UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS

Prevalencia de Sífilis materna y congénita en el Hospital Departamental de Rivera en el período 2017-2018.

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Maria Elisa Fuster

Br. Dalma González

Br. María de los Angeles Guarino

TUTORA: Prof. Adj. Dra. María Isabel Posada
CO TUTORA: Asist. Obst. Part. Claudia Goncales

Montevideo, Marzo 2022

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a la Escuela de Parteras por este pasar académico, que nos ha formado tanto como profesionales y como personas. A cada docente que dejó huella, al personal no docente que siempre ha estado para acompañarnos e impulsarnos.

Gracias a la tutora y co-tutora, quienes nos guiaron en esta instancia fundamental, aportando su granito de arena.

Gracias a las demás docentes, que, aun no siendo parte de este trabajo, nos motivaron a seguir adelante.

Agradecer a los amigos y amigas que han apoyado nuestros sueños.

Agradecer a las personas que conocimos transitando el mismo camino que nosotras, y que pasaron a formar parte de nuestras vidas como pilares.

Agradecer a nuestras familias, siempre presentes en cada paso, acompañando de forma incondicional en la adversidad y festejando cada logro.

TABLA DE CONTENIDO

Portada	1
Agradecimientos	2
Tabla de Contenido	3
Resumen	5
Introducción	7
Objetivos	10
Capítulo 1	11
Marco Teórico	12
1.1 Historia de la Sífilis a Nivel Mundial	12
1.2 Historia de la Sífilis en Uruguay	19
1.3 Características Generales de la Sífilis	25
1.4 Sífilis y Embarazo	35
1.5 Sífilis Congénita	46
Capítulo 2	61
Antecedentes	62
2.1 A Nivel Internacional	62
2.2 A Nivel Frontera Uruguay- Brasil	64
2.3 A Nivel Nacional	64

Capítulo 3 66

Metodología 67

3.1 Enfoque Metodológico 67

3.2 Universo Muestral 70

3.3 Caracterización de la Muestra 70

3.4 Datos de la Muestra 71

3.5 Criterios de Inclusión y Exclusión 71

3.6 Recolección de Datos 72

3.7 Procesamiento de Datos 72

3.8 Análisis y Discusión de Datos Obtenidos 73

3.9 Cronograma de Ejecución 74

Capítulo 4 75

Consideraciones Éticas 76

Referencias 78

Anexos 82

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad sistémica de evolución crónica, con períodos asintomáticos, causada por el Treponema Pallidum, siendo ésta una infección de transmisión sexual. Cada año hay más de 12 millones de nuevas infecciones por esta enfermedad en el mundo, de las cuales más de 2 millones se producen en mujeres embarazadas.

La sífilis materna y la sífilis congénita siguen vigentes y en aumento. En nuestro rol de Obstetras Parteras, debemos velar, en todas las etapas de la gestación, por la salud del binomio materno-fetal, considerando su cuidado como un universo a partir del cual se desarrollarán seres saludables.

El objetivo de este trabajo será analizar estadísticamente los casos de sífilis materna y sífilis congénita en hijos de mujeres que tuvieron su parto en el Hospital de Rivera en el período enero 2017- diciembre 2018. Siendo éste un Centro de Alta Natalidad, nos permitirá obtener y estudiar una muestra significativa para el estudio de esta patología.

La investigación propuesta se llevará a cabo ajustándose a un cronograma de 10 meses. Se realizará mediante un estudio mixto, combinación de un enfoque cuantitativo y cualitativo.

Desde el punto de vista ético, se tendrá en cuenta la confidencialidad e identidad de los entrevistados y de las Historias Clínicas ya que son un documento médico-legal.

Palabras Claves: **Sífilis, sífilis materna, sífilis congénita, embarazo.**

ABSTRACT

Syphilis is a systemic disease of chronic progression with symptom-free periods caused by the Treponema Pallidum, being this a sexually transmitted infection. Each year, there are more than 12 million new infections with that disease, in which more than 2 million cases occur in pregnant women.

Maternal and congenital syphilis still remain and rates continue to increase. In our Midwifery role, we must ensure - in all stages of gestation – the health of fetal-maternal interaction, considering its care like a universe from which healthy human beings will develop.

The aim of this paper is to make a statistical analysis of the cases of maternal and congenital syphilis in children of mothers having their deliveries at the Hospital de Rivera, from January 2017 to December 2018. Being this a center of high birth rate, will allow it to obtain and study a significant sample for this pathology.

The following paper will be carried out on a 10-month schedule. It will be carried out through a mixed study, combining a quantitative and qualitative data approach.

From the ethical point of view, the confidentiality and identity of the interviewees and the Medical Records will be taken into account since they are a medical-legal document.

Key words: Syphilis, maternal syphilis, congenital syphilis, pregnancy

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad sistémica de evolución crónica, con períodos asintomáticos, causada por el Treponema Pallidum, siendo ésta una infección de transmisión sexual en aumento en el mundo y en nuestro medio. Se calcula que cada año hay más de 12 millones de nuevas infecciones por espiroquetas en el mundo, de las cuales más de 2 millones se producen en mujeres embarazadas. (Bolomo G., Campoy M., Garritano M., Miraglia E, Gómez Sierra M., Ibáñez M., Alves E., Chiavassa A., 2016)

Con el objetivo de reducir la sífilis congénita, los Estados que integran la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre ellos Uruguay, aprobaron estrategias y planes de acción para eliminar la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita. Para contribuir al logro de estos objetivos, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha implementado estrategias complementarias, como capacitación a equipos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) y de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) de todo el país, así como mejoras en las herramientas de monitoreo como lo es el Sistema Informático Perinatal (SIP).

La gravedad del problema de la sífilis en la embarazada y de la sífilis congénita sigue vigente y en aumento; por lo que como futuras profesionales de la salud nos compete el rol de brindar información, educación y comunicación a la sociedad en forma urgente, desde el Primer Nivel de Atención.

En nuestro rol de Obstetras Parteras, debemos velar, en todas las etapas de la gestación, por la salud del binomio materno-fetal, considerando su cuidado como un universo a partir del cual se desarrollarán seres saludables. Es por esta razón que consideramos de

importancia la responsabilidad que debe asumirse durante la captación y el seguimiento de todo embarazo, de que se den a conocer a las gestantes todas las pautas a seguir, así como de aportar y controlar los tratamientos sugeridos en las Guías actualizadas para Prevención, Tratamiento y Eliminación de la Sífilis Congénita elaboradas por el MSP.

Es éste un tema de relevante importancia y preocupación para las Autoridades del MSP, las cuales han incluido esta patología dentro de los "Objetivos 2020".

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay está integrado por un sector público y un sector privado. Existen además proveedores de servicios para grupos específicos como la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas dependiente del Ministerio de Defensa, la Dirección de Sanidad Policial dependiente del Ministerio del Interior, el Banco de Previsión Social, y el Banco de Seguros del Estado.

En total Uruguay cuenta con 105 hospitales de los cuales 56 son públicos, 48 privados y uno universitario. (Aran D. y Laca H., 2011)

Uruguay se divide en cinco regiones: Metropolitana, Este, Centro-sur, Litoral y Norte. Dentro de la última queda comprendido Rivera, donde se realizará el presente estudio.

El Hospital Departamental de Rivera, es un centro de referencia donde se atienden alrededor de 65.000 personas al año. En el hospital, mensualmente, se controlan alrededor de 420 usuarias embarazadas en la Red de Atención Primaria (RAP), unas 80 de las cuales son atendidas en alto riesgo obstétrico, además de unas 70 usuarias embarazadas derivadas de localidades aledañas como Minas de Corrales, Vichadero, Tranqueras y zonas rurales; también usuarias brasileñas que concurren a dicho centro hospitalario por razones de proximidad geográfica al encontrarse en la frontera con Brasil. A su vez, al ser considerado como un Centro de Alta Natalidad, nos permitirá obtener y estudiar una muestra significativa

para el estudio de esta patología, teniendo factores sociodemográficos que son de riesgo en las poblaciones de tránsito entre los dos países. Todo ello nos facultará durante el desarrollo de nuestra profesión a realizar una adecuada promoción de la prevención, control del seguimiento de las pautas, así como también del tratamiento de la patología, desde el Primer Nivel de Atención.

OBJETIVOS

A- OBJETIVO GENERAL

Analizar estadísticamente la prevalencia de los casos de sífilis materna y sífilis congénita en hijos de mujeres que tuvieron su parto en el Hospital Departamental de Rivera entre el período 1 de enero 2017- 31 de diciembre 2018.

B- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Investigar el número total de mujeres que tuvieron su parto en el Hospital Departamental de Rivera en el período comprendido entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2018, identificar los casos con resultados reactivos de pruebas serológicas para sífilis.

-Analizar el número de recién nacidos con VDRL de cordón positivo al nacer, cantidad de neonatos con diagnósticos de sífilis congénita por el médico tratante, y tratamiento correspondiente.

-Conocer la percepción del equipo de salud sobre la situación de sífilis en mujeres embarazadas.

-Realizar un análisis relacionando la percepción del equipo de salud versus los resultados encontrados en la investigación.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 HISTORIA DE LA SÍFILIS A NIVEL MUNDIAL

Las Enfermedades de Transmisión Sexual conforman un serio problema dentro de la Salud Pública, constituyendo una epidemia a nivel de todo el mundo, dentro de la cual se encuentra la sífilis.

Se la conoce desde épocas remotas, incluso desde antes del siglo V. Al momento actual, si bien hemos mejorado los medios de tamizaje, diagnóstico, captación y tratamiento; su frecuencia ha ido en aumento, pese a ser una enfermedad prevenible y curable.

En Europa se toma conciencia de la enfermedad a partir del año 1500, aunque investigaciones plantean que la sífilis podría haber sido confundida con la lepra en períodos anteriores, e incluso en las citas bíblicas. (Turnes, 2007)

Paracelso, médico suizo de la antigüedad, dijo que madres sifilíticas engendraban hijos sifilíticos, reconociendo así la forma congénita de la transmisión vertical. (Turnes, 2007)

Resulta paradójico decir que si bien se sabe y se difunde que una relación sexual responsable y segura es capaz de prevenirla, esto no ocurre según lo esperado.

Se considera que “la civilización y la sifilización han avanzado siempre juntas”. (Berdasquera, D., Lazo. M.A., Galindo, B. y Gala, A., 2004)

Su agente microbiológico, el Treponema Pallidum (TP) es un patógeno exclusivamente humano, es decir que solo puede desarrollarse en el hombre, por lo cual su transmisión será sólo a través del contacto entre humanos, y del pasaje de la madre al hijo.

Es una bacteria de la familia Treponema, género Pallidum, muy fina, casi transparente, con características únicas que le facilitan su rápida inclusión celular y diseminación.

Produce una enfermedad que se caracteriza por períodos o fases, de curso agudo al inicio, pero que sin tratamiento adecuado evoluciona a la cronicidad, produciendo severas lesiones parenquimatosas que pueden causar la muerte del huésped.

Origen del nombre: La palabra sífilis deriva del nombre de un pastor llamado *Syphilus* el cual estaba presente en una historia que escribiera Girolamo Fracastoro en el año 1530, e inspirado en un poema de Ovidio, y quien alteró el nombre pasando a ser *Syphilis*. En dicha historia se castigaba al personaje cuyas costumbres sexuales eran muy liberales, con una enfermedad nueva caracterizada por su rápida transmisión capaz de producir epidemias, se transmitía por vía sexual y provocaba lesiones importantes y graves. (Berdasquera D., Lazo M.A., Galindo B. y Gala A., 2004)

También se la conoce con el término latín *Lúes* que significa sencillamente "epidemia".

Se la conoció como Enfermedad Venérea, término derivado del nombre de la Diosa del placer Venus, o Enfermedad Francesa, término derivado de la gran epidemia que se produjo luego de la conquista de Nápoles por los mercenarios que actuaron bajo el mando de Carlos VIII de Francia, los cuales participaron en múltiples orgías y violaciones. (Turnes L., 2007)

Teorías que explicarían el origen de la enfermedad: El origen sigue siendo confuso. Se han planteado dos teorías para explicarlo:

1- Teoría del Viejo Mundo o Teoría Unitaria: plantea el origen de la sífilis en África hace miles de años donde produjo una enfermedad llamada *yaws* que se extendió por el norte y este del continente a través del tráfico de esclavos por parte de Egipto, en el siglo III AC. Posteriormente se extiende a la Península Arábiga y Mesopotamia, y Europa del este (a través de las Cruzadas, siglos XII y XIV), y del oeste (a través de los viajes que los marinos españoles y portugueses realizaban por las costas de África, los cuales importaron la enfermedad junto a los esclavos negros, entre los siglos XII y XIII). (Borobio M., 2010)

2- Teoría del Nuevo Mundo o Teoría de Colón: manifiesta que luego de la llegada de Cristóbal Colón procedente de la Isla Española (actual Haití), acompañado de tripulantes españoles e indígenas, la enfermedad se esparció por el continente, a lo cual habría contribuido la guerra que se produjo por el sitio de Nápoles, donde también se enrolaron estos marineros al ejército francés de mercenarios, siendo responsable de la gran epidemia que la enfermedad causó en el siglo XV. (Borobio M., 2010)

Cronología de la enfermedad: A continuación, se expone la cronología de los principales acontecimientos históricos en la historia y tratamiento de la sífilis:

1493: se produce la 1° epidemia de sífilis traída a España por la tripulación de Cristóbal Colón proveniente desde la isla "española" (actual Haití).

1527: Jacques de Bethencourt es el primer autor, de origen francés, que escribe sobre la enfermedad, y la llama *Morbus Veneris* o enfermedad venérea.

1530: Gerolamo Fracastoro: describe la enfermedad y sus síntomas al detalle. Se introduce el término sífilis.

Siglo XVI (fecha no definida): Gabriel Falopio diseña el primer preservativo de tela que se amarraba con una cinta, tratando por primera vez de usar un método de barrera contra la enfermedad.

