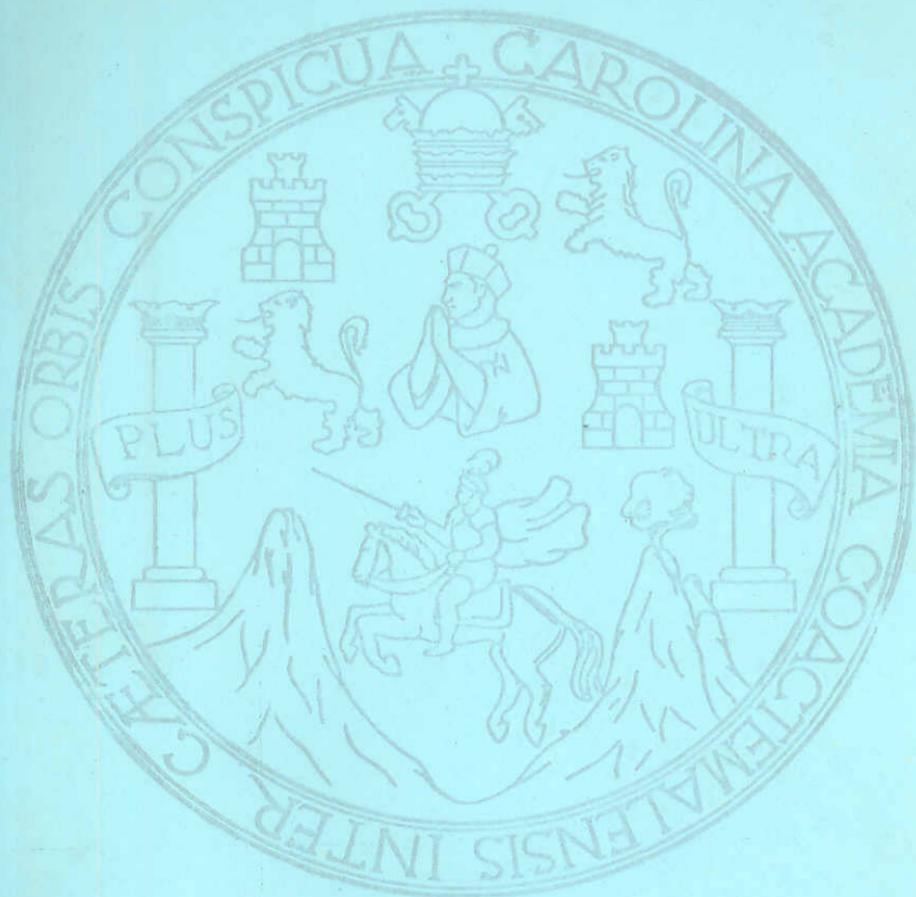


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DETERMINACION DEL USO DE CRITERIOS
CLINICOS, EPIDEMIOLOGICOS Y SEROLOGICOS
PARA EL DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA



IVAN MANFREDO ESCOBAR RODRIGUEZ

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

| | | |
|-------|------------------------------------|----|
| I. | INTRODUCCION | 1 |
| II. | DEFINICION DEL PROBLEMA | 2 |
| III. | JUSTIFICACION | 4 |
| IV. | OBJETIVOS | 5 |
| V. | REVISION BIBLIOGRAFICA | 6 |
| VI. | METODOLOGIA | 17 |
| VII. | PRESENTACION DE RESULTADOS | 23 |
| VIII. | ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS | 28 |
| IX. | CONCLUSIONES | 30 |
| X. | RECOMENDACIONES | 31 |
| XI. | RESUMEN | 32 |
| XII. | BIBLIOGRAFIA | 33 |

INTRODUCCION

La sífilis congénita es una enfermedad sistémica, adquirida como resultado de infección intrauterina o durante el parto, cuyo organismo responsable es el *Treponema pallidum*; constituye un problema muy difícil dentro de la atención materno-infantil ya que los costos económicos para atender a los pacientes con secuelas de esta enfermedad son considerables.

Los criterios de diagnóstico para sífilis congénita se basan en las manifestaciones clínicas, serológicas y epidemiológicas. Las combinaciones de dichos criterios y su uso, han generado en diversas instituciones discrepancias sobre los requisitos necesarios para definir un caso

Este es un estudio retrospectivo-descriptivo, realizado en el Hospital General San Juan de Dios durante el periodo de enero de 1993 a marzo de 1998. Se estudiaron los expedientes clínicos de todos los pacientes con diagnóstico de sífilis congénita atendidos en el servicio de Recién Nacidos, con el fin de determinar el uso de los criterios epidemiológicos, clínicos y serológicos en el diagnóstico de casos. Se procedió a determinar la frecuencia y a establecer el uso y la combinación de criterios absolutos, mayores y menores.

