras patologías del RN	3
8	Enfermedad Hemolítica por isoimmunización Rh	1
20	Enterocolitis necrotizante	1

Fuente: Base de datos SIP de las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud. 2009.

Resultados

Resultados neonatales

4. Indicadores estandarizados para evaluar sífilis materna y congénita entre países

Los Indicadores estandarizados para evaluar el comportamiento epidemiológico de la Sífilis materna y congénita en la región, establecidos por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) se detallan a continuación:

Resultados

A. Tamizaje y diagnóstico de sífilis en mujeres embarazadas

antes de las 20 semanas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009.

OMS/OPS recomienda realizar dos pruebas de VDRL durante el embarazo: una en la primera consulta lo más precoz posible (antes de las 12 semanas) y en la segunda mitad de la gestación. De las 72.675 embarazadas inscritas en el Programa Materno antes de las 20 semanas de gestación, 46.215 (63.6%) fueron tamizadas con VDRL, resultando (+) en 127 (0.3% de los casos válidos).

De acuerdo a normas internacionales y nacionales, todo caso de VDRL (+) debe ser confirmado a través de la toma del FTA-ABS, si el país cuenta con recursos. Así mismo, se indica verificar a través de un nuevo FTA-ABS en la segunda mitad del embarazo, si ha habido reinfección. En ninguno de los 127 casos detectados antes de las 20 semanas de gestación en el MSPAS durante 2009, se indicó FTA-ABS para confirmar el diagnóstico de sífilis materna ni para verificar si hubo recidivas.

Debe generar preocupación el hecho que 26,460 embarazadas inscritas (36.4%) antes de las 20 semanas no fueron tamizadas con VDRL; dado que la infección materna puede afectar al feto a partir de las 8 ó 9 semanas de gestación, por lo que el diagnóstico y tratamiento temprano es de suma importancia si se desea reducir/eliminar la sífilis congénita en el país.

Tabla No. 26: Tamizaje y diagnóstico de sífilis en mujeres embarazadas antes de las 20 semanas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Indicador	Valor
Proporción de mujeres con VDRL/RPR < 20 semanas con resultado -	99.7%
Proporción de mujeres con VDRL/RPR < 20 semanas con resultado +	0.3%
Proporción de mujeres no tamizadas con VDRL/RPR antes 20 semanas.	36.4%
Proporción de mujeres con sífilis confirmada por FTA antes de las 20 semanas de embarazo	Sin dato
Proporción de recidiva de sífilis en embarazadas.	Sin dato

Fuente: Base de datos SIP instalada en Maternidades del Ministerio de Salud. 2009

B. Tamizaje y diagnóstico de sífilis en mujeres embarazadas después de las 20 semanas en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Resultados

Indicadores estandarizados para evaluar sífilis materna y congénita entre países

En lo relativo al diagnóstico y tratamiento de sífilis materna después de las 20 semanas de gestación, se encontró que 32,094 pacientes fueron tamizadas con VDRL, equivalente al 44% de las embarazadas inscritas en el programa materno del MINSAL durante el año 2009. En 97 casos (0.3% de los casos válidos) el resultado fue (+); pero ninguno fue confirmado con FTA-ABS.

Tabla No. 27
Tamizaje y diagnóstico de sífilis en mujeres embarazadas después de las 20 semanas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009.

Indicador	Valor
Proporción de mujeres tamizadas con VDRL/RPR después de las 20 semanas.	44%
Proporción de mujeres no tamizadas con VDRL/RPR después de las 20 semanas	55.8%
Proporción (%) de mujeres con VDRL/RPR > 20 semanas con resultado +	0.30%
Proporción de mujeres con sífilis confirmada por FTA después de las 20 semanas de embarazo	Sin dato
Proporción de mujeres en que no se reitera el VDRL/RPR luego de las 20 semanas	87.85%

Fuente: Base de datos SIP instalada en Maternidades del Ministerio de Salud, 2009

A pesar que la Norma Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual del MINSAL, contempla la toma rutinaria de un nuevo VDRL en la segunda mitad de la gestación, a 40,602 embarazadas (87.85%) de las que se les tomó la prueba en la primera mitad del embarazo no les fue realizado.