1736: Jeac Astruc escribe una obra llamada *"De Morbis Venereis"* donde recopila toda la información existente en esa época sobre las enfermedades venéreas.

1836: William Wallace introduce la droga Ioduro Potásico en el tratamiento de la sífilis, mayormente su uso en la fase terciaria.

1838: Philippe Ricord establece a la sífilis como una entidad nosológica propia y realiza el diagnóstico diferencial con la gonorrea.

1861: Jonathan Hutchinson establece las características de la sífilis congénita. Se establece la Tríada de Hutchinson y demás características de esta patología.

1876: Alfred Fournier describe el origen en la sífilis del tabes dorsal y de la parálisis general progresiva.

1905: Fritz Schaudin y Erich Hoffman son capaces de visualizar al agente causal, la Spirocheta Pallida denominada así por su escasa afinidad a los colorantes. Posteriormente pasaría a denominarse Treponema.

1906: August von Wasserman descubre la reacción humoral que permite el primer diagnóstico serológico de la enfermedad, denominada "reacción de Wasserman".

1909: Paul Erlich introduce la Arsfenamina o 606 (Salvarsán) en el tratamiento de la sífilis.

1913: Hideyo Noguchi demuestra la presencia del Treponema Pallidum en el cerebro de un paciente con sífilis y parálisis general progresiva, lo que le permite correlacionar como agente causal a esta bacteria en dicha patología.

1921: Robert Sazerac y Constantin Levaditi introducen al bismuto en el tratamiento de la sífilis.

1928: Alexander Fleming descubre el poder bactericida de la Penicilina.

1943: Jhon Mahoney, Richard Arnold y AD Harris introducen a la Penicilina en el tratamiento de la sífilis, y se demuestra su superioridad y eficacia frente a otros tratamientos anteriores.

1945: Benjamin Minge Duggar descubre la Clortetraciclina o Aureomicina.

1963: se sintetiza por primera vez la droga Doxiciclina luego de que se observara resistencia bacteriana al tratamiento con las primeras tetraciclinas debido a su uso abusivo.

1980s: se realiza el primer ensayo comparativo entre la Penicilina G y la Ceftriaxona en ratones. Este ensayo fue presentado por Laboratorios Roche. (Ros-Vivancos C., González-Hernández M., Navarro-García J.F., Sánchez-Payá J., González-Torga A. y Portilla-Gogorb J., 2018)

Con respecto al tratamiento debemos destacar que al principio se usaron muchos recursos terapéuticos como el mercurio, el guayaco, los yoduros, los arsenicales y el bismuto, para luego finalmente, en el siglo XX demostrar e introducir la Penicilina que resulta altamente eficaz.

El mercurio, utilizado desde el siglo XIII fue extremadamente tóxico y determinó muchas muertes de pacientes tratados con esta droga por el envenenamiento que les ocasionó. Se lo usó por diferentes vías y bajo diversas modalidades las cuales causaban gran daño al paciente. (Ros-Vivancos C., González-Hernández M., Navarro-García J.F., Sánchez-Payá J., González-Torga A. y Portilla-Gogorb J., 2018)

El guayaco no tenía la toxicidad del mercurio, pero tampoco fue eficiente para curar la enfermedad.

Los yoduros, y los arsenicales (Salvarsán o arsénico que salva, fue el primero utilizado), mostraron mejores resultados que los anteriores, pero requerían de un uso prolongado (9 meses al menos), y vieron que ocasionaba toxicidad frecuente y recurrencias. (Ros-Vivancos C., González-Hernández M., Navarro-García J.F., Sánchez-Payá J., González-Torga A. y Portilla-Gogorb J., 2018)

Personajes célebres con esta enfermedad: Se incluyen a continuación, algunos personajes célebres de la historia que han padecido la enfermedad o murieron a causa de ella:

- Tiberio, emperador romano.
- Papa Alejandro VI
- Rodrigo Borgia y su hijo César.
- Papa Julio II
- Enrique VIII de Inglaterra
- Rey Francisco I de Francia
- Rey Felipe II de España y su hijo Carlos portador de sífilis congénita.
- Rey Felipe IV de España
- Francisco José de Austria y su esposa la emperatriz Sissy
- Rey de Portugal Alfonso el loco.
- Pedro I de Rusia y su esposa Catalina.
- El Marqués de Sade.
- Lord Randolph Churchill, padre de Winston Churchill
- Franz Schubert, muere a los 31 años de sífilis
- Martín Alonso Pinzón: marino y explorador español que viajó con Colón, muriendo por la enfermedad contraída en el viaje.
- Cristóbal Colón
- Napoleón Bonaparte
- Lord Byron, poeta inglés.
- Charles Baudelaire
- Federico Nietzsche
- Vicent Van Gogh
- Paul Gauguin

- Al Capone
- Oscar Wilde

(Ros-Vivancos C., González-Hernández M., Navarro-García J.F., Sánchez-Payá J., González-Torga A. y Portilla-Gogorb J., 2018)

1.2 HISTORIA DE LA SÍFILIS EN URUGUAY

En 1906 a pedido del presidente José Batlle y Ordoñez, el Consejo Nacional de Higiene publica un folleto de 26 páginas sobre profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas, la realización de dicho folleto estuvo a cargo del médico Alfredo Vidal y Fuentes.

En el año 1915 el Doctor Manuel Quintela, transcribe un decreto del poder ejecutivo donde se aprueba un nuevo plan de estudios de la Facultad de Medicina incluyendo por primera vez la Clínica Dermosifilopática.

En el mismo año da sus orígenes en Uruguay la Sifilografía y se creó la Venereología, luego del hallazgo del treponema como agente de la sífilis. (Turnes L., 2007)

En 1917 se crea el Instituto Profiláctico de la Sífilis por el Consejo Nacional de Higiene designando al Doctor Juan Antonio Rodríguez como jefe del Dispensario Central y Director Técnico del Instituto. Uruguay de esta forma se convierte en el primer país en contar con una organización para la profilaxis de la sífilis llevada a todos los rincones de la nación con un plan sistemático y progresivo.

El Senador de la República Doctor Alejandro Gallinal elaboró un proyecto de Ley donde se cobraba un impuesto por cada hectárea de tierra dedicada a la ganadería, que se denominó Impuesto de Profilaxis contra la Sífilis, lo que fue primordial para el éxito de la lucha antivenérea, con estos mismos fondos se fundó el Palacio de la Salud Pública, donde se encuentra actualmente la sede de MSP. (Turnes L., 2007)

En los años siguientes se inició la elaboración de estadísticas de las enfermedades venéreas como base indispensable para adoptar políticas sanitarias.

Por el año 1920 la sífilis comenzó a ser incumbencia de ginecólogos y urólogos. (Turnes L., 2007)

En lo que concierne a Uruguay previo al año 2000, la sífilis era una gran olvidada.

Luego de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y su instancia evaluatoria conocida como Cairo donde participó una delegación oficial uruguaya, se instauraron a través del MSP (Uruguay) programas en SSyR. El primer documento es el Programa Maternidad y Paternidad Elegida, que no incorpora la sífilis en general, menos aún la sífilis congénita o la sífilis gestacional. El programa se centraba especialmente en la capacidad de decidir sobre el número de hijos, por ello, el acceso a métodos anticonceptivos es un capítulo fundamental en la SSyR.

Un poco más adelante en la línea del tiempo, comienza una etapa de incorporación de las infecciones de transmisión sexual y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA) al área de la SSyR, aún sin destacarse la sífilis. (Benia W., Alemán A., Vázquez J., 2011)

En el 2003 se presentan las Normas de Atención Integral de la Salud en la Adolescencia, las que incluyen un capítulo sobre consejería en Infección de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA nombrando "tipos de agentes de infecciones de transmisión sexual: hongos, tricomonas, clamidias, VIH, hepatitis B y sus respectivos signos y síntomas" ignorando mencionar la sífilis y sus aspectos clínicos.

En el año 2004 se emite el Decreto N° 64/004 Reglamentación del Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria, categorizando a la sífilis congénita en el Grupo A, de enfermedades que deben ser notificadas de forma inmediata por la vía de comunicación más rápida posible. Mientras tanto, la sífilis en adultos, no aparece como enfermedad de notificación obligatoria.

En ese mismo decreto la OPS incluyó la eliminación de la sífilis congénita en su plan de trabajo durante el periodo 2004-2005, las recomendaciones necesarias para llevar a cabo esta iniciativa se compilan en el documento "Eliminación de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Marco de referencia para su implementación".

En el 2005, entre las metas del Programa Prioritario de ITS-SIDA se indica “lograr el 100% de las mujeres embarazadas, con control efectivo y acceso a tratamiento antirretroviral y para ITS; eliminación de la sífilis congénita”.

Durante el año 2007 se crea en Uruguay la Comisión Nacional para la Eliminación de la Sífilis Congénita.

Ese mismo año, se elaboran además las Guías para el Abordaje Integral de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención por el Programa Nacional de Adolescencia, en el capítulo de medidas preventivas para la transmisión vertical se plantea “realizar tratamiento de ITS, en especial de sífilis durante el embarazo, parto y amamantamiento, de las adolescentes y de su/s parejas sexuales”.

También en el año 2007, el MSP lanza las primeras Normas de Atención a la Mujer Embarazada, en donde se menciona realizar tamizaje para sífilis en la captación y en el caso de tener resultado negativo, repetir a las 30-32 semanas.

Hacia el año 2008, como consecuencia de las pruebas del alza constante de casos de sífilis congénita y sífilis gestacional, se toman acciones a nivel del SNIS, redacción y reedición de guías clínicas, sistemas de vigilancia epidemiológicas, comunicados a equipos de salud, campañas de sensibilización a la población, etc.

A finales de diciembre del mismo año se emite la ordenanza N°82 Ref 4591/2008, que modifica el Decreto del Poder Ejecutivo N° 64/004 mencionado anteriormente, incluyéndose ahora en el Código Nacional de Enfermedades de Notificación Obligatoria a “todo caso sospechoso o confirmado de sífilis en todas sus manifestaciones, incluyendo: sífilis congénita, sífilis de la embarazada, sífilis del adulto… Todo caso de óbito fetal”.

En 2009 se actualizan las Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico de las ITS, prestando especial atención en la sífilis, planteando las

principales características clínicas y el tratamiento durante el embarazo, de una forma no directa, orientan también sobre la prevención de la sífilis congénita.

La organización entre el MSP con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) permitió progresar, especialmente en la zona metropolitana, en la aplicación de los test rápidos para sífilis en consultas de captación de embarazo, proporcionando así el tratamiento de forma correcta.

Por otro lado, en el laboratorio de la Red de Atención del Primer Nivel, el número de VDRL pasó de 15.760 a 23.356 del 2007 al 2009, detectando una prevalencia de casos positivos cercana al 10%. Datos que surgen de las jornadas de Atención Primaria en Salud, Jornadas de Atención Primaria de Salud de la Red de Atención de Primer Nivel, RAP-ASSE realizada en el año 2009.

En los años 2008, 2009 y primer trimestre del 2010 es cuando se ve una mayor presencia de autoridades ministeriales en medios de comunicación, para poner en práctica acciones de sensibilización y prevención sobre la sífilis congénita y la sífilis gestacional dirigidos hacia la población.

En el año 2010, los Estados Miembros de la OPS, entre ellos Uruguay, aprobaron la Estrategia y Plan de Acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita, cuyo objetivo es la reducción de la incidencia de sífilis congénita a 0.5 casos o menos cada 1000 nacidos vivos, entre otros.

En ese mismo año el MSP en el Uruguay implementó varias estrategias complementarias para contribuir al logro de estos objetivos con el nombre de “Plan de Impacto para disminuir la transmisión vertical de sífilis 2010-2015”. Durante los años posteriores el MSP se ha visto en la obligación de mejorar las estrategias propuestas, desarrollando guías que mejoren la calidad de la atención en SSyR, promoviendo el

diagnóstico y tratamiento oportuno a la mujer embarazada, su pareja y/o contactos sexuales, así como también la capacitación del personal de la salud.

En 2011 el Observatorio en Género y SSyR, programa de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) confecciona folletería sobre sífilis especialmente dirigida a las mujeres.

En el 2012 el MSP difunde la ordenanza N° 447-2012 donde se indica ofrecer test rápidos de VIH y sífilis a todas las embarazadas.

En el año 2013 el MSP promulgó la Guía Clínica para la Eliminación de la Sífilis Congénita y Transmisión Vertical del VIH.

A partir del mismo año, las Auditorías de Sífilis comenzaron a implementarse en todo el territorio nacional, con el objetivo de monitorizar la aplicación de la Ordenanza Ministerial Nº 447-2012.

En el año 2014 el MSP difunde las nuevas Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. En esta, en el capítulo dedicado a sífilis, menciona que a la mujer embarazada "se le debe ofrecer tamizaje con pruebas no treponémicas en tres oportunidades: primer control, entre las 18 y 23 semanas y en el tercer trimestre."

Este año, además, se incorporó al sistema de notificación obligatoria, la modalidad online a través de la web del MSP.

En el año 2015 el MSP lanza una actualización de la Guía Clínica para la Eliminación de la Sífilis Congénita y Transmisión Vertical del VIH.

En el año 2018 el MSP crea una nueva "Guía de Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual", en la que se incluye un capítulo especial para la sífilis.

El 12 de junio de 2019, el MSP resuelve "autorizar a las Obstetras Parteras a la indicación y administración del tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas y su/s

pareja/s sexual/sexuales, una vez que la misma es detectada. Para ello dichas Profesionales deberán cumplir con las guías y normativa vigentes en la materia".

1.3 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA SÍFILIS

Es una enfermedad endémica, infectocontagiosa, producida por una bacteria específica (espiroqueta) denominada Treponema Pallidum.

Es una enfermedad sistémica, de evolución crónica sin tratamiento adecuado, curable, y exclusiva del ser humano. (Arena Faroppa J., Berro Dubourg P., Pereira Peña J., Polto J., 1999).