Se llegó a establecer que en los 21 casos encontrados, en el 9.53% (2 casos) se utilizaron criterios epidemiológicos (apoyados con criterios clínicos y/o serológicos). En cuanto a los criterios clínicos, en el 85.7% de los casos se usaron criterios menores, y en 80.9% se usaron criterios mayores.

El diagnóstico fue fundamentado en un 80.9% de los casos con criterios serológicos y clínicos, en el 9.5% de los casos con criterios epidemiológicos, clínicos y serológicos, y en el 9.5% de los casos sólo con criterios serológicos.

DEFINICION DEL PROBLEMA

El problema de salud causado por la sífilis se ha comparado con un gran témpano de hielo ya que solo una parte es visible, el aspecto visible es lo que observa y conoce la comunidad médica (6).

La sífilis congénita es una enfermedad de difícil diagnóstico ya que todos los casos son distintos en cuanto a: sus características clínicas, el tiempo de apareamiento de sus signos y síntomas en el recién nacido y positividad de los test serológicos (1).

La sífilis sigue siendo una enfermedad grave que se puede presentar en personas de distintas edades. Dentro del grupo familiar los más afectados son las madres e hijos, esto radica en que: durante el embarazo la contagiosidad es grande, el feto es vulnerable y el control prenatal en nuestro medio es de una pobre calidad. Esta enfermedad representa un problema muy difícil dentro de la atención materno-infantil ya que los costos económicos para atender a los pacientes con secuelas de esta enfermedad son considerables. (2).

La sífilis congénita clínicamente es conocida como la gran imitadora ya que muchos signos y síntomas son compartidos con otras enfermedades, siendo en varias oportunidades subdiagnosticada o diagnosticada tardíamente.

Con respecto al uso de los criterios para diagnosticar esta enfermedad, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América, realizó en 1996 un estudio epidemiológico en una población de niños con sífilis congénita, en éste se fundamentaron discrepancias y problemas de validez en la definición de casos de sífilis congénita, y se describió la necesidad de combinar criterios para el diagnóstico como los descritos y adaptados por C. Rathbun en el año de 1983 (30, 35).

Tomando en cuenta que las pruebas serológicas negativas no descartan la posibilidad de sífilis congénita, ni la técnica de campo oscuro e inmunofluorescencia es un 100% sensible, se hace aún más difícil su diagnóstico, lo que implica la necesidad de definir de una forma minuciosa los

casos de sífilis congénita especialmente en los infantes que se presentan asintomáticos, porque en ellos los criterios epidemiológicos y antecedentes maternos de padecer o haber padecido la enfermedad fundamentarán el diagnóstico. (3, 12, 20, 27)

En el año de 1992 el Centro de Control y Prevención de Enfermedades, describió que en los Estados Unidos el 40% de los supervivientes de sífilis congénita presentaban manifestaciones clínicas tardías, esto resalta la importancia de que el médico debe estar informado sobre las consideraciones actuales acerca de el diagnóstico temprano, el cual debe basarse en criterios clínicos, epidemiológicos y serológicos, realizando así un mejor manejo clínico y terapéutico, y por consiguiente ahorrando recursos a las instituciones de servicio y a los familiares de los pacientes.(30)

En el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios no se conoce aún un protocolo de lineamientos para el manejo de estos pacientes en el proceso diagnóstico, en el que se incluyan los criterios clínicos, epidemiológicos y serológicos.

JUSTIFICACION

La sífilis congénita es una enfermedad infecciosa que puede ser fácilmente prevenible y eficazmente tratada si se diagnostica tempranamente. Actualmente el diagnóstico de esta enfermedad representa un gran problema de salud a nivel mundial.

De acuerdo con un estudio realizado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, en el año de 1990, se reportaron 2800 casos de sífilis congénita en niños menores de un año, gran parte de estos casos se detectaron después del egreso de los centros hospitalarios donde nacieron.

Del año de 1989 a 1991 se reportaron al Departamento de Estadística del Hospital General San Juan de Dios 44 casos de sífilis congénita, de éstos el 22% fueron diagnosticados después del mes de vida.