C. Tratamiento de las Mujeres con Sífilis Materna en las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud durante el Año 2009

La hoja de la Historia Clínica Perinatal tiene una sección para incorporar información sobre el tamizaje de las embarazadas con VDRL para el diagnóstico de sífilis materna y su respectivo tratamiento, con el fin de reducir la incidencia de la sífilis congénita, que es un verdadero problema de salud pública en la región latinoamericana.

A pesar de lo anterior, en los 215 expedientes de las embarazadas con VDRL (+) en el MINSAL durante el 2009, no se encontró datos que confirmen que se brindó tratamiento a ni sobre el tipo de medicación provista.

D. Tamizaje, diagnóstico y tratamiento de las parejas sexuales de las Embarazadas con VDRL (+) en las 28 Maternidades de la Red del Ministerio de Salud en 2009

Los 215 expedientes de las embarazadas con VDRL (+) en la dase SIP 2009, no establecen si se tamizó a las parejas sexuales con VDRL. Tampoco determinan cuantos casos de sífilis fueron detectados entre estos hombres ni sobre el tipo de tratamiento que se les brindó.

No se encontró datos sobre si se realiza una búsqueda activa de las parejas sexuales de las embarazadas con sífilis materna, dado que la medicina basada en evidencia ha demostrado que es vital proveerles el tratamiento específico de sífilis, para que la embarazada no se infecte, evitando a la vez que se produzca la infección fetal.

E. Tamizaje y diagnóstico de sífilis en los recién nacidos de mujeres con sífilis materna en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009

Durante el año 2009 fueron tamizados con VDRL 3,522 recién nacidos de mujeres atendidas en las 28 maternidades del MSPAS, resultando (+) la prueba en 18 de ellos (as), lo que significa que 5 de cada mil nacidos vivos recibidos en la red de maternidades del MINSAL durante 2009, fueron casos presuntivos de sífilis congénita. No se cuenta con datos que evidencien que dicho diagnóstico fue confirmado a través de la prueba treponémica FTA-ABS, disponible en la red nacional de establecimientos de salud.

En 203 expedientes de los 215 recién nacidos de madres VDRL (+) atendidas durante el año 2009 en las maternidades del MSPAS, se encontró que no fueron tamizados o que no se consiguió dicha información.

Resultados

Indicadores estandarizados para evaluar sífilis materna y congénita entre países

Tabla No. 28
Tamizaje y diagnóstico de sífilis en los recién nacidos de mujeres con sífilis materna en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el Año 2009

Variable	Indicador	Valor
Diagnóstico de Sífilis en los Recién Nacidos de madres con VDRL +	Proporción de recién nacidos con VDRL +	5.1 x 1,000
	Proporción de recién nacidos no tamizados con VDRL	951 X 1000
	Proporción de recién nacidos de madres con VDRL (+) no tamizados con VDRL	94.4%
	Proporción de recién nacidos con VDRL + en embarazo captados precozmente	No es posible obtener los datos
	Proporción de recién nacidos con VDRL + en embarazos no controlados	0.66 X 1000
	Proporción de recién nacidos con VDRL + en embarazos de mujeres analfabetas.	0.72 x 1000
	Proporción de recién nacidos con VDRL + hijos de mujeres en situación de violencia.	0

Fuente: Base de datos SIP instalada en Maternidades del Ministerio de Salud. 2009.

F. Prevalencia de sífilis materna e incidencia de sífilis congénita en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud de Enero a Diciembre de 2009.

Resultados

Indicadores estandarizados para evaluar sífilis materna y congénita entre países

En cuanto a la prevalencia de sífilis materna en la red del MINSAL se encontró que 0.47% embarazadas adolecieron de la enfermedad en el período comprendido entre Enero y Diciembre de 2009.

En lo relativo a la incidencia de sífilis congénita en las maternidades del MINSAL durante el mismo período, se determinó que 5 de cada mil nacidos vivos padecían de esa enfermedad.