Es una enfermedad de Declaración Obligatoria a la División Epidemiología del Ministerio de Salud Pública.

A- Agente

Treponema Pallidum: es una bacteria de la familia Espiroqueta, género Treponema, Especie Pallidum.

Se encuentra compuesta por 8 a 20 espiras enrolladas que le permiten su movimiento de rotación.

Es de forma alargada, helicoidal o espiral, y muy delgada por lo cual no puede ser observada con el microscopio óptico tradicional. Mide entre 5 a 20 micras de longitud y 0.1 a 0.4 micras de diámetro.

Presenta membrana celular a nivel de la cual contiene filamentos axiales denominados endoflagelos los cuales les permiten movilizarse (lentamente) y fijarse a un polo de las células a nivel del cual realizan un movimiento giratorio en “sacacorchos”.

Son anaerobias, y anaerobias facultativas.

No se tiñen con la Tinción de Gram, y para ser visualizadas se utiliza Microscopio con Campo Oscuro de Contraste de Fase con tinción argéntica o IFD (inmunofluorescencia directa, siendo específica con uso de anticuerpos monoclonales).

Se utilizan muestras tomadas de lesiones húmedas o a partir de extracción biópsica de ganglios linfáticos.

Sobrevive hasta 4 días a 4 grados centígrados, algunas horas a temperatura ambiente y solo una hora a 41,5 grados; no resisten la desecación. No forman esporas.

Patógeno Parásito cuyo único reservorio es la Especie Humana.

No es posible cultivarlas In Vitro sino en cultivos Hísticos.

No se conoce que presente resistencia a la penicilina.

Muy sensible a jabones y desinfectantes comunes.

(Arena Faroppa J., Berro Dubourg P., Pereira Peña J., Polto J., 1999).

B- Vías de Transmisión

Se transmite de cinco formas, siendo dos de ellas las más relevantes para este trabajo que se estará llevando a cabo, la vía sexual y la vertical.

Sexual: es la forma más frecuente. El contacto puede ser genital, bucogenital y anogenital.

Se produce por contacto directo con las lesiones presentes en los estadíos primario o secundario. En estos casos, el contacto de las mucosas, o de la piel erosionada, con las lesiones que presentan gran cantidad de estas bacterias, produce la penetración de las mismas las cuales alcanzan los ganglios linfáticos en pocas horas, y luego se diseminan rápidamente por el organismo produciendo una enfermedad que, desde etapas precoces, se torna sistémica.

Transplacentaria o Vertical: es la transmisión de la enfermedad de la madre a su hijo por vía de los vasos placentarios. Hasta las 18 semanas de gestación la placenta es una barrera bastante eficaz para impedir el pasaje de las espiroquetas al feto, pero luego el riesgo aumenta, dependiendo todo esto del grado de espiroquetemia materna.

Se han podido demostrar casos en los que a través del estudio con Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) del Líquido Amniótico o en tejidos fetales, hay paso transplacentario de Treponema Pallidum en las semanas 9-10 de estación.

Perinatal: el contagio al nacimiento es posible cuando el producto de la gestación es expuesto a un canal de parto infectado.

Transfusional: es una vía de contagio que sucede muy rara vez, pero aún posible, debido a que la espiroquetemia es muy breve, y las espiroquetas sobreviven muy pocos días a 4 grados centígrados que es la temperatura a la que suele conservarse la sangre para transfundir. En Uruguay se le realiza tamizaje al 100% de las donaciones.

Inoculación accidental: en personal que manipula muestras de laboratorio.

(Arena Faroppa J., Berro Dubourg P., Pereira Peña J., Polto J., 1999).

C- Fases de la enfermedad

En ella se distinguen diferentes períodos o fases, los cuales son evolutivos:

Período de Incubación**:** es el período que transcurre entre el momento del contagio y el momento de aparición de los signos clínicos. Éste suele ser asintomático o acompañarse de un síndrome de impregnación viral inespecífico. Suele durar aproximadamente 3 semanas.

Fase Primaria (Sífilis Primaria): Suele durar entre 3 y 5 semanas que es el período en el que aparecen las lesiones características de la sífilis hasta su desaparición, aunque se han reportado casos de pacientes en las que estas lesiones pueden persistir hasta el inicio de la fase secundaria.

La lesión característica se denomina Chancro Sifilítico y se trata de una lesión de bordes y límites netos y sobreelevados, cuya superficie es indurada, y que delimitan una lesión erosiva, de fondo limpio, no purulenta, siendo característicamente indolora. Su tamaño es variable, entre 2 y 20 mm. Suele ser única, aunque en mujeres inmunodeprimidas pueden

ser múltiples. La localización de la misma es variable pudiendo localizarse en la mujer en el cérvix, pared vaginal, vulva, región perianal, siendo más raramente extragenital (cavidad oral, labio, recto). Debido a esta variedad de localizaciones puede pasar inadvertida, siendo importante recalcar que es una lesión que se encuentra colonizada por treponemas y es altamente contagiosa.

Además de esta lesión característica, puede parecer una adenopatía regional, satélite al área en la que se origina, de caracteres inflamatorios (linfadenitis inespecífica).

Fase Secundaria (Sífilis Secundaria)*:* puede verse entre las 2 y 12 semanas posteriores al contagio, estimándose en una media de 6 semanas.

Se caracteriza por la aparición de las lesiones más reconocidas de la infección que surgen como resultado de la diseminación sistémica de la misma.

Fase de Latencia: se caracteriza por la ausencia de síntomas y signos, y puede extenderse durante meses o años. En base a este criterio se habla de una Fase de Latencia Precoz cuando dura menos de 1 año, y Fase de Latencia Tardía cuando dura más de 1 año, incluso varios años.

En esta fase debemos destacar que, si bien hay ausencia de manifestaciones clínicas, se trata de un período de la enfermedad biológicamente activo ya que continúa la progresión de los daños parenquimatosos en el huésped. En esta Fase la detección de la enfermedad se realiza con pruebas serológicas que detectan los anticuerpos en sangre.

No es raro observar que pacientes reciben antibióticos para tratar otras afecciones los cuales puedan curar la sífilis latente y ser responsables de la inusual aparición del período latente tardío de la enfermedad en países desarrollados.

Fase Terciaria (Sífilis Terciaria)*:* es una etapa en la que se observa un mayor y progresivo daño parenquimatoso y suele observarse varios años o décadas después de la infección inicial. Desde el punto de vista clínico se puede dividir en:

1- Sífilis Terciaria Benigna Gomosa: caracterizada por la presencia de Gomas que son tumores blandos, inflamatorios y destructivos que afectan piel y otros órganos.
2- Sífilis Terciaria Benigna ósea que produce lesiones inflamatorias o destructivas con intenso dolor.
3- Sífilis Cardiovascular: que suele manifestarse entre 10 a 25 años después, produciendo aneurisma de aorta ascendente, insuficiencia aórtica y patología de las coronarias.
4- Neurosífilis que puede producir fundamentalmente las siguientes patologías: Meningitis, afectación meningovascular, meningoencefalitis con paresia o demencia, y tabes dorsal (ataxia locomotora), artropatía neurogénica, y otras patologías menos frecuentes.
Las lesiones presentes en esta fase tardía, hoy en día, debido a los controles serológicos en masa de la población, suele no verse debido a que existe tratamiento específico efectivo. (Arena Faroppa J., Berro Dubourg P., Pereira Peña J., Polto J., 1999).

D- Signos y síntomas

1- En el 90 % de los casos ocasiona manifestaciones cutáneas conocidas como Dermatitis Sifilítica que se caracteriza por una amplia variedad de lesiones, pudiendo estar cualquier superficie del cuerpo comprometida.

Se caracteriza por ser simétrica, predominando en palmas y plantas, con lesiones generalmente redondeadas u ovaladas, a menudo escamosas, algunas coalescentes entre sí, produciendo lesiones más grandes pero que, en general, no producen prurito ni dolor. Cuando se asientan en cuero cabelludo pueden producir una frecuente alopecia areata, es decir pérdida del cabello en parches. También puede haber ulceraciones superficiales en vagina y orofaringe.

Condilomas Planos: son pápulas cutáneas que suelen localizarse en las uniones mucocutáneas y en las regiones húmedas de la piel como en los genitales, región perianal,

surco submamario, etc. Son pápulas planas, ligeramente sobreelevadas, a menudo circulares, de color rosado mate, grisáceo o blanco con borde eritematoso (boca, fauces, laringe, vulva, recto). Es importante recalcar que son lesiones altamente infectantes.

2- Aproximadamente el 50 % de los pacientes presentan adenopatías que suelen ser generalizadas que se asocian a ganglios linfáticos duros, indoloros y bien delimitados, asociados además con hepatoesplenomegalia.

3- Durante la presentación de estos síntomas el paciente suele presentar fiebre, anorexia, náuseas y cansancio.

4- Un 10 % de los pacientes manifiestan lesiones en otros órganos como meningitis leves, uveítis y retinitis (ojo), periostitis (huesos), artralgias (articulaciones), glomerulonefritis (riñón), hipoacusia o sordera (oído), etc.

(Arena Faroppa J., Berro Dubourg P., Pereira Peña J., Polto J., 1999).

E- Diagnóstico

El diagnóstico de sífilis es presuntivo frente a la presencia de los hallazgos clínicos anteriormente citados. Para su confirmación debemos valernos de métodos paraclínicos

1-Métodos Directos: es fundamental el estudio microscópico mediante Fondo Oscuro cuando realizamos búsqueda de Treponemas en las lesiones, especialmente en las Fase Primaria y Secundaria las cuales presentan una elevada espiroquetemia. El hallazgo de Treponemas en las lesiones asegura el diagnóstico de sífilis, aún con pruebas serológicas negativas. Recordemos que en la fase Primaria las pruebas serológicas pueden ser negativas en las primeras 2 a 3 semanas (Período de Ventana).

2- No siempre pueden existir lesiones ostensibles, y, además, por la imposibilidad de cultivar el germen in Vitro, cobran vital importancia los Métodos Indirectos o Serológicos.

Hoy en día se utilizan dos tipos de pruebas serológicas para el diagnóstico de sífilis las cuales, si bien son muy útiles, tienen una significación diferente:

- Pruebas No Treponémicas

- Pruebas Treponémicas

Pruebas No Treponémicas: evalúan la presencia de anticuerpos no treponémicos. Hay dos tipos de estas pruebas:

- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory): es una prueba de microaglutinación en lámina que detecta la presencia de anticuerpos no treponémicos (en cubreobjetos).
- RPR (Rapid Plasma Reagin): utilizan la reacción de la reagina plasmática rápida, en tarjetas. Hoy en día es usada por la mayoría de los laboratorios, reservando el VDRL para estudio del Líquido Cefalorraquídeo.

Ambas pruebas se informan como la mayor dilución con la que se obtiene un resultado completamente positivo y sirven para diagnosticar infección en curso, tratada o no, así como la respuesta al tratamiento. Suelen hacerse reactivos entre las 4 y 8 semanas de la infección por lo cual en etapas precoces pueden ser negativos (falso negativo), así también cuando los títulos son demasiado elevados (efecto Prozona).

Asimismo, pueden verse falsos positivos en otras situaciones independientes de la sífilis como en el propio embarazo, lupus eritematoso y otras mesenquimopatías, endocarditis, inmunizaciones, anticuerpos antifosfolipídicos, tuberculosis, lepra, malaria y otras infecciones.

Ambos test son de similar eficacia, aunque los valores cuantitativos de ambos son diferentes.

Como criterios diagnósticos, siempre deben ser informados cuantitativamente:

- Valores de hasta 4 UI se consideran falsos positivos, o pueden ser hallados en personas tratadas.

- Valores de 8 o más UI se consideran positivos, con infección activa.
- Es necesario un cambio en más de al menos 2 diluciones para considerar que el cambio clínico es significativo (Ej.: 1/8 a 1/32).

La única forma de controlar la respuesta al tratamiento es la reducción significativa de estos títulos, si bien en la mayoría de los pacientes se vio que luego del tratamiento adecuado estas pruebas se negativizan, se observó que la reducción es lenta y a menudo incompleta por lo cual algunos pacientes persisten con valores positivos.

Se considera actualmente que una respuesta serológica adecuada como respuesta a un tratamiento bien realizado, es la reducción de al menos 4 veces en los títulos no treponémicos para el tratamiento de la sífilis precoz en menos de un año, y de 2 años para la sífilis latente tardía.

Pruebas treponémicas: son pruebas de laboratorio específicas, más sofisticadas y costosas, siendo las más utilizadas en nuestro medio son:

- FTA-abs: Fluorescent Treponemal Antibody Absorption test.
- TPHA: Treponema Pallidum Haemagglutination Assay.

Pruebas Rápidas: se utilizan a la cabecera del paciente, es decir que permiten realizar diagnósticos rápidos sin perder la oportunidad de diagnosticar y tratar a él/la paciente, de manera rápida y segura. Se utiliza bajo forma de “tirillas” reactivas inmunocromatográficas que utilizan antígenos recombinantes de Treponema Pallidum para detectar IgG o IgM en sangre total obtenida por punción digital en forma rápida. Producen un cambio de color en presencia de sangre (o suero) de un paciente con anticuerpos para la sífilis en menos de 30 minutos. Su sensibilidad y especificidad son comparables a las Prueba Treponémica de laboratorio y son especialmente útiles cuando no se cuenta con las pruebas estándar.

Las Pruebas Treponémicas son pruebas más sensibles que las Pruebas No Treponémicas, y específicas (95-98%) porque miden los anticuerpos anti-treponémicos

circulantes por lo cual se mantienen positivas de por vida. Presentan Falsos Positivos en menos del 1% de la población en patologías tales como otras enfermedades producidas por espiroquetas: Enfermedad de Lyme, Fiebre por mordedura de ratas y Leptospirosis; en la Mononucleosis y en pacientes que son adictas a drogas por vía parenteral. Para su planteo particular es necesario contar con el antecedente epidemiológico infectivo. En base a esto, cuando una Prueba Treponémica es positiva y no se refiere tratamiento previo y/o no se cumplen los antecedentes epidemiológicos para las otras patologías, la enfermedad debe tratarse como sífilis.