Es importante determinar en los centros de atención hospitalaria los criterios (clínicos, epidemiológicos y serológicos) utilizados en el diagnóstico de esta enfermedad, con el objeto de establecer una base para la elaboración de un protocolo de manejo para el diagnóstico precoz, el cual no existe en este hospital.

El uso de un protocolo para cada enfermedad ha demostrado una mayor eficacia en la atención médica, pues ayuda al médico a tomar en cuenta todos los elementos utilizados en el diagnóstico y manejo.

Se propuso determinar el uso de dichos criterios con el fin de ser sometidos a evaluación por parte de las autoridades correspondientes, para establecer nuevas medidas para un diagnóstico temprano con lo que se disminuirían los costos invertidos en el tratamiento.

OBJETIVOS

GENERAL:

1. Describir los criterios clínicos, epidemiológicos y de diagnóstico serológico, utilizados en la definición de los casos de sífilis congénita, en el Servicio de Neonatología del Hospital General San Juan de Dios, de Enero de 1993 a Marzo de 1998.

ESPECIFICOS:

1. Determinar la edad de las madres de los niños con sífilis congénita.
2. Establecer la procedencia de los padres de los niños que presentaron sífilis congénita.
3. Determinar los antecedentes maternos sobre el padecimiento de sífilis y su tratamiento.
4. Enunciar las características clínicas que se describieron de la enfermedad en el recién nacido.
5. Determinar la presencia de alteración en la coagulación sanguínea del niño con sífilis congénita.
6. Determinar la existencia de afección ósea en los niños con sífilis congénita.
7. Describir la existencia de: proteinorraquia y leucorraquia en niños con sífilis congénita.
8. Enunciar los exámenes serológicos que complementaron el diagnóstico.

MARCO TEORICO

DATOS HISTORICOS

La sífilis se reconoció por primera vez en Europa al final del siglo XV. Apareció inicialmente en el área mediterránea; de ahí se diseminó y alcanzó rápidamente proporciones epidémicas. Se considera que fué introducida a las Indias Occidentales por la tripulación de Colón.

La sífilis se denominó al principio "la enfermedad italiana" después, "el mal francés" y también el "great pox". En 1769 John Hunter, un gran biólogo experimental y médico inglés, se autoinoculó con exudado uretral de un paciente con gonorrea, para su desgracia padecía además sífilis, y los síntomas que experimentó posteriormente convencieron a los médicos de este tiempo. (12)

SIFILIS CONGENITA

ETIOLOGIA Y DEFINICION

La sífilis congénita es una enfermedad sistémica que adquiere el recién nacido durante el embarazo o durante el parto, cuyo organismo responsable es el *Treponema pallidum*. Esta espiroqueta es muy delicada, con forma de tirabuzón, densamente enrollada y móvil con los extremos afilados, pertenece a la familia Spirochaetaceae y al género *Treponema*. (1,8,19,21, 26)

EPIDEMIOLOGIA

La sífilis ocurre en todo el mundo pero es más frecuente en las grandes áreas urbanas. En adultos infectados por HIV, la sífilis es frecuente y la infección en varones es dos veces más frecuente que en las mujeres, pero la relación está disminuyendo.

La sífilis congénita se adquiere a partir de una madre infectada a través de la transmisión transplacentaria o perinatal de *Treponema pallidum*. La transmisión puede tener lugar en cualquier momento durante el embarazo.

En la sífilis temprana y no tratada, el 40% de los embarazos conducen a mortinatos o a muertes perinatales. (8)

El periodo de incubación de la sífilis primaria adquirida es típicamente de unas 3 semanas, pero varía desde 10 a 90 días después de la exposición. (8)

El incremento en los casos de sífilis congénita reportada por la CDC (Centers for Disease Control), se debe a una nueva definición de casos para sífilis congénita. Los nuevos lineamientos incluyen a todo recién nacido vivo o muerto nacido de madres con historia de no haber sido tratada o madres con inadecuado tratamiento para sífilis, estos nuevos lineamientos incrementan la sensibilidad para el reporte de casos de sífilis congénita con algún decremento en la especificidad.