Tabla No. 29
Prevalencia de sífilis materna e incidencia de sífilis congénita en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud de Enero a Diciembre de 2009

Indicador	Valor
Prevalencia de sífilis materna	0.47%
Incidencia de Sífilis Congénita en red Ministerio de Salud durante 2009.	5.1 X 1,000 nacidos vivos

Fuente: Base de datos SIP instalada en Maternidades del Ministerio de Salud. 2009.

G. Distribución de Otras Variables de Interés

Ministerio de Salud, 2009

El Centro Latinoamericano de Perinatología, considera importante determinar el valor de otros indicadores a través de este estudio de investigación. A continuación se presentan los resultados:

Tabla No. 30
Distribución de Otras Variables de Interés. Ministerio de Salud, 2009

Indicador	Valor
Proporción de embarazos captados precozmente	39.7%
Proporción de embarazos captados tardíamente	39.1%
Proporción de embarazos no controlados	9.95%
Proporción de embarazos en mujeres analfabetas	8.4%
Proporción de embarazos en mujeres en situación de violencia	0.05%
Proporción de embarazadas con estudio de VIH realizado	93.8%
Proporción de mujeres con VDRL + entre las que se realizaron estudio de VIH.	0.29%
Proporción de mujeres con VDRL + entre las que tienen resultado VIH +	14 X 1,000

Fuente: Base de datos SIP instalada en Maternidades del Ministerio de Salud. 2009.

VII. Conclusiones

1. Las características socio-demográficas de las 215 embarazadas a quienes se les diagnosticó sífilis materna en las 28 maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009 son las siguientes:

A. Datos Patronímicos

1. **Edad:** El 88.4% eran mujeres menores de 35 años. Predominó el grupo de 20 a 34 años, con el 56.7% del total de casos;
2. **Estado Civil:** el 73.9% reportó que vivía en unión estable, el 13.7% eran casadas y 11.4% eran solteras;
3. **Nivel educativo:** la mayoría tenía un nivel educativo bajo (51.9% ha estudiado hasta la primaria, es decir de 1° a 6° grado), o carecía de educación formal (13%);
4. **Alfabetismo:** El 88.9% sabía leer y escribir.

B. Antecedentes

1. **Gestas previas:** Sólo el 9.3% había tenido más de 3 embarazos previos;
2. **Intervalo Intergenésico corto:** el 1.9% reportó un intervalo menor de 12 meses;
3. **Vive sola:** el 2.7% de estas embarazadas no vivía con un adulto o responsable;
4. **Mortinatos previos:** el 1% tenía el antecedente de un hijo nacido muerto, pero no consta en sus expedientes si se investigó sífilis;
5. **Abortos previos:** el 12% de los casos válidos tenían antecedente de abortos previos, morbilidad obstétrica que se observa hasta en el 30% de las embarazadas con sífilis materna; pero no estaba registrado el haber adolecido de sífilis previamente;
6. **Infertilidad:** ninguna informó esta morbilidad;
7. **Violencia previa:** Ninguna de las embarazadas incluidas en el presente estudio reportó haber sufrido violencia antes del embarazo.

2. En cuanto al tamizaje de sífilis materna a través de la prueba no treponémica VDRL, se pudo determinar que:

De las 72,702 embarazadas atendidas en las maternidades del MINSAL durante el año 2009, la base de datos del SIP consigna que el 63.6% (N= 46,215) fue tamizado antes de las 20 semanas de gestación, y el 44.1% (N=32,094) después de las 20 semanas de embarazo. Se encontró un total de 215 casos de embarazadas con VDRL (+).

Conclusiones

A pesar de que la hoja clínica perinatal (HCP), cuenta con una sección exclusiva para detallar sobre el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de las embarazadas con sífilis materna, No se encontró información en lo relativo a la confirmación del diagnóstico a través de la toma de la prueba treponémica FTA-ABS, ni en lo que respecta al tratamiento brindado a las mujeres VDRL (+) atendidas en las 28 maternidades que pertenecen a la red de establecimientos del MINSAL durante el año 2009.