Importante*:* Las Pruebas Treponémicas deben ser solicitadas siempre frente a una respuesta VDRL o RPR (Pruebas No Treponémicas) positivas, para confirmar el diagnóstico de sífilis.

Debido a lo antes expuesto, son muy útiles para diagnóstico positivo de sífilis, pero no son útiles para valorar la respuesta al tratamiento, más aun teniendo en cuenta que no se informan desde el punto de vista cuantitativo sino desde el punto de vista cualitativo, es decir, reactivas o positivas, y no reactivas o negativas, sin cuantificación, porque nunca se negativizan a lo largo de la vida.

(Arena Faroppa J., Berro Dubourg P., Pereira Peña J., Polto J., 1999).

Según las normas que dicta el MSP de Uruguay, las cuales estableciera en su edición del año 2015, se debe realizar control de la embarazada con pruebas serológicas*: "*en el primer control, entre las 18 y 23 semanas, y en el 3er trimestre, antes de la semana 32 de gestación*"* (Ordenanza Ministerial 427/12). (MSP, 2015)

En casos de embarazos no controlados, así como cuando se sospeche reinfección, en aquellas pacientes en las cuales habrá dificultad para que concurra a su control y seguimiento, en aquellas pacientes que concurren en trabajo de parto, se deberían realizar de preferencia las Pruebas Treponémicas rápidas, sin perjuicio de que estas mismas Pruebas Treponémicas

se ofrezcan al resto de las embarazadas y a sus contactos sexuales, los cuales deben ser investigados. De esta forma no se pierde la oportunidad de brindar tratamiento lo antes posible.

En aquellos centros en los cuales se cuenta con Pruebas Treponémicas rápidas, son éstas las pruebas aconsejables; en aquellos lugares en las que no se cuenta con dichas pruebas, se utilizarán las Pruebas No Treponémicas. (MSP, 2014)

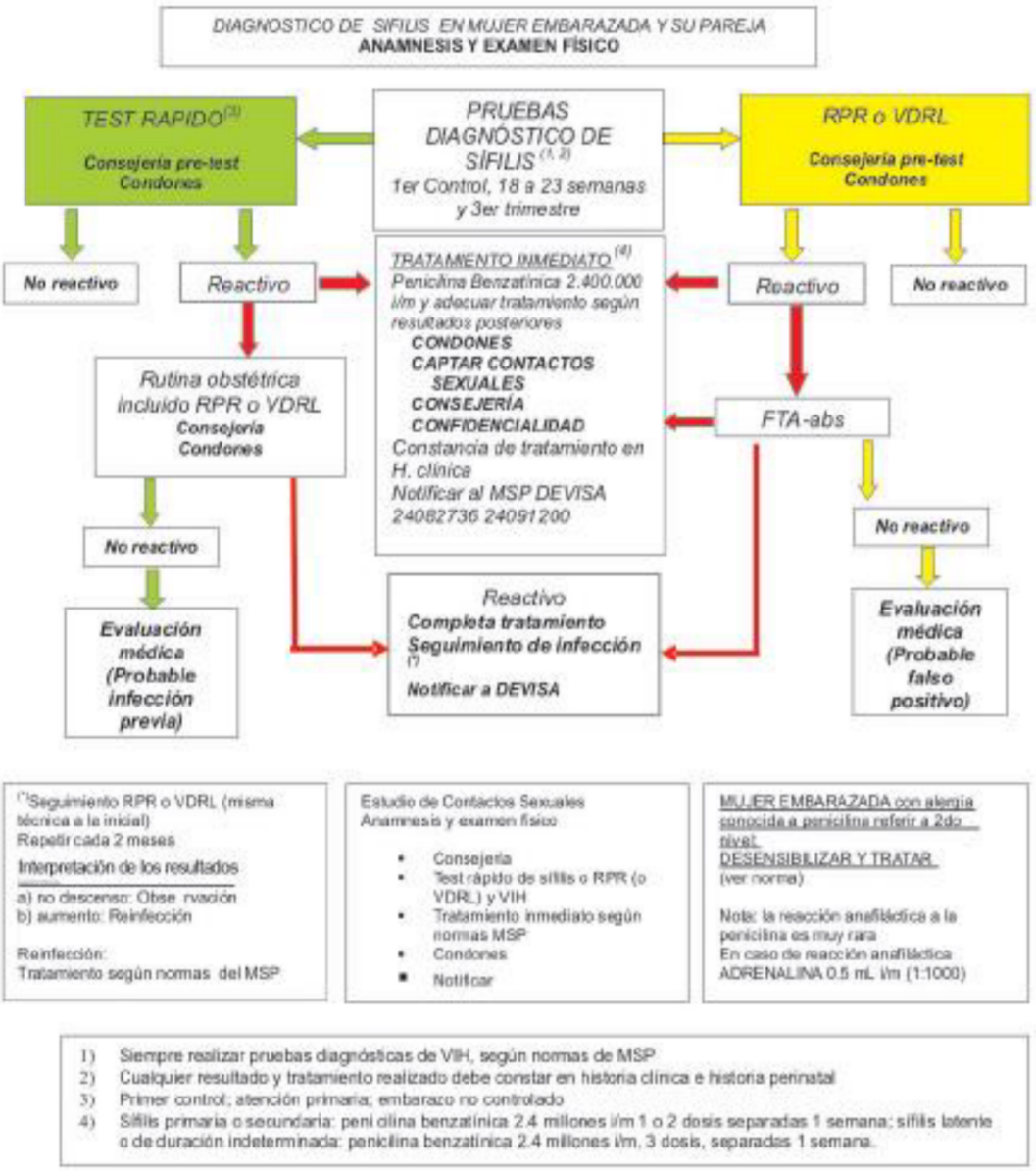
1.4 SÍFILIS Y EMBARAZO

Se denomina sífilis gestacional o sífilis materna. Es una enfermedad que afecta en forma progresiva y global a todo el período reproductivo. Además, durante el embarazo que transcurre con sífilis, se observa una mayor duración y expresión de las lesiones debido a hipervascularización, congestión y anergia. Los períodos (y las lesiones presentes en cada uno de ellos) suelen superponerse y prolongarse. (OPS, 2010)

La OPS recomienda la siguiente definición de sífilis materna:

"Toda mujer embarazada o puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica de la enfermedad (úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o pruebas treponémicas (incluidas las pruebas treponémicas rápidas), o pruebas no treponémicas positivas o reactivas, que no ha recibido tratamiento adecuado antes de la 20° semana de gestación (y como mínimo 30 días antes del parto) para la sífilis, en la presente gestación". (OPS, 2010)

FIGURA 1: Algoritmo diagnóstico en la mujer embarazada y su pareja. (MSP, 2015)



A-Factores de Riesgo

Entre los factores de riesgo para la transmisión de la sífilis en mujeres gestantes y no gestantes se encuentran los siguientes:

- Inicio de relaciones sexuales a temprana edad.
- Prácticas sexuales de alto riesgo (sexo vaginal, anal u oral, sin protección).
- Actividad comercial sexual.
- Consumo de drogas ilícitas y alcohol.
- Diagnóstico de otra enfermedad de transmisión sexual (ETS).
- Compañero sexual diagnosticado con otra ETS.
- Ausencia de control prenatal o control prenatal inadecuado.
- Vivir en zonas de alta prevalencia, o de difícil acceso a los centros de salud.
- Infección temprana con respuesta inmune aún no detectable, o inadecuada interpretación de las pruebas diagnósticas.
- Cambios propios del embarazo como hiperemia, ectropión o friabilidad

(Casas R. L., Rodriguez M., Rivas J., 2009)

B- Transmisión al feto

La infección al feto se produce por vía vertical o transplacentaria, aunque también cuando se expone al feto a un canal de parto con lesiones sifilíticas.

Ha podido demostrarse pasaje transplacentario de Treponema Pallidum ya desde las semanas 9-10 de la gestación, si bien lo más probable es que ocurra a partir de la semana 16-18 en que la capa de células de Langhans completa su atrofia permitiendo más fácilmente el pasaje del Treponema Pallidum; en esta etapa el feto es capaz de desarrollar una respuesta inmune a la infección.

Es además importante tomar en cuenta el grado de espiroquetemia materna:

- Cuando la madre cursa la primera o segunda etapa de la infección el grado de espiroquetas circulantes es muy elevado y la transmisión al feto es cercana al 100%.

- En la etapa de Latencia, sobre todo tardía, la espiroquetemia es episódica y la transmisión puede reducirse hasta un 20 a 30%.

- La infección fetal antes de las 16 semanas es poco frecuente.

- Cuando la gestante se infecta en las primeras semanas de gestación el daño fetal es severo, aunque se ha visto que pocas terminan en Aborto Espontáneo.

- Cuando la gestante se infecta luego de las 16 semanas de gestación, y no fue adecuadamente tratada, un 29,2% termina en Aborto Espontáneo, un 13,3% produce Muerte Fetal al Término (Mortinato), y 25% presenta Parto Prematuro; un 22% tendrá hijos con manifestaciones clínicas de infección congénita.

- La infección de la madre al final del embarazo ocasionará una transmisión al feto muy importante, aunque se estima que aproximadamente el 60 % de los hijos tendrán apariencia normal al nacer, pero desarrollarán la enfermedad de 2 semanas a 3 meses después del parto.

- De todo el conjunto de embarazadas con sífilis no tratada, sólo un escaso 20% tendrá un parto a término con un hijo sano, es decir que un 80% de los recién nacidos tendrán algún grado de complicación.

-La principal causa de la mortalidad asociada a sífilis congénita es la prematurez.

Teniendo en cuenta esto, debemos tener presente que, en la madre tratada durante el embarazo, las probabilidades de afectación fetal disminuyen considerablemente, para esto es fundamental la captación temprana de la embarazada.

(Moraes, M. y Estevan, M., 2012)

C- Niveles de Prevención

Se consideran tres Niveles de Prevención (es decir de las medidas que tienden no solamente a prevenir la enfermedad sino también a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida).

-Primario*:* son las medidas que tienden a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y de los factores predisponentes o condicionantes.

-Secundario*:* serán aquellas acciones que nos permitan un diagnóstico temprano de la enfermedad, la captación oportuna y el tratamiento adecuado.

-Terciario*:* son aquellas medidas que aplicamos para poder lograr un correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Es fundamental el seguimiento y control de la paciente para evitar la progresión de la enfermedad con sus respectivas complicaciones graves, aplicar un correcto tratamiento y medidas de rehabilitación que sean capaces de mejorar tanto su calidad como su expectativa de vida.

(Redondo Escalante P., 2004)

En el nivel primario es sumamente importante actuar sobre la población desde la infancia, con promoción de salud, poniéndolos en conocimiento de los factores de riesgo para contraer la enfermedad, atención a niños y adolescentes con instrucciones específicas sobre cómo evitar las Enfermedades de Transmisión Sexual, facilitar el acceso a preservativos en servicios de salud, y en comercios, consulta y controles preconcepcionales para detectar y tratar enfermedades previas al embarazo, y destacar la importancia de los controles obstétricos tempranos y regulares.

En el nivel secundario se le ofrecerá a la embarazada los test serológicos, que permitan realizar o descartar el diagnóstico de la enfermedad. Se le ofrecerán los controles del tracto genital inferior y se actuará de acuerdo a resultados; la atención integral de la

embarazada y la persistencia de los controles obstétricos del binomio madre-hijo. Se continuará asesorando sobre los factores de riesgo, sin olvidar el tratamiento de sus contactos sexuales.

En el nivel terciario, una vez que hemos accedido a resultados positivos a través de las Pruebas Treponémicas se solicitarán las Pruebas No Treponémicas para establecer el estado de la enfermedad, activo, en retroceso, o curada. Se realizará el tratamiento sugerido en las pautas, tanto a la gestante como a su pareja, y se realizarán los controles serológicos de seguimiento para valorar la respuesta. Se debe realizar control frecuente del producto de la gestación tanto intraútero como después del nacimiento para detectar y tratar alteraciones congénitas, y proceder a su rehabilitación.

D- Tratamiento de la sífilis materna

Con respecto al tratamiento de la sífilis materna debemos ser muy precisos en varios aspectos de gran relevancia para tratar adecuadamente, no solo a la madre, sino además para poder realizar una correcta prevención de la sífilis congénita.

Atendiendo las pautas (MSP, 2015), hay premisas que deben cumplirse en toda embarazada:

1- La constatación de test positivos de RPR/VDRL o test rápidos, debe desencadenar la puesta en marcha de un tratamiento inmediato (es decir ante presencia de un tamizaje positivo), sin perjuicio que se continúe la cascada de valoración de la paciente.
2- El tratamiento de la sífilis constatada en el embarazo debe realizarse siempre con Penicilina Benzatínica. Se ha demostrado que este fármaco es el único capaz de prevenir la sífilis congénita. Otros fármacos utilizados en pacientes alérgicos a la Penicilina, pero que no cursan embarazo, son capaces de curar la enfermedad, pero se ha demostrado que no son efectivos, y algunos no recomendables para el feto ni para la sífilis congénita.

3- Expresado lo anterior se aconseja realizar desensibilización a la Penicilina, siguiendo las pautas pertinentes, en pacientes embarazadas alérgicas a este fármaco.

4- Es más probable que el tratamiento con Penicilina durante la segunda mitad del embarazo ocasione la Reacción de Jarisch- Herxheimer (que se describe más adelante) producida por liberación de productos histoquímicos luego de la destrucción de los Treponemas. Si bien es una reacción que suele durar de 24 a 48 hs y se resuelve con tratamiento sintomático, la embarazada no está libre de riesgos como el parto prematuro y sufrimiento fetal. (Mandell, Douglas y Bennett, 2015)

5- Es de fundamental importancia estudiar y tratar el contacto de la pareja para evitar la reinfección ya que no se adquiere inmunidad permanente contra esta enfermedad. Se considera a la reinfección como una de las causas más importantes de sífilis congénita en pacientes cuyas parejas no han sido tratadas.