La incidencia de sífilis congénita ha estado paralela a el incremento de incidencia de sífilis primaria y secundaria en la población adulta durante la década de los ochentas, durante este periodo la sífilis decreció en homosexuales y hombres bisexuales pero se ha incrementado en heterosexuales. Los factores que han contribuido al incremento de la incidencia de sífilis congénita incluyen el aumento de los casos de sífilis primaria y secundaria, tratamientos fallidos en el embarazo, reinfección materna y fallo para detectar muchos casos de sífilis materna por un pobre control prenatal y falla en la realización de test serológicos para sífilis. (18,24)

De acuerdo con la OMS, 250 millones de nuevos casos de enfermedades por contacto sexual ocurren cada año, además las complicaciones más serias se dan en la madre y sus niños. (5,9)

En los Estados Unidos la incidencia de sífilis decreció considerablemente, cuando se dispuso usar en el tratamiento a la penicilina en la década de 1940 (8,18,21,24,28).

Aproximadamente hace 20 años el número de casos se incrementaron, esto fué atribuido al cambio de prácticas sexuales, la epidemia del uso de crack y cocaína y a la aparición de infección por VIH. (16,18,20,24,2,33).

Durante la década pasada la incidencia de sífilis congénita en todas las regiones de Estados Unidos llegó a su máximo en los años 1989 a 1991, ocurrieron más casos en poblaciones minoritarias a lo largo de las áreas urbanas.

La incidencia de sífilis tiene variaciones geográficas siendo más alta en centros urbanos, varía de 4 a 80 casos por 100,000 nacidos vivos. (35) En 1990 alrededor de 2800 casos de sífilis congénita entre infantes menores de 1 año de edad fueron reportados por la CDC. (21).

Para que sea demostrada la posibilidad de éxito para una baja incidencia de sífilis congénita en países industrializados tiene que ser aproximadamente de 0.05%. (9)

La causa de la sífilis congénita no es solo el *T. pallidum*, los factores sociales, económicos y geográficos que permiten la presencia de sífilis durante la gestación sin tratamiento deben considerarse como causa. (7,24,32)

PATOLOGIA Y PATOGENESIS

La sífilis congénita puede ser contraída por un feto hasta cinco años después de que la madre se infectara por primera vez aunque cuanto más reciente es la infección más posibilidades tiene el feto de quedar afectado y más florido es el cuadro de esta afección congénita. Los treponemas no invaden el tejido placentario ni los tejidos del feto hasta el quinto mes de gestación y por tanto la sífilis es una causa infrecuente de aborto precoz.

En las formas perinatal e infantil de la sífilis congénita, las lesiones más espectaculares afectan a los tejidos mucocutáneos y a los huesos. Se produce una erupción cutánea difusa que difiere de la que se observa en la fase secundaria de la sífilis adquirida en la que cursa con un desprendimiento abundante del epitelio, especialmente en las palmas y plantas, y en las zonas adyacentes a la boca y el ano. Estas lesiones incluyen grandes cantidades de espiroquetas. Puede haber osteocondritis y periostitis lúetica que afectan a cualquier hueso, principalmente a los de nariz y los de los miembros inferiores. Las epifisis aumentan de tamaño, a medida que crece

excesivamente el cartilago. En la metafisis se observan islotes desplazados de cartilago. En el hígado aparece fibrosis difusa, con infiltrado leucocitario y alteraciones vasculares. En los pulmones se encontrará fibrosis intersticial difusa.

La espiroquetemia generalizada puede provocar reacciones inflamatorias intersticiales difusas en prácticamente cualquier órgano del cuerpo como: páncreas, riñones, corazón, bazo, timo y órganos endócrinos. En el Sistema Nervioso Central puede aparecer un cuadro de sífilis meningovascular. Las alteraciones oculares consisten en queratitis intersticial o coroiditis con cicatrización inflamatoria. (1,31,32,34,35)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones clínicas en el recién nacido corresponden a una sífilis secundaria del adulto en que hay una extensa diseminación del microorganismo. El rango de compromiso clínico va desde niños totalmente sanos a pacientes con compromiso séptico severo. La infección neonatal es clasificada arbitrariamente en: temprana (manifestaciones que se presentan antes de los 2 años de vida) y tardía (es decir manifestaciones que aparecen después de los 2 años de vida). En la sífilis congénita temprana las manifestaciones son variables y en combinaciones no predecibles. (35)

Los recién nacidos con sífilis congénita por lo general son de bajo peso y marasmáticos muestran expresión senil o tipo simio en la cara, tienen distensión abdominal y un color de piel amarillento o tipo café con leche con poca turgencia. Las pápulas que encontramos son por lo general más grandes que en adultos, el color rojo oscuro el más obvio y la infiltración mayor. Las vesículas y la descamación son características frecuentes. Las áreas preferentemente afectadas son extremidades, palmas y plantas. El llanto puede causar fisuras profundas en las infiltraciones periorales que son dolorosas y algunas veces dejan escaras radiales profundas, llamadas arrugas de Parrot. En ocasiones las pápulas pueden proliferar y formar placas elevadas, que se erosionan y se localizan en particular sobre partes intertriginosas.