3. No se pudo determinar (ya que no consta en los expedientes de la base de datos SIP 2009), si el manejo de las mujeres con sífilis materna incluyó el tamizaje y tratamiento específico de sus parejas sexuales en las 28 maternidades que pertenecen a la red del MINSAL durante el año 2009. Cabe aclarar que esta variable no era consignada con anterioridad en el HCP versión 2007 por lo que no se puede determinar (únicamente por la base de datos SIP) si la pareja recibió tratamiento.

4. A pesar de haber sido diagnosticados 215 casos de embarazadas con VDRL (+), se pudo constatar que el seguimiento de sus recién nacidos no fue adecuado, ya que se pudo documentar que sólo a 12 de ellos se les tomó la misma prueba, resultando (+) en cuatro casos. Esto podría estar revelando una grave falla en el sistema de referencia, un escaso interés de los prestadores de servicio que tuvieron a su cargo el ingreso y la atención de la embarazada durante el parto, o una pobre consignación de los datos en la historia clínica perinatal por parte del personal que tuvo a su cargo la atención de estos recién nacidos.

5. La prevalencia de la sífilis materna fue de 0.47% y la incidencia de la sífilis congénita fue de 5.1 por mil nacidos vivos en la población atendida durante su gestación en las 28 maternidades del MINSAL en el período comprendido entre enero y diciembre de 2009.

VIII. Recomendaciones

- 1.** Aumentar la cobertura de detección de sífilis y VIH en las embarazadas, mediante un llenado completo y sistemático de la HCP durante las atenciones en el prenatal, parto y puerperio, estableciendo monitoreo de la calidad del llenado de la HCP.
- 2.** Actualizar las normas de atención durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, agregando las recomendaciones vigentes para el tamizaje de Sífilis y VIH.
- 3.** Incrementar el parto por personal calificado, incorporando la vigilancia activa de mujeres con sospecha de sífilis para el manejo oportuno y adecuado de los recién nacidos.
- 4.** Incluir a la pareja (de acuerdo a disponibilidad institucional) durante el control prenatal, haciendo énfasis en la consejería, tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.
- 5.** Reforzar la vigilancia epidemiológica, a través del intercambio de información en forma periódica entre programa de VIH-SIDA, Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva en coordinación con Dirección de Vigilancia Sanitaria y Dirección de Tecnología e Información
- 6.** Actualizar al personal de salud en la prevención, tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno de la sífilis materna y congénita, de acuerdo a últimas evidencias científicas.
- 7.** Fortalecer el sistema de referencia y retorno entre los diferentes niveles de atención del MINSAL, facilitando el seguimiento de casos de Sífilis materna, congénita y VIH (+).
- 8.** Ampliar estrategias de información y educación con las adolescentes relacionadas con la prevención de la sífilis y de otras infecciones de transmisión sexual; mejorando para ellas el acceso a los servicios de planificación familiar.
- 9.** Facilitar el acceso al control prenatal precoz a toda adolescente embarazada, realizando el tamizaje para sífilis durante el embarazo en forma sistemática y proporcionarles el tratamiento a las que resulten seropositivas, contribuyendo a la reducción / eliminación de la sífilis congénita en el país.