6- Aun así, independientemente del tratamiento de la pareja, la embarazada debe ser tratada de forma inmediata, siendo responsables de su tratamiento las instituciones en las cuales se les presta el servicio médico para control de su embarazo.

El fármaco recomendable para la sífilis materna es la Penicilina Benzatínica, en dosis que se administrarán según la fase de la enfermedad en la que se encuentren, siguiendo pautas específicas. No se han encontrado otros fármacos que ofrezcan una alternativa tan segura para curar la enfermedad en el tratamiento de la sífilis materna, así como tampoco de la sífilis congénita. (Mandell, Douglas y Bennett, 2015)

Reacción de Jarisch-Herxheimer (RJH): Es una reacción sistémica que se produce aproximadamente en un lapso de 4-8 hs luego de administrada la Penicilina (este fármaco fundamentalmente), aunque también se ha visto luego de la administración de otros fármacos eficaces.

El cuadro clínico se asemeja a una bacteriemia desde el punto de vista clínico. El mismo es producido por la liberación al torrente vascular de citocinas (o citoquinas) en forma masiva y repentina, las cuales surgen de las lipoproteínas y otros PAMP (patrones moleculares asociados a patógenos) luego de la destrucción de los Treponemas lisados. Se la conoce como “Tormenta de citoquinas” o “Crisis curativa”.

No es propia de la destrucción de Treponema Pallidum, sino que se presenta también con la destrucción de los otros tipos de Treponemas.

Clínica: en su forma generalizada se constata la aparición brusca de fiebre de diverso grado, escalofríos intensos, dolor muscular generalizado (mialgias), náuseas, taquicardia, gran vasodilatación con rubefacción generalizada, sudoración, prurito generalizado, hiperventilación e hipotensión. Suele durar entre 12 y 24 hs aunque se reportan casos de mayor duración, cercanos a las 48 hs.

Este tipo de reacción se presenta más comúnmente en la fase secundaria de la sífilis.

Hay formas localizadas de RJH que suelen presentarse en pacientes con sífilis ocular, neurosífilis y sífilis cardiovascular. No por ser formas localizadas carecen de gravedad ya que la presentación de una RJH en una sífilis cardiovascular puede conducir a una muerte súbita debido a obstrucción coronaria o rotura de un aneurisma de aorta.

Es importante advertir al paciente de la posible aparición de esta reacción ya que el uso del antimicrobiano induce un daño temporal o permanente en el huésped, e incluso la muerte.

Desde el punto de vista del tratamiento se sugiere, incluso para su prevención, el uso de antiinflamatorios no esteroideos del tipo ácido acetilsalicílico cada 4 a 6 hs, utilizándose incluso en algunos países antiinflamatorios esteroideos del tipo prednisona, además de medidas físicas para bajar la temperatura, hidratación y el monitoreo fetal electrónico y ecográfico. (Mandell, Douglas y Bennett, 2015)

Dosis antibiótica: Según la etapa de la enfermedad que curse la paciente, se administrarán las siguientes dosis recomendadas. (MSP, 2015)

1- Fases Primaria, Secundaria y Latente Precoz: Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI por vía I/M, 1 dosis, o 2 dosis que se administrarán con un espacio de 7 días entre cada una.
2- Fase Latente Tardía o Sífilis de Duración Desconocida: Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI por vía I/M. Se administrarán 3 dosis separadas entre sí por un espacio de 7 días entre cada una.
3- Fase Terciaria: Penicilina Benzatínica 2.400.000 IU por vía I/M. Se administrarán 3 dosis separadas entre sí por un espacio de 7 días entre cada una.
4- En caso de Neurosífilis se administra Penicilina G Cristalina acuosa, de 18 a 24 millones de unidades en 24 hs. repartidas en dosis administradas cada 4 hs por vía intravenosa o en infusión continua.

Siempre se considerará que una madre ha sido correctamente tratada cuando haya recibido el tratamiento anteriormente pautado “antes de las últimas 4 semanas de gestación”. (MSP, 2015)

En pacientes que conocen su condición de alérgicas a la Penicilina, o la presentan al administrarla, se aconseja la desensibilización controlada en un segundo nivel de atención. La misma se realizará utilizando Penicilina V diluida en agua para su administración oral. Las dosis se administran en intervalos consecutivos cada 15 minutos, comenzando con dosis de 1.000 UI/ml que equivalen a 100 UI. Se administran en forma creciente siguiendo las pautas marcadas por el MSP con un total de 14 dosis que producen desde una dosis acumulada inicial de 100 UI hasta una dosis acumulada final de 1.296.700 UI.

FIGURA 2: Desensibilización a la Penicilina (MSP, 2018)

Penicilina V (*) (Número de dosis de la suspensión)	Cantidad (**) (UI/mL)	mL	Dosis en UI	Dosis acumulada (UI)
1	1.000	0.1	100	100
2	1.000	0.2	200	300
3	1.000	0.4	400	700
4	1.000	0.8	800	1.500
5	1.000	1.6	1.600	3.100
6	1.000	3.2	3.200	6.300
7	1.000	6.4	6.400	12.700
8	10.000	1.2	12.000	24.700
9	10.000	2.4	24.000	48.700
10	10.000	4.8	48.000	96.700
11	80.000	1.0	80.000	176.700
12	80.000	2.0	160.000	336.700
13	80.000	4.0	320.000	656.700
14	80.000	8.0	640.000	1.296.700

(*) Intervalo entre las dosis de 15 minutos.

(**) La cantidad de penicilina se diluye en 30ml de agua para su administración oral.

Aquellos contactos sexuales que sea alérgicos a la Penicilina se tratarán con regímenes antibióticos alternativos (MSP, 2015)

Sífilis Primaria o Secundaria:

- Doxiciclina, 100 mgs cada 12 hs v/o, durante 10 a 14 días.
- o Ceftriaxona, 1 gramo en 24 hs, i/v o i/m, durante 10 a 14 días.

Sífilis Tardía o de duración desconocida:

- Doxiciclina, 100 mgs v/o cada 12 hs durante 28 días.

Control y seguimiento post/ tratamiento (sugerido en las Pautas del MSP)

- Se utilizará para valorar la respuesta al tratamiento la misma Prueba No Treponémica con la que se diagnosticó a la paciente (RPR o VDRL).
- Los mismos se realizarán cada 60 o 90 días debido a que el descenso de los títulos suele ser lento.
- Si a los 6 meses de realizado el tratamiento no hubo el descenso esperado de los títulos, se recomienda volver tratar a la paciente porque si bien esto puede ser una respuesta normal, puede también indicar falla del tratamiento inicial.

Recordamos que se considera actualmente que una respuesta serológica adecuada a un tratamiento bien realizado, es la reducción de al menos 4 veces en los títulos no treponémicos (Pruebas No Treponémicas) para el tratamiento de la sífilis precoz en menos de un año, y de 2 años para la sífilis latente tardía.

Cuando los títulos aumentan se debe considerar reinfección y proceder a volver a tratar a la paciente.

Se insistirá en el tratamiento de la pareja/contactos sexuales, y uso de preservativos.

1.5 SÍFILIS CONGÉNITA

A- Definición

Es una enfermedad infecciosa que ha ido en aumento, siendo la incidencia en las embarazadas en el año 2010 de 4,2 % por VDRL positivo, y de 2,6 % en sangre del cordón, en Uruguay. En necropsias de óbitos fetales realizadas en el año 2010 en el Hospital Pereira Rossell (Montevideo, Uruguay), el 14.5% correspondió a sífilis congénita. (MSP, 2010)

La definición recomendada por la OPS con fines operativos debe incluir:

1- Todo niño, aborto o mortinato cuya madre tiene evidencia clínica (úlcera genital o lesiones compatibles con Sífilis Secundaria) y/o pruebas treponémicas (incluidas las pruebas rápidas) o pruebas no treponémicas positivas o reactivas durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o tratada inadecuadamente.

2- Todo Neonato con títulos de RPR/VDRL 4 veces mayor que los títulos de la madre, o lo que equivale a un cambio en 2 diluciones o más que los títulos maternos (por ejemplo 1/4 en la madre a 1/16 en el neonato).

3- Todo niño con una o varias lesiones clínicas sugestivas de sífilis congénita al examen físico y/o evidencia radiográfica de sífilis congénita y/o resultado positivo de una prueba treponémica o no treponémica. Las manifestaciones clínicas de sífilis congénita son: distrofias, neumopatías, laringitis (llanto ronco y continuado), gastroenteritis, hepatoesplenomegalia, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia, lesiones mucocutáneas (pápulas, placas infiltradas rojizas en región peribucal, miembros, palmas, plantas, regiones perianales y perigenitales, roseolas, ampollas palmo-plantares).

4- Todo producto de la gestación con demostración de Treponema Pallidum por Campo Oscuro, Inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia. (OPS, 2010)

Como se indicó anteriormente, la sífilis congénita se transmite fundamentalmente por vía vertical, transplacentaria (vía hematógena), menos frecuentemente a través de la exposición al canal de parto infectado.

En la transmisión hematógena las manifestaciones del feto serán muy similares a las de la Sífilis Secundaria del adulto.

La sífilis se transmite generalmente al feto cuando la madre tiene una enfermedad activa que se demuestra con valores positivos de RPR/VDRL iguales o mayores a 1/8, y no ha sido tratada, y sobre todo en las Fases Primaria, Secundaria y Latente Primaria.

Durante las primeras semanas posteriores al contagio el riesgo es aún mayor dado que puede pasar desapercibida ante resultados Falsos Negativos de las Pruebas Treponémicas y de las Pruebas No Treponémicas (Sífilis Primaria Temprana, efecto Prozona, Inmunodeficiencia como por ejemplo la existencia concomitante de VIH/Sida).

En general, estas pruebas tardan de 14 a 20 días en hacerse reactivas luego del contagio (período de ventana). (Moraes, M. y Estevan, M., 2012)

Según el estudio realizado por M. Moraes y M. Estevan el grado de infección del feto es de:

50% en la Sífilis Primaria

67% en Sífilis Secundaria

83% en Fase Latente Temprana

10-20% en Fase Latente Tardía

B- Características clínicas y paraclínicas de la sífilis congénita

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

Sífilis Congénita Temprana: Es aquella en la cual los síntomas se presentan antes del segundo año de vida, es decir que pueden verse distintos modos de presentación: niño sin síntomas al nacer los cuales se van manifestando paulatinamente sin riesgo vital; niño que ya presenta lesiones al nacer, puede también ocasionar riesgo vital, y niño con serias deformidades las cuales se asocian con alto índice de mortalidad.

Hay una amplia gama de lesiones y alteraciones paraclínicas que suelen verse en la Sífilis Congénita Temprana las cuales son:

-Prematurez: niño que nace antes de las 37 semanas de gestación.

-RCIU: retardo del crecimiento intrauterino o disminución patológica del crecimiento fetal.

-Hidrops fetal no inmune.

-Coriza y rinorrea hemorrágica.

-Neumonía Alba

-Hepatoesplenomegalia

-Fiebre

-Linfadenitis generalizada

-Lesiones óseas: periostitis, metafisitis, pericondritis

-Síndrome nefrótico, ascitis

-Alteraciones hematológicas: anemia, leucopenia, leucocitosis, trombocitopenia

-Oculares: coriorretinitis, retinitis.

-Neurosífilis: meningitis aséptica, Seudoparálisis de Parrot

-Mucocutáneas: pénfigo palmoplantar, púrpura, rágades, condilomas planos, petequias, ictericia, etc.

-Placenta grande.

(OPS, 2010)

Es importante consignar algunos aspectos fisiopatológicos característicos de estos hallazgos:

- La neumonía es común en la sífilis congénita y se caracteriza por un infiltrado difuso, bilateral, de tipo intersticial retículo-nodular denominado Neumonía Alba. Si bien es bastante característica, no es específica de sífilis.
- Los recién nacidos con Neurosífilis suelen ser sintomáticos. La realización de punción lumbar en niños asintomáticos tiene escaso rendimiento, así como suele ocurrir con la realización de RX de huesos largos; estos estudios se realizan en niños sintomáticos o para resolver un caso particular. No se usarán como Standard de evaluación sistemática en todos los niños. (Talati A.J., Koneru P., 2011)
- Se pueden presentar casos de meningitis, convulsiones e hidrocefalia progresiva y comunicante.
- Las lesiones óseas se vieron en el 65% de los niños sintomáticos y sólo en el 5.9% de los asintomáticos. Sólo se vieron alteraciones radiográficas en el 0.8% de niños evaluados por bajo riesgo de sífilis. En base a esto se desaconseja su uso rutinario. (Moyer, S. et al. 1998)
- Los hallazgos radiográficos más comunes comprometen múltiples huesos, son simétricos e incluyen periostitis, osteocondritis y osteítis, siendo más comunes en huesos largos; rara vez estas lesiones pueden verse en el cráneo.
- La osteocondritis suele verse a las pocas semanas de la infección, mientras que la periostitis suele verse varios meses después de producida la misma.
- A nivel de los huesos tibiales suelen verse lesiones destructivas, líticas, sobre todo del sector tibial superior, que constituyen el Signo de Weinberger, con huesos de aspecto parcheado. Hay clara desmineralización ósea a predominio metafisario y bandas de osteoporosis bajo la

banda epifisaria. Las bandas translúcidas de las metáfisis no se consideran, actualmente, como lesiones específicas de sífilis congénita.