Las lesiones sobre las mucosas, como las pápulas sobre las narinas,

causan estridor al respirar; esto se llama rinitis sifilitica. Las pápulas y la sobreinfección pueden ulcerar y destruir el tabique nasal el bien conocido signo de silla de montar o nariz de "catalejo". Las placas mucosas sobre la lengua pueden volverse erosiones dolorosas y profundas. de color rojo oscuro, del tamaño de una lenteja (plaques fouées).

Los ganglios linfáticos palpables están por lo general crecidos (linfadenopatía generalizada).

La rinitis puede estar relacionada desde la primera hasta la sexta semana de vida, inicialmente la secreción es mucosa y abundante y luego hemorrágica, rica en treponemas. Los Condilomas lata o parches mucosos aparecen principalmente en boca, ano y vulva; cuando afectan laringe, generan disfonía o chifles. (1,4,15,25,28,32,34,35)

Con respecto al hígado puede haber hepatomegalia, la cual por lo general va acompañada de esplenomegalia.

Si existe neumonía intersticial, los síntomas clínicos serán: cianosis, intentos inspiratorios frecuentes, aleteo nasal, quejido inspiratorio y otros signos de neumonía.

Si están afectados los riñones, los síntomas clínicos son proteinuria, hematuria, oliguria, edema hipertensión arterial y uremia.

Si hay compromiso de neurosífilis pueden haber signos de meningitis la que puede ser además asintomática.

El páncreas suele ser muy afectado y el daño en los islotes de Langerhans puede provocar síntomas de diabetes.

Hurpy y colaboradores evaluaron la incidencia de síntomas en 242 casos de sífilis congénita temprana. Los cambios óseos se presentaron en 61%, hepatomegalia en 51%, esplenomegalia en 49%, petequias en 41%, erupciones cutáneas en 35%, anemia en 34%, linfadenopatía en 32%, ictericia en 30%, seudoparálisis en 28% y coriza en 23%. (1,32,34,35)

La eliminación de la sífilis congénita se dificulta usando solo bases clínicas en el diagnóstico, ya que a ésta se le ha llamado la gran imitadora. (13). Muchos pacientes pueden presentar deformidades en las piezas dentarias tomando aspecto de dientes de tiburón (dientes de Hutchinson), sordera neurosensorial, así como el fondo de ojo en sal y pimienta, lo que se conoce como la triada de Hutchinson. (32)

DIAGNOSTICO

La epidemiología e información demográfica de las madres, así como también la evaluación clínica y de laboratorio del recién nacido, tienen que ser utilizados para hacer el diagnóstico de sífilis congénita. La información más importante es el estado de las madres a la hora del parto del recién nacido.

Factores de riesgo en las madres como por ejemplo: un pobre control prenatal, temprana edad en el embarazo (menor de 20 años), madre soltera, diagnóstico de otra enfermedad de transmisión sexual, promiscuidad, y abuso de drogas alertarían al clínico a tomar los cuidados en la atención del niño para evidenciar sífilis congénita. (21,32)

Para el diagnóstico de la sífilis, son útiles tres métodos:

1. Visualización directa del microorganismo por microscopio en campo oscuro, técnica de anticuerpo fluorescente o mediante tinciones especiales del tejido infectado;
2. Inoculación de animales, y
3. Demostración de reacciones serológicas típicas de sífilis. Se adolece de un método de cultivo para estos microorganismos (8, 12, 20, 29, 32).

Los especímenes deben rasparse de las lesiones mucocutáneas húmedas o deben aspirarse de una adenopatía regional. (8)

Pruebas Serológicas:

Estas pruebas se dividen en dos grupos: las de antígenos no treponémicos y las de antígenos treponémicos. Las de antígenos treponémicos indican contacto por infección de treponema, tienen reactividad cruzada con el antígeno de otras enfermedades por treponema como las que causan la frambesía y el mal de pinto, por lo que no son específicas.