IX. Bibliografía

- (1) Valderrama, J. "Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: Un problema grave de solución sencilla". Artículo publicado en la Revista Panamericana de la Salud. Vol. 16 No. 3. Washington. Septiembre, 2004.
- (2) Valderrama, J. "Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: Un problema grave de solución sencilla". Artículo publicado en la Revista Panamericana de la Salud. Vol. 16 No. 3. Washington. Septiembre, 2004.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe". 2010.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. "Eliminación de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Marco de Referencia para su implementación". 2005.
- (5) Centro latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. OPS. "Infecciones Perinatales Transmitidas por la Madre a su Hijo". Uruguay. Diciembre de 2008.
- (6) Organización Panamericana de la Salud. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe". 2010
- (7) Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington DC. Febrero de 2004. Hallado en: http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf.
- (8) Valderrama, J. "Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: Un problema grave de solución sencilla". Artículo publicado en la Revista Panamericana de la Salud. Vol. 16 No. 3. Washington. Septiembre, 2004.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. "Salud en las Américas, 2007". Volumen II- Países". Páginas 328 y 329.
- (10) Idem.
- (11) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. 2009.
- (12) Fescina, R. De Mucio, B. Agorio, C. "Sífilis congénita: Un Problema tan Antiguo como Actual". Uruguay. 2008.
- (13) Organización Panamericana de la Salud. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe". 2010.
- (14) Idem.
- (15) Organización Panamericana de la Salud. "Sífilis Materna y Sífilis Congénita: Definiciones de Caso". Tomado del Boletín Epidemiológico, Vol. 26 No. 1. Marzo de 2005. Washington D.C., 2005.

- (16) Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. "Infecciones Perinatales. Transmitidas por la Madre a su Hijo". Uruguay. 2008.
- (17) Organización Panamericana de la Salud. "Eliminación de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Marco de Referencia para su implementación". 2005.
- (18) Centro latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. OPS. "Infecciones Perinatales Transmitidas por la Madre a su Hijo". Uruguay. Diciembre de 2008.
- (19) Organización Panamericana de la Salud. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe". 2010.
- (20) Organización Panamericana de la Salud. "Sífilis Materna y Sífilis Congénita: Definiciones de Caso". Tomado del Boletín Epidemiológico, Vol. 26 No. 1. Marzo de 2005. Washington D.C., 2005.
- (21) Ministerio de Salud Pública Asistencia Social. "Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual". El Salvador, 2006.
- (22) Fuertes, Antonio. "Diagnóstico Serológico de la Sífilis". Servicio de Microbiología del Hospital Doce de Octubre. Madrid, España.
- (23) Centro latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. OPS. "Guías para el Continuo de la Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizada en APS". Uruguay. 2008.
- (24) Fuertes, Antonio. "Diagnóstico Serológico de la Sífilis". Servicio de Microbiología del Hospital Doce de Octubre. Madrid, España.
- (25) Centro latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. OPS. "Sistema Informático Perinatal. Hoja Clínica Perinatal y Formularios Complementarios. Instrucciones de llenado y definición de términos". Uruguay, 2010.
- (26) Ministerio de Salud Pública Asistencia Social. "Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual". El Salvador, 2006.
- (27) Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. "Infecciones Perinatales. Transmitidas por la Madre a su Hijo". Uruguay. 2008.
- (28) Organización Panamericana de la Salud. "Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe". 2010.
- (29) Ministerio de Salud Pública Asistencia Social. "Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual". El Salvador, 2006.

X ANEXOS

Tabla No. 31: Tamizaje y Diagnóstico de Sífilis en Mujeres Embarazadas antes de las 20 semanas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009.

Indicador	Fórmula	Valor
Proporción de mujeres con VDRL/RPR < 20 semanas con resultado -	Numerador: Mujeres con VDRL/RPR antes de las 20 sem con resultado (-) Denominador: Total de mujeres tamizadas con VDRL/RPR Constante: x 100 46,088/ 46,215	99.7%
Proporción de mujeres con VDRL/RPR < 20 semanas con resultado +	Numerador: Mujeres con VDRL/RPR antes de las 20 sem con resultado (+) Denominador: Total de mujeres tamizadas con VDRL/RPR Constante: x 100 127/ 46,215	0.3%
Proporción de mujeres no tamizadas con VDRL/RPR antes 20 semanas.	Numerador: Mujeres con VDRL/RPR antes de las 20 sem con resultado "no se hizo" o sin dato Denominador: Total de mujeres registradas. Constante: x 100 26,460 / 72,702	36.4%
Proporción de mujeres con sífilis confirmada por FTA antes de las 20 semanas de embarazo	Numerador: Mujeres con sífilis confirmada por FTA antes de las 20 sem de embarazo Denominador: Total de mujeres tamizadas Constante: x 100	Sin dato
Proporción de recidiva de sífilis en embarazadas.	Numerador: mujeres con tratamiento realizado durante el embarazo, con FTA + luego de las 20 sem. Denominador: total de mujeres con tratamiento realizado antes de las 20 sem Constante: x 100	Sin dato

Fuente: Base de datos SIP instalada en Maternidades del Ministerio de Salud. 2009

Tabla No. 32: Tamizaje y Diagnóstico de Sífilis en Mujeres Embarazadas después de las 20 Semanas en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el año 2009.