- Las lesiones por osteocondritis de huesos largos y de costillas suelen causar una pseudoparálisis de Parrot (al cargar el niño, éste se mantiene inmóvil y llora debido al doloroso proceso inflamatorio). Es importante destacar que las lesiones óseas suelen desaparecer con el tratamiento adecuado, sin dejar secuelas.
- Las linfadenopatías suelen ser generalizadas, inespecíficas, siendo muy sugestivas las adenopatías epitrocleares.
- Las lesiones mucocutáneas de tipo exantema suelen ser rojizas, maculopapulosas o vesiculoampollosas y edematosas, redondeadas u ovales, con secreciones. Afectan cualquier zona del cuerpo siendo característica la afectación palmo plantar donde suelen ser de color cobrizo, e incluso se afecta el área del pañal.
- Se suelen afectar nariz y labios los cuales se observan tumefactos y eritematosos; se visualizan rágades o ragadíes a nivel de las comisuras labiales y rinorrea a veces hemorrágica, o muco purulenta (por infección bacteriana secundaria). Estas lesiones se caracterizan por una alta descarga de espiroquetas.
- No es raro observar descamación cutánea.
- Puede haber además laringitis con llanto afónico.
- La trombocitopenia es frecuente y causa las petequias y equimosis en la piel.
- El hígado se visualiza aumentado de tamaño, de aspecto lipomatoso (esteatosis) y colestásico, con alteraciones enzimáticas.
- El bazo se encuentra aumentado de tamaño y produce atrapamiento y destrucción de glóbulos rojos lo que causa la anemia hemolítica que suele ser frecuente.
- Las alteraciones hepatoesplénicas y sus consecuencias son responsables además de la frecuente aparición de ictericia.

- Los riñones se observan comprometidos y se observan alteraciones morfoestructurales y lesionales; se plantea como factor causal al depósito de complejos inmunes en el tejido renal.
- Los pacientes pueden presentar tanto síndrome nefrótico (más frecuente), como síndrome nefrítico, e incluso ambos a la vez, los cuales ocasionan alteraciones clínicas y de laboratorio con proteinuria, hematuria, hipoproteinemia y otras. La hipertensión arterial puede verse en el curso de estos procesos.
- Puede haber además manifestaciones de pancreatitis, miocarditis y diarrea por malabsorción debido a inflamación y fibrosis del tracto gastrointestinal.
- La placenta suele verse grande y edematosa.

(Tesini B., 2020)

Sífilis Congénita Tardía: es aquella que se manifiesta luego de los 2 años de edad. Las alteraciones encontradas perduran toda la vida y los hallazgos clínicos se asemejan a la Sífilis Terciaria del adulto. Se manifiestan por las lesiones secuelares de las fases iniciales además de las manifestaciones inflamatorias que persisten y en curso. Pueden ser prevenidas cuando se da el tratamiento adecuado durante el embarazo o durante los primeros 3 meses de vida extraútero.

Los estigmas sospechosos son:

-Dientes de Hutchinson (*), molares Mulberry o en moras, caries por defectos del esmalte dentario.

-Queratitis intersticial. (*)

-Sordera. (*)

-Nariz en silla de montar.

-Gomas en pies.

-Lesiones osteoarticulares de Clutton.

-Tibias en sable.

-Escápulas en campana.

-Frente olímpica (prominencia frontal de Parrot).

-Arco Palatino alto, mandíbula protuberante, fisuras periorales, micrognatia.

-Retardo mental, Hidrocefalia, convulsiones, ceguera y sordera.

(*) Constituyen el síndrome que expresa la Tríada de Hutchinson.

(Torres Salazar J.F., Rodríguez Ortega D., 2017)

Las consideraciones fisiopatológicas de los signos y síntomas antes nombrados son las siguientes:

- Dientes de Hutchinson: son alteraciones a nivel sobre todo de los incisivos centrales superiores permanentes los cuales se visualizan separados, más cortos que los laterales y con alteraciones del esmalte el cual esta adelgazado y decolorado.
- Los molares en moras se visualizan con una prominencia central en lugar de la depresión habitual característica.
- La queratitis intersticial es el segundo componente de la Tríada; se detecta entre los 5 y 30 años de edad, es recurrente y puede originar glaucoma o cataratas.
- La sordera por afectación del VIII par craneal es el tercer componente de la Tríada de Hutchinson, se suele detectar entre los 10 y 30 años de edad y provocar sordera uni o bilateral.
- Nariz en silla de montar: es consecuencia de la rinitis que se mantiene en el tiempo y va destruyendo el cartílago y el hueso nasal con el consecuente hundimiento de los mismos lo cual le confiere el aspecto de silla de montar.
- Las lesiones osteoarticulares de Clutton consisten en una inflamación crónica de las sinoviales (sinovitis) acompañadas de hidrartrosis que producen articulaciones más voluminosas con limitación funcional e indolora. En general las más afectadas son las rodillas.

- Las tibias en sable es el aspecto que los procesos inflamatorios persistentes de las tibias hacen que éstas presenten un abombamiento anterior de la zona diafisaria media lo que le da su nombre.
- El engrosamiento de la articulación esternoclavicular en particular constituye el Signo de Higoumenakis.
- El abovedamiento progresivo de los huesos frontal y parietal constituye el aspecto de Frente Olímpica.
- A nivel periorificial se producen unas éscaras lineales las cuales se ulceran o fisuran, denominadas ragadíes.
- Los incisivos de Hutchinson, los molares en mora, las fisuras peribucales y el mal desarrollo de los maxilares confieren al paciente el aspecto de Cara de Bulldog.

(Torres Salazar J.F., Rodríguez Ortega D., 2017)

C- Diagnóstico de sífilis congénita

Cuando se plantea el diagnóstico presuntivo de sífilis congénita debe valorarse en primer lugar el diagnóstico de sífilis materno.

Surgen varias interrogantes al respecto:

- ¿La madre es Prueba Treponémica rápida o VDRL/RPR positiva?
- ¿Qué valores de dilución presenta?
- ¿La captación de esta gestante fue temprana?
- ¿La sífilis materna en caso de diagnóstico por VDRL/RPR se confirmó con Pruebas Treponémicas u otro método de estudio?
- ¿En caso de diagnóstico con Prueba Treponémica rápida se le realizó VDRL/RPR para valorar si se trata de infección activa?
- ¿Hubo variaciones de estas pruebas en la gestación?

- ¿Se le practicaron pruebas serológicas antes del parto?
- ¿Recibió tratamiento y seguimiento adecuados?
- ¿Su pareja fue tratada y controlada?

Es decir que es fundamental en primer lugar establecer un correcto diagnóstico materno y luego correlacionar estos datos para poder proceder a evaluar el estado de salud del producto de la gestación.

Una vez realizada la completa valoración materna, siendo fundamental el haber realizado una Pruebas No Treponémicas antes del parto, se procederá a la valoración del neonato.

Será importante tener en cuenta que la realización de VDRL en sangre del cordón (norma sugerida como tamizaje en nuestro país para todos los Recién Nacidos) en pacientes sospechosos de sífilis congénita, no es un método confiable ya que hay pasaje de anticuerpos tipo IgG, Treponémicos y No Treponémicos, al feto; ante esta premisa, a todos los hijos de madres con serología positiva se les debe practicar RPR o VDRL en sangre periférica. Las Pruebas No Treponémicas de sangre del cordón umbilical tienen baja especificidad y sensibilidad, por lo cual no es adecuado realizar el diagnóstico de sífilis congénita en base a sus resultados.

Cuando los resultados de VDRL/RPR se deben al pasaje de Anticuerpos IgG maternos al feto, los valores de estos estudios irán descendiendo hacia los 3 meses y se negativizan a los 6 meses de vida. Es importante considerar que aproximadamente el 60% al 78% de los niños con sífilis congénita serán asintomáticos al nacer, y 2/3 de ellos tendrán síntomas entre las 3 y 8 semanas de vida. Lo mismo sucede con aquellos niños que han sido correctamente tratados. Por lo tanto, se deben correlacionar los valores de las Pruebas No Treponémicas de la madre y el niño las cuales se realizan simultáneamente.
(Moraes, M. y Estevan, M., 2012)

“Se considerarán positivos los niños cuyos valores de RPR/VDRL sean 4 veces mayores que los títulos de la madre -ejemplo: madre 1/8, niño 1/32-, recordando que títulos menores no descartan en forma absoluta la sífilis congénita”. (OPS, 2010).

Se debe realizar un correcto examen de los niños con sospecha de sífilis congénita en busca de signos que sugieran tal afectación.

Para valorar la neurosífilis, como ya lo expresamos anteriormente, se realizará estudio de VDRL por punción lumbar, así como Rx. de huesos largos, en niños sintomáticos debiendo hacer una cuidadosa evaluación de los resultados ya que hay niños con sífilis congénita que presentan Rx normales.

Es fundamental realizar el estudio anátomo-patológico de la placenta y del cordón umbilical mediante microscopio de campo oscuro con lámpara fluorescente, así como de las lesiones sospechosas y de las secreciones u otros líquidos corporales del recién nacido.

El CDC (Centers For Disease Control and Prevention) ha realizado 4 propuestas de escenarios para proceder a la valoración de la sífilis congénita y su tratamiento, tomando en cuenta la valoración de la serología materna para valorar el riesgo de sífilis congénita:

1. Recién nacido sintomático:

- Se evaluará con Prueba No Treponémica en sangre periférica.
- Se realizará punción lumbar: VDRL y citoquímico.
- Otros estudios que pueden estar indicados: Hemograma, Rx. de huesos largos, funcional hepático, Rx de Tórax, Ex de orina.
- Control de fondo de ojo en la evolución.
-Tratamiento: Penicilina cristalina durante 10 días, pudiendo considerarse su extensión.

2. Recién nacido asintomático:

- Sífilis materna activa con títulos iguales o mayores a 1/8
- Madre no tratada, tratamiento inadecuado o no consignado.

- Los títulos maternos no descendieron 4 veces su valor en la sífilis primaria a los 3 meses, o a los 6 meses en la Sífilis Secundaria.

-Tratamiento en el mes previo al nacimiento, o reinfección materna con títulos que aumentaron 4 veces.

Si la madre se infectó recientemente, puede tener títulos bajos y el recién nacido presenta riesgo de infección:

a) Pruebas No Treponémicas en sangre periférica: si cuadriplica los títulos maternos, pasa a escenario 1.

b) Pruebas No Treponémicas no cuadriplica los títulos maternos:

- Evaluación: Punción lumbar con VDRL y citoquímico. Puede considerarse la realización de Rx de huesos largos y hemograma, pero no son determinantes del tratamiento.

-Tratamiento: Penicilina cristalina durante 10 días. En estos casos si se decide utilizar Penicilina cristalina puede optarse por no realizar Punción lumbar.

3. Recién nacido asintomático con madre con valores iguales o menores a ¼, que recibió tratamiento con Penicilina en el embarazo (excepto si fue tratada en las 4 semanas previas al parto o se diagnostica infección reciente, por lo cual pasa al escenario 2):

- Sin elementos de reinfección.
- Títulos estables y bajos.
- Recién nacido de término.
- VDRL en sangre periférica no cuadriplica los títulos maternos.

Conducta:

- No requiere evaluación y tratamiento.
- Seguimiento estricto con VDRL o RPR.

4. Recién Nacido asintomático:

- Cuya madre recibió tratamiento completo y oportuno con Penicilina Benzatínica.

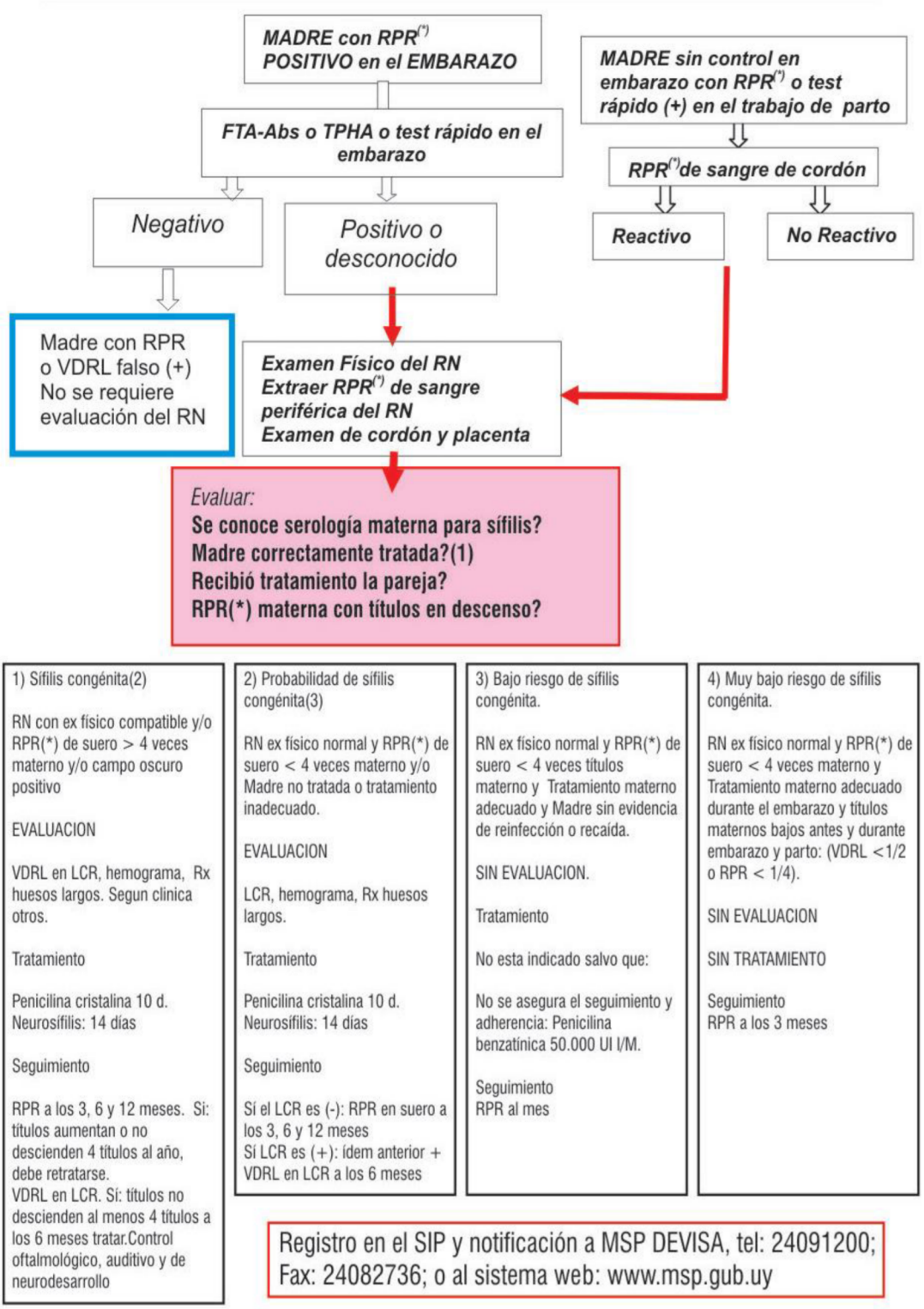
- Descenso de los títulos maternos 4 veces en 3 meses en la Sífilis Primaria, y en 6 meses en la Sífilis Secundaria, o de mayor evolución.

- Se considera sin riesgo de sífilis congénita por lo cual no se realizará evaluación ni tratamiento.

- Se realizará seguimiento clínico y con Prueba No Treponémica.

(Moraes, M. y Estevan, M., 2012)

Figura 3: Algoritmo de recién nacido de madres con diagnóstico de sífilis (MSP, 2015)



D- Tratamiento de la sífilis congénita

Debemos saber que ningún recién nacido debe ser dado de alta sin conocer la serología materna para sífilis.

"El tratamiento se realiza con Penicilina Cristalina, 50.000 UI/Kgr de peso por dosis. Se indican 2 dosis en la primera semana de vida y al cumplir siete días de vida se indican 3 dosis, hasta completar 10 días de tratamiento. Otra opción es la Penicilina Procaína 50.000 UI por Kg, en una dosis diaria intramuscular de 10 días. En caso de que se pierda un día de tratamiento debe reiniciarse el mismo. En los casos en que se indique el uso de Penicilina Benzatínica, la dosis es de 50.000 UI/Kg única dosis intramuscular".

(Moraes M., Estevan M., 2012).

E- Seguimiento del Recién Nacido:

- Los casos en los que se haya confirmado la sífilis congénita, o aquellos casos de alto riesgo de padecer sífilis congénita, se catalogan dentro de los casos de "riesgo 1" y se controlarán en domicilio.
- Los que tengan serología positiva serán seguidos con realizaciones de VDRL, los cuales deben haber descendido a los 3 meses, y negativizado a los 6 meses si el recién nacido no está infectado.
- Cuando el recién nacido ha sido tratado, las pruebas de VDRL se realizarán al mes y luego cada 3 meses hasta los 15 meses; posteriormente serán realizadas cada 6 meses hasta que sean negativas.
- Cuando se constatan alteraciones del líquido cefalorraquídeo se reiterará la punción lumbar, con estudio histoquímico y VDRL cada 6 meses, hasta que los resultados sean normales. Cuando los títulos de las Pruebas No Treponémicas han confirmado una buena evolución en el plasma, la curación se asegura, y puede no ser necesario realizar punción lumbar.

- Si el estudio del líquido cefalorraquídeo dio VDRL positivo a los 6 meses, se debe reiniciar el tratamiento.
- No debemos olvidar de realizar las evaluaciones de oído y oculares.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES

A continuación, se detallan estudios sobre sífilis congénita.

2.1 A nivel internacional

En 2016, se estimaron 661.000 casos de sífilis congénita en todo el mundo. (Bruniera. C., Duarte., G. Romero., M. Cardoso das Neves. D., Bezerra. M., 2021)

Una publicación realizada en Estados Unidos de Norteamérica entre los años 2012 y 2016 destaca que la tasa de sífilis entre embarazadas y niños se incrementó significativamente en los últimos años. La tasa de casos de sífilis primaria y secundaria registrada entre embarazadas tuvo un aumento de 111,1% y la tasa de sífilis congénita aumentó 86,9%. Considerando la naturaleza prevenible de la sífilis congénita, examinaron las posibles oportunidades desperdiciadas o no aprovechadas y destacaron la importancia del cuidado y atención prenatal adecuado y temprano, la identificación a tiempo de la embarazada con sífilis y, si estuviera infectada, la recepción a tiempo de un régimen apropiado de penicilina en por lo menos 30 días antes del parto. (Trivedi S., Williams C., Torrone E., Kidd S., 2019).

En una zona un poco más alejada, en el Hospital Mbarara de Uganda se estudiaron 2500 mujeres y 2502 recién nacidos, se concluyó que la prevalencia de sífilis era de 3,8% entre los recién nacidos y de 4,1% entre sus madres. Los autores encontraron una tasa de seroprevalencia de sífilis mayor a la esperada. La población de riesgo para sífilis podría incluir a madres no examinadas durante el embarazo, generalmente casadas y no tratadas. De acuerdo con estos resultados, los autores concluyen que la política nacional para el control de

la sífilis en Uganda debería reforzarse, incluyendo una prueba universal de sífilis entre madre y recién nacido en clínicas postnatales, con la subsiguiente notificación a la pareja. (Oloya S., Lyczkowski D., Orikiriza P., Irama M., Boum Y., Migisha R., Kiwanuka J., Mwanga-Amumpaire J., 2020)

En junio de 2004 la Organización Panamericana de la Salud informó que la sífilis continúa siendo un grave problema de salud pública en América Latina y el Caribe con cifras donde al menos 330 mil embarazadas padecen esta enfermedad y no reciben tratamiento, en consecuencia, se estima que nacen alrededor de 110 mil niños con sífilis congénita. El mismo número finaliza en abortos espontáneos o la muerte del recién nacidos. (Valderrama J., Zacarrias F., Mazin R., 2004)

Brasil es el país con mayor superficie y población en América del Sur, con amplia frontera terrestre y tráfico con Uruguay, teniendo una amplia problemática con la sífilis.

Particularmente en Brasil, entre 2014 y 2018 con un aumento en el número de casos de sífilis adquirida en población adulta, en gestantes y en sífilis congénita. Esto se atribuye al incremento de las pruebas rápidas, la disminución del uso de preservativo y a la reducción de la administración de penicilina y su escasez a nivel mundial. (Bruniera. C., Duarte., G. Romero., M. Cardoso das Neves. D., Bezerra. M., 2021)

En Brasil entre 2010 y 2019, se registraron 650.258 casos de sífilis adquirida, 297.003 casos de sífilis en gestantes y 162.173 casos de sífilis congénita, además de registrarse 11.480 muertes fetales tempranas y tardías, atribuidas a sífilis congénita. (Bruniera. C., Duarte., G. Romero., M. Cardoso das Neves. D., Bezerra. M., 2021)

2.2 A nivel frontera Uruguay-Brasil

En el año 2016 se publica un estudio sobre la incidencia de sífilis en Santana do Livramento, importante para el presente trabajo ya que hablamos de la ciudad brasileña que limita con Rivera, Uruguay. Este estudio resume que el número de casos en Brasil se encuentra en ascenso debido a la falta de responsabilidad de las personas por las enfermedades venéreas, resaltando la importancia de informar a la población al respecto, enfatizando las altas tasas y su forma de contagio, riesgos para la salud, prevención y tratamiento. Los resultados obtenidos señalan que existen al momento de dicho relevamiento cerca de 436 casos de sífilis en la ciudad mencionada, de los cuales 63 son congénitos, 93 gestantes y 280 adquiridos. No obstante, se sabe que estas cifras pueden no ser exactas ya que hay personas que no saben que tienen la enfermedad y/o no buscan realizar las pruebas, por falta de información o por no querer someterse al tratamiento. (Carneiro L.A., De Castro I.M., 2016)

2.3 A nivel Nacional

En 2003 se publica en la revista de ginecología del uruguay bajo el título “Sífilis congénita, desafío nacional” (Cuevas L, De Oliveira R., 2003) un estudio retrospectivo estimando la incidencia de sífilis en el Centro Hospitalario Pereira Rosell entre los años 1996 y 2002. En el período se realizaron 60.570 partos, resultando 1.034 madres VDRL positivo, es decir una prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas del 1,70%. Mientras que la incidencia de sífilis congénita fue de 7,80%.

En 2011 se presenta el Trabajo Final de Grado de la Escuela de Parteras “Situación de sífilis congénita en usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell” (Coli C. y Ferreira R., 2011), en el que se realiza un relevamiento estadístico de los casos de sífilis materna y sífilis congénita en el mencionado centro hospitalario en el período comprendido entre abril 2009 a abril 2010. Del censo de 8713 partos, 254 mujeres presentaron VDRL positivo, resultando 136 recién nacidos con VDRL positivo y considerándose finalmente 120 de éstos como sífilis congénita, lo que se traduce como una prevalencia de 1.3%.

También en 2011 se publica “Una Década de Sífilis Gestacional y Congénita en Uruguay 2000-2009” (Benia W., Alemán A., Vázquez J., 2011) que buscó conocer la magnitud del problema epidemiológico de la sífilis gestacional y sífilis congénita y geo-referenciarlo por departamentos, entre otros objetivos planteados. Como resultado se obtuvo una frecuencia global de sífilis gestacional de 0,8% para el año 1999, 0,7% para el 2004 y 1,3% para el 2008. Por otro lado, se obtuvo una frecuencia global de sífilis congénita de 0,4% tanto en 1999 como 2004 y 0,8% para el año 2008. Destacándose una falta de registro de VDRL de cordón muy alta en los registros del SIP, pudiendo determinar una subestimación de la magnitud real del problema. También se observó que el grupo más afectado eran aquellos que no contaban con controles pre natales.

Si en el análisis por geo-referenciación nos referimos concretamente a los resultados obtenidos para el Departamento de Rivera (Uruguay), y comparamos los años 2004 y 2008, se observa un ligero aumento de 1% a un 1,3% en la frecuencia de VDRL positivos en mujeres embarazadas, mientras que la frecuencia de VDRL positivos en sangre de cordón se mantuvo incambiada en 0,5%, remarcando que de los 1701 nacimientos en 2008 sólo se registraron 1154 en el SIP, es decir un 67,8% de cobertura.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque metodológico

La investigación es un conjunto de procesos ordenados, sistemáticos, empíricos, críticos y controlados que se aplicaran al estudio de un fenómeno natural o problema. (Hernández Sampieri R., 2014)

Habiendo diferentes tipos de investigación y diseños metodológicos propuestos y conformados, entre ellos las investigaciones cuantitativas y cualitativas. (Pineda E.B, de Alvarado E.L, de Canales F.H., 1994).

El presente trabajo se realizará mediante un estudio mixto, combinación de un enfoque cuantitativo y cualitativo.

Es cuantitativo porque el estudio planteará conocer cifras de la prevalencia de esta infección en las embarazadas de este centro hospitalario en determinado periodo de tiempo y los factores de riesgo para presentar dicha infección.

Adquirirá el carácter cualitativo ya que es un tipo de investigación que nos ofrecerá respuestas de la percepción y experiencias de los participantes. De índole interpretativa y se realizará con pequeños grupos de personas cuya participación será activa.

Dentro de las características de este estudio, será de naturaleza descriptiva - analítica, esta característica se basará en la revisión, descripción y determinación de las variables que se plantean estudiar. El propósito será relevar información que ayude a la construcción de conocimientos sin presupuestos ni hipótesis previas. A partir de lo obtenido se podrán vislumbrar hipótesis o supuestos pasibles de ser comprobables y modificables.

Será un estudio retrospectivo, ya que indagará sobre hechos ya ocurridos y de corte transversal ya que se analizarán las variables simultáneamente en un momento dado, realizando un corte en el tiempo bianual desde el 1ero de enero 2017 al 31 de diciembre 2018. (Ketzoian C., 2004)

Este estudio se realizará en el Hospital Departamental de Rivera (Uruguay), contando para ello con los registros de aquellas mujeres que han tenido su parto en el período mencionado y con la colaboración y participación del personal de salud de este centro.

El mismo se realizará en dos fases que consisten en una primera fase basada en la recolección de información a partir de los Archivo del Sistema Informático Perinatal (SIP) de usuarias embarazadas del servicio; y una segunda fase que se llevará a cabo mediante la aplicación de entrevistas al personal de salud que trabaja en el servicio con la población seleccionada.

En la primera etapa se procederá a relevar la información referida al número de mujeres que tuvieron su parto en el Hospital Departamental de Rivera, desde el 1º de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2018, registrados en el SIP.

Se presentará la situación estadística y se realizará su análisis buscando la relación entre las variables seleccionadas. (Ketzoian C., 2004)

VARIABLES

Edad (rangos: 10-19, 20-34, 35 o más)

Número de controles (0, 1 a 4, 5 o más)

VDRL en el primer control de embarazo (positivo o negativo)

VDRL entre las 18 y 23 semanas (positivo o negativo)

VDRL tercer trimestre, antes de las 32 semanas (positivo o negativo)

Mujeres con VDRL positivo que recibieron tratamiento

Parejas de mujeres con VDRL positivo que recibieron tratamiento

Recién Nacidos con VDRL de cordón positivo

Recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita

Recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita a los que se les realizó tratamiento.

Se realizarán cruzamientos de variables de interés.

En una segunda etapa se realizarán entrevistas abiertas no estructuradas al personal de salud. Para ello se utilizará como instrumento un formulario compuesto por preguntas que permitirán una aproximación a los tópicos relevantes del tema investigado (ver anexos).

Para cumplir con ambas etapas, se solicitará la aprobación del Comité de Ética del Hospital de Rivera, garantizando el cumplimiento de los principios bioéticos que deben regir en este tipo de trabajo, para indagar con mayor profundidad sobre el problema a investigar, especialmente al tratarse de una institución hospitalaria situada en la frontera con Brasil, con asistencia a usuarias que son controladas en pueblos cercanos.