Indicador	Fórmula	Valor
Proporción de mujeres tamizadas con VDRL/RPR después de las 20 semanas.	Numerador: Mujeres con VDRL/RPR después de las 20 sem con resultado "sí se hizo" Denominador: Total de mujeres registradas. 32,094 / 72,702 (Constante: x 100)	44%
Proporción de mujeres no tamizadas con VDRL/RPR después de las 20 semanas	Numerador: Mujeres con VDRL/RPR después de las 20 sem con resultado "no se hizo" o sin dato Denominador: Total de mujeres registradas. 40,602/ 72,702 (Constante: x 100)	55.8%
Proporción (%) de mujeres con VDRL/RPR > 20 semanas con resultado +	Numerador: Mujeres con VDRL/RPR después de las 20 sem con resultado (+) Denominador: Total de mujeres tamizadas con VDRL/RPR después de las 20 sem. 97/ 32,094 (Constante: x 100)	0.30%
Proporción de mujeres con sífilis confirmada por FTA después de las 20 semanas de embarazo	Numerador: Mujeres con sífilis confirmada por FTA después de las 20 sem de embarazo Denominador: Total de mujeres tamizadas luego de las 20 sem (Constante: x 100)	SIN DATO
Proporción de mujeres en que no se reitera el VDRL/RPR luego de las 20 semanas	Numerador: mujeres con VDRL/RPR > 20 semanas, marcado como "no se hizo" o "sin dato". Denominador: total de mujeres tamizadas con VDRL/RPR realizado antes de las 20 sem. 40,602/ 46215 (Kte=100)	87.85%

Fuente: Base de datos SIP instalada en Maternidades del Ministerio de Salud. 2009. s SIP instalada en Maternidades del Ministerio de Salud. 2009

Tabla No. 33:
Tamizaje y Diagnóstico de Sífilis en los Recién Nacidos de Mujeres con Sífilis Materna en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud durante el Año 2009.

Variable	Indicador	Fórmula	Valor
Diagnóstico de Sífilis en los Recién Nacidos de madres con VDRL +	Proporción de recién nacidos con VDRL +	Numerador: RN con VDRL (+) Denominador: Total de RN tamizados. Constante: x 1000 $18 / 3,522$	5.1 x 1,000
	Proporción de recién nacidos no tamizados con VDRL	Numerador: RN con VDRL con resultado "no se hizo o s/d" Denominador: Total de RN Constante: x 1000 $69,176/72,702$	951 X 1000
	Proporción de recién nacidos de madres con VDRL (+) no tamizados con VDRL	Numerador: RN con madre VDRL (+) con resultado "no se hizo o "sin dato" Denominador: Total de RN de madres con VDRL (+) Constante: x 100 $203/215$	94.4%
	Proporción de recién nacidos con VDRL + en embarazo captados precozmente	Numerador: RN con VDRL (+) nacidos de mujeres con primer control entre 1 y 12 sem. Denominador: Total de RN nacidos de mujeres con primer control entre 1 y 12 semanas. Constante: x 1000	No es posible obtener los datos
	Proporción de recién nacidos con VDRL + en embarazos no controlados	Numerador: RN con VDRL (+) nacidos de mujeres con embarazos no controlados Denominador: Total de RN hijos de mujeres con embarazos no controlados. Constante: x 1000 $4 / 6063$	0.66 X 1000
	Proporción de recién nacidos con VDRL + en embarazos de mujeres analfabetas.	Numerador: RN con VDRL + nacidos de mujeres analfabetas. Denominador: Total de RN hijos de mujeres analfabetas. (Constante: x 1000) $4/5575$	0.72 x 1000
	Proporción de recién nacidos con VDRL + hijos de mujeres en situación de violencia.	Numerador: RN con VDRL + nacidos de mujeres en situación de violencia en algún trimestre del embarazo. Denominador: Total de RN hijos de mujeres en situación de violencia en algún trimestre del embarazo. Constante: x 1000 $0/40$	0

Fuente: Base de datos SIP instalada en Maternidades del Ministerio de Salud. 2009.