Previo a la aplicación de la pauta de la entrevista se informará a los profesionales de la salud sobre la finalidad y el objetivo del estudio a realizarse, y se solicitará el correspondiente consentimiento informado a los mismos. (Ketzoian C., 2004)

3.2 Universo muestral

Para la elección del universo de estudio se necesitará identificar qué características deberán tener los sujetos a estudiar, en qué contexto espacial y límite temporal.

A efectos de lograr la realización de ambas etapas del estudio, se contemplarán dos universos.

Un primer universo constituido por mujeres que tuvieron su parto en el Hospital Departamental de Rivera en el período enero 2017-diciembre 2018.

Un segundo universo lo constituye el Personal de Salud de dicha Institución.

3.3 Caracterización de la Muestra

De ambos universos se definirán dos muestras, la primera conformada por las mujeres que cursaron la infección por sífilis durante su embarazo.

Una segunda muestra, integrada por personal de salud que trabaja con embarazadas y que acceden a la entrevista (Ginecólogos, Obstetras/Parteras, Lic. en Enfermería, Pediatras y Neonatólogos).

Como unidad de análisis se tomarán los SIP de las mujeres embarazadas, discriminando las embarazadas que tuvieron el diagnóstico de sífilis y las que no, en el período ya mencionado y los sujetos que serán entrevistados.

3.4 Datos de la muestra

Al acceder al SIP se relevarán los siguientes datos:

- El rango etario y cantidad de controles prenatales.
- El número de usuarias que se realizaron la prueba de VDRL en el primer control de embarazo, entre las 18 y 23 semanas y en tercer trimestre (antes de las 32 semanas).
- El número de resultados reactivos de pruebas serológicas de VDRL, cantidad de embarazadas que realizaron tratamiento e incluyeron a sus parejas.
- Los números de casos de recién nacidos con VDRL de cordón positivo y su tratamiento.
- Personal de salud que desempeñó su labor en la institución en el período seleccionado.

Al realizar las entrevistas al personal de salud se relevará la percepción experiencia de los participantes, acerca de la situación epidemiológica y asistencial de esta población.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Para la realización del estudio, se plantearán determinados criterios de inclusión y exclusión para ambas.

Criterios de inclusión para pacientes:

- Mujeres que tuvieron su parto en el Hospital Departamental de Rivera en el periodo 2017-2018 y que se realizaron prueba diagnóstica de sífilis en el primer control de embarazo, entre las 18 y 23 semanas y en tercer trimestre (antes de las 32 semanas) con títulos mayores o iguales a ⅛ estando consignado en carné SIP.

Criterio de inclusión para el personal de salud

- Personal de salud de la institución que deseen participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión para pacientes:

- Mujeres con abortos espontáneos en el Hospital Departamental de Rivera en el periodo 2017-2018.

-SIP con casilleros referentes a sífilis incompletos en el Hospital Departamental de Rivera en el periodo 2017-2018.

Criterio de exclusión para el personal de salud

- Funcionarios del servicio que no accedan a firmar el consentimiento informado.

3.6 Recolección de datos

Recolectar datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico. (Hernández Sampieri R.,2014)

Datos de las pacientes: Se obtendrán datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) electrónica ubicada en el archivo del Hospital Departamental de Rivera.

Datos de entrevistas al personal de salud: se realizará mediante la implementación de entrevistas no estructuradas a través de video llamadas en distintos formatos digitales.

3.7 Procesamiento de Datos

El procesamiento de los datos, tendrá dos vías.

Una primera vía, referida al trabajo con los datos obtenidos del SIP, para lo cual se emplearán tablas y/o gráficas que den cuenta de los resultados que arroja este relevamiento.

Se utilizará un paquete estadístico:

Los datos cualitativos serán expresados como frecuencias relativas (porcentajes). La prevalencia de sífilis materna será calculada por año de parto. El análisis de factores de riesgo asociados a la presencia de sífilis gestacional y connatal, se realizará mediante el test de Odds Ratio, evaluando luego la relación entre cada variable independiente con la variable sífilis gestacional/neonatal. Se utilizará como test de asociación el Chi cuadrado o Fisher de acuerdo al número de observaciones.

Se considerará estadística significativa con un valor de $p<0,05$.

Una segunda vía de procesamiento de datos, referirá a lo obtenido a partir de las entrevistas, para lo cual, luego de procesar notas y grabaciones de las mismas, se procederá a la construcción de categorías de análisis a los efectos de lograr conceptualmente elementos que aporten al conocimiento de la situación.

3.8 Análisis y discusión de datos obtenidos

Se procederá a realizar el procesamiento y análisis de la información, su interpretación y la redacción de los resultados obtenidos, a través de la elaboración de materiales intermedios (planillas, esquemas, tablas, textos, etc.), que constituyan apoyo y soporte para las distintas etapas de estructuración del trabajo final.

3.8 Cronograma de Ejecución

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10
Elaboración del Proyecto de Investigación										
Autorización por parte del Comité de Ética										
Recolección de datos										
Procesamiento de datos										
Análisis de resultados										
Conclusiones										
Elaboración de informe final										

CAPÍTULO 4

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El tema del presente Trabajo fue aprobado por la Comisión de Trabajo Final de Grado de la Escuela de Parteras, mientras que el Protocolo de Investigación deberá ser aprobado por el Comité de Ética del Hospital Departamental de Rivera.

Uno de los aspectos fundamentales éticos a tener en cuenta es la confidencialidad de la información de los SIP con las que se trabajará. (Nari M. y Salveraglio I., 2014).

Todos los datos consignados en el SIP forman parte de la Historia Clínica, la cual es un documento médico-legal, propiedad de la usuaria y en custodia de la institución. Por lo tanto, para obtener dicha información, se deberá contar con autorización de ambas partes.

Al momento de recolectar y procesar los datos obtenidos, basándose en la Ley de Protección de Datos Personales N°18.331 se utilizará un sistema de codificación, de esta forma tanto nombre, cédula de identidad y números de certificado de nacido vivo no serán revelados en el presente trabajo, a fin de proteger la identidad de dichas pacientes que integran la muestra, por lo cual no implica ningún perjuicio para madres y recién nacidos.

En la segunda etapa, donde se realizarán entrevistas no estructuradas, a Ginecólogos, Parteras, Enfermeras, Neonatólogos y Pediatras, con previa solicitud de consentimiento informado (ver anexo).

A los efectos de resguardar la identidad de los entrevistados, se codificarán las entrevistas identificándose con la profesión a la cual pertenecen únicamente.

El consentimiento informado es una declaración de voluntad efectuada por una persona, mediante dicha declaración, luego de contar con suficiente información, la persona decide prestar su conformidad. (Tealdi J.C., 2008)

Los participantes no recibirán remuneración económica ni de ningún tipo. Una vez leído el consentimiento podrán aceptar o negarse a participar en el presente trabajo. En caso de aceptar, durante el desarrollo de la entrevista podrán revocar su consentimiento.

Los resultados del presente trabajo serán publicados, quedando una copia impresa a disposición de docentes, estudiantes y autoridades académicas e institucionales en la Escuela de Parteras.

REFERENCIAS

Aran D., Laca H. (2011) Sistema de salud de Uruguay. Scielo www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800021

Arena Faroppa J., Berro Dubourg P., Pereira Peña J., Polto J. (1999) Pautas Terapéuticas en Obstetricia. Montevideo. Oficina del Libro-AEM

Benia W., Alemán A., Vázquez J. (2011) Una Década de Sífilis Gestacional y Congénita en Uruguay 2000-2009. Montevideo, Uruguay, CLAP/SMR

Berdasquera, D., Lazo. M.A., Galindo, B. y Gala, A. (2004) Sífilis: pasado y presente. Scielo http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000200008

Bolomo G., Campoy M., Garritano M., Miraglia E, Gómez Sierra M., Ibáñez M., Alves E., Chiavassa A. (2016) Sífilis adquirida y congénita: nuestra experiencia en el Consultorio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del HIGA, San Martín de La Plata (2011-2015) https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163g.pdf

Borobio M. El enigma de la Sífilis. (2010) Departamento de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla

Bruniera. C., Duarte. G., Romero. M., Cardoso das Neves. D., Bezerra. M. (2021). Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: sífilis congénita y niño expuesto a la sífilis. Scielo https://www.scielo.br/j/ress/a/SwXRF6pXG3hX58K86jDSckv/?format=pdf&lang=es

Carneiro L.A., De Castro I.M. (2016) Sífilis: Histórico, Epidemiologia e incidência em Santana do Livramento/RS. Ediurcamp http://revista.urcamp.tche.br/index.php/congregaanaismic/article/view/2243

Casas R. L, Rodríguez M., Rivas J. (2009) Sífilis y Embarazo: ¿Cómo diagnosticar y tratar oportunamente? Revista Colombiana de Obstetricia. Scielo http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n1/v60n1a07.pdf

Cuevas L., De Oliveira R. (2003) Sífilis Congénita: Desafió Nacional. Scielo http://scielo.edu.uy/pdf/ago/v43n3/sifilis.pdf

Hernández Sampieri R., (2014) Metodología de la investigación. 6ta edición, México, Interamericana Editores S.A.

Ketzoian C., (2004) Estadística Médica. Conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica. 1er edición corregida, Montevideo, Oficina del Libro FEFMUR, Facultad de Medicina.

Mandell, Douglas y Bennett (2015) Enfermedades infecciosas, principios y prácticas. 8va edición, USA. Elsevier Saunders.

Moraes M. y Estevan M. (2012) Sífilis congénita temprana. Revista Archivos de Pediatría, Uruguay. Scielo http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492012000100008

Moyer S. et al. (1998) Contribución de la radiografía de huesos largos en el manejo de la sífilis congénita en neonatos.

MSP (2010) Centro Hospitalario Pereira Rossel. Hospital de la Mujer. Informe de Gestión. Montevideo

MSP (2014) Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la Mujer en el proceso de Embarazo, Parto y Puerperio. Uruguay

MSP (2015) Guía Clínica Para la Eliminación de la Sífilis Congénita y Transmisión Vertical del VIH. 2da edición, Uruguay

MSP (2015) Ordenanza ministerial 427/12. Uruguay

MSP (2018) Guía de Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual. Uruguay

Oloya S., Lyczkowski D., Orikiriza P., Irama M., Boum Y., Migisha R., Kiwanuka J., Mwanga-Amumpaire J. (2020) Prevalence, associated factors and clinical features of congenital syphilis among newborns in Mbarara hospital, Uganda. Pubmed https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32616037/

Nari M. y Salveraglio I. (2014) Consideraciones para la formación en bioética en quehacer universitario. Uruguay.

OPS (2010) Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington DC. CLAP/SMR

Pineda E.B, de Alvarado E.L, de Canales F.H. (1994) Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2da edición, Washington DC, OPS

Redondo Escalante P. (2004) Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Prevención de la enfermedad. Facultad de Medicina, Costa Rica. https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_07_-_niveles_de_prevencion.pdf

Ros-Vivancos C., González-Hernández M., Navarro-García J.F., Sánchez-Payá J., González-Torga A. y Portilla-Gogorb J. (2018) Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia. Revista De Quimioterapia https://seq.es/resumen-del-articulo/rev-esp-quimioter-2018-november-14/

Talati A.J., Koneru P. (2011) Neonates at risk for congenital syphilis: radiographic and cerebrospinal fluid evaluations. Pubmed https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22089362/

Tealdi J.C. (2008) Diccionario Latinoamericano de Bioética. Colombia. Unibiblos

Tesini B. (2020) Sífilis congénita. Manual MSD versión para profesionales. https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADfilis-cong%C3%A9nita

Torres Salazar J.F., Rodríguez Ortega D. (2017) Signos dentales de la sífilis congénita. Revista ADM https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od176c.pdf

Trivedi S., Williams C., Torrone E., Kidd S. (2019) National Trends and Reported Risk Factors Among Pregnant Women With Syphilis in the United States, 2012–2016. USA. NCBI https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6743074/

Turnes L. (2007) La Sífilis en la Medicina. Montevideo. Ediciones Granada

Valderrama J, Zacarrias F, Mazin R/ 2004 Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Scielo https://www.scielosp.org/article/rpsp/2004.v16n3/211-217/

ANEXOS

1- Formulario de entrevista a utilizar en el trabajo

Prevalencia de Sífilis materna y congénita en el Hospital Departamental de Rivera**,** en el período 2017-2018.

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DE RIVERA (URUGUAY)

1. En su opinión, ¿qué conocimiento tienen las mujeres embarazadas, usuarias de esta institución, sobre la sífilis?

2. ¿Cree Ud. que ellas tienen conocimiento de la “transmisión vertical”?

3. ¿Cuáles cree Ud. que son los principales factores de riesgo en estas usuarias?

4. ¿Cree Ud. que el diagnóstico de sífilis sobre la población gestante se ve influenciado por tratarse de una ciudad fronteriza?

5. ¿Cuál cree Ud. que es el rol de la Partera, en la prevención, promoción y diagnóstico de sífilis?

2- Consentimiento Informado para participantes de la entrevista

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos Elisa Fuster, Dalma González, y María de los Ángeles Guarino, estudiantes de la Escuela de Parteras, perteneciente a Facultad de Medicina, Universidad de la República. Como parte de los requisitos para egresar de la carrera se debe llevar a cabo la realización de un trabajo final, en nuestro caso, una investigación que, entre otros, comprende entrevistas al personal de salud. El título de la investigación es: Prevalencia de Sífilis Materna y Congénita en el Hospital Departamental de Rivera, en el periodo 2017-2018.

Usted ha sido seleccionado/a para participar en esta entrevista, la cual consiste en contestar preguntas que le haremos y que le llevará responder aproximadamente 10 minutos.

La información específicamente obtenida será confidencial y su nombre no será utilizado.

La entrevista no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio a cambio.

He leído lo descrito anteriormente en este documento.

Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la mencionada investigación.

....

FECHA CÉDULA DE IDENTIDAD

....

NOMBRE FIRMA