Tabla No. 34: Prevalencia de sífilis materna e incidencia de sífilis congénita en las 28 Maternidades del Ministerio de Salud de Enero a Diciembre de 2009.

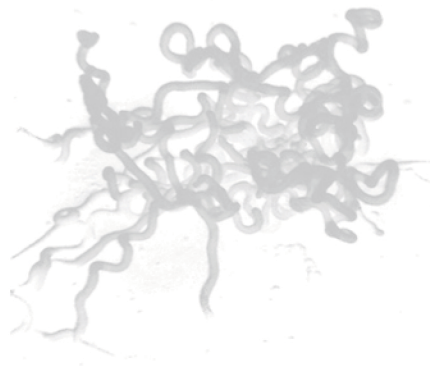
Indicador	Definición Operacional de la Variable	Valor
Prevalencia de Sífilis Materna	No. de embarazadas con VDRL positivo (antes o después de las 20 semanas de gestación) / Total de embarazadas tamizadas en el período evaluado. Constante: 100 215 /46,215	0.47%
Incidencia de Sífilis Congénita en red Ministerio de Salud durante 2009.	No. de recién nacidos con VDRL positivo / Total de nacidos vivos tamizados en el período evaluado. Constante: 1000 18/ 3522	5.1 X 1,000 nacidos vivos

Fuente: Base de datos SIP instalada en Maternidades del Ministerio de Salud. 2009.

Tabla No. 35: Distribución de Otras Variables de Interés. Ministerio de Salud. 2009

Indicador	Fórmula	Valor
Proporción de embarazos captados precozmente	Numerador: Mujeres con primer control entre 1 y 12 sem. de gestación. Denominador: Total de mujeres registradas. Constante: x 100 28,905 /72,702	39.7%
Proporción de embarazos captados tardíamente	Numerador: Mujeres con primer control después de las 12 sem. de gestación. Denominador: Total de mujeres registradas. Constante: x 100 28,402 /72,702	39.1%
Proporción de embarazos no controlados	Numerador: Mujeres sin controles consignados. Denominador: Total de mujeres registradas. Constante: x 100 7,240 /72,702	9.95%
Proporción de embarazos en mujeres analfabetas	Numerador: Mujeres analfabetas. Denominador: Total de mujeres registradas. Constante: x 100 6,087 / 72,702	8.4%
Proporción de embarazos en mujeres en situación de violencia	Numerador: Mujeres en situación de violencia en algún trimestre del embarazo. Denominador: Total de mujeres registradas. Constante: x 100 40 /72,702	0.05%
Proporción de embarazadas con estudio de VIH realizado	Numerador: mujeres con estudio de VIH realizado en algún momento del embarazo. Denominador: total de mujeres registradas. Constante: x 100 68164/72702	93.8%
Proporción de mujeres con VDRL + entre las que se realizaron estudio de VIH.	Numerador: mujeres VDRL + con estudio de VIH realizado Denominador: total de mujeres con estudio de VIH realizado Constante: x 100 201/ 68,164	0.29%
Proporción de mujeres con VDRL + entre las que tienen resultado VIH +	Numerador: mujeres VDRL + con estudio de VIH + Denominador: total de mujeres con estudio de VIH + Constante: x 1000 1 /74 14 X 1000	

Fuente: Base de datos SIP instalada en Maternidades del Ministerio de Salud. 2009.



Diagnóstico situacional
**de sífilis materna
y la sífilis congénita**
en las 28 maternidades
de la red de establecimientos
del Ministerio de Salud
durante el año 2009