Pruebas con antígenos que no son de treponema:

Detecta la presencia de anticuerpos (reaginina) que es inducida por el *T. pallidum*. Dos de estas usan cardiolipina-lecitina como antígeno:

1) pruebas de fijación de complemento, incluso la de Wasserman y Kolmer, y 2) pruebas de floculación en las que se incluyen el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), el de Hinton y el de la reagina rápida. Estas pruebas suministran información clínica similar y tienen ventajas equivalentes, detectan títulos de anticuerpos que se elevan y decrecen, tienen una elevada frecuencia de falsos positivos agudos y crónicos y proporción creciente de falsos negativos.

El VDRL se utiliza frecuentemente para detectar en el recién nacido una posible infección por *T. pallidum*. Dado que la IgG materna pasa hacia el feto, este puede dar positivo a la prueba. El nombre de otro test es la prueba de reaginina rápida de plasma (Card) (RPR o RPC), este test da resultados casi idénticos con el VDRL. (12, 32)

Pruebas Treponémicas:

Utilizan antígeno de *T. pallidum*.

- Prueba de inmovilización del *Treponema pallidum* (TPI), basada en la capacidad del anticuerpo reagínico y del complemento de inmovilizar una suspensión de treponemas vivos y móviles que se mantienen en el testículo de conejo, usando el microscopio de campo oscuro.
- Prueba de fijación de complemento con proteína Reiter: El antígeno es un extracto de treponema no virulento, la cepa de Reiter que puede cultivarse in vitro.
- Prueba con anticuerpos fluorescentes. Se usa anticuerpos antihumanos marcados con fluoresceína. Las pruebas son tan sensibles como confiables. La prueba FTA-ABS es costosa y requiere tiempo.
- IgM FTA-ABS, basada en la detección de anticuerpos que no atraviesan la placenta o anticuerpos del feto. En general estas pruebas no distinguen entre infección activa o transferencia pasiva.
- Pruebas de hemaglutinación. Estas son económicas y fáciles de realizar. Son tan sensibles como la del FTA-ABS, excepto en sífilis primaria.

REACCIONES POSITIVAS FALSAS: todas las pruebas serológicas de sífilis producen resultados reactivos ocasionales en pacientes en los que no

existe otra evidencia de infección sífilítica.

FALSOS POSITIVOS BIOLÓGICOS AGUDOS: se dan en enfermedades agudas como neumonía, hepatitis, vacunaciones y enfermedades víricas exantemáticas.

FALSOS POSITIVOS BIOLÓGICOS CRÓNICOS: se presentan en casos de drogadicción, hepatitis, edad avanzada, lepra y enfermedades del colágeno. (12)

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE SIFILIS CONGÉNITA INICIAL

Estos se basan en las manifestaciones clínicas, serológicas y epidemiológicas. Puede ser difícil el diagnóstico en presencia de otra enfermedad infecciosa. El VDRL y FTA-ABS miden el anticuerpo IgG, no distinguen la enfermedad del lactante por el anticuerpo derivado de la madre. Niños con serología reactiva positiva al nacimiento, y que posteriormente presentan pruebas serológicas negativas, presentándose al examen clínico asintomáticos, mas no reciban tratamiento al momento del parto deben cumplir con los siguientes criterios:

1. El niño debe estar clínicamente sano y permanecer así.
2. Debe tenerse la disponibilidad de exámenes subsecuentes en el niño. En niños de familias que se sabe evitan la atención médica, pueden requerir tratamiento antes de ser dados de alta. Examinar el suero en semanas alternas hasta comprobar que ya no es reactivo.
3. Antes de demostrar que el niño está libre de enfermedades congénitas, debe presentar los siguientes parámetros:
 - a. Pruebas serológicas para sífilis que disminuyen o no son reactivas.
 - b. Los títulos disminuyen a valores no reactivos en algunas semanas después del nacimiento.
4. Si la madre tuvo enfermedad primaria o secundaria durante el embarazo, debe demostrarse que recibió tratamiento adecuado.

Deben recibir tratamiento:

1. Recién nacidos con signos de enfermedad compatible con sífilis congénita y serología reactiva.
2. Niños con hallazgos clínicos y madres que estuvieron expuestas a sífilis.

3. Niños que se encuentran asintomático pero que sus madres padecieron sífilis primaria o secundaria durante el embarazo y no recibieron tratamiento o lo recibieron inadecuadamente, ya sea que los niños hayan tenido serología positiva o negativa.
4. Recién nacido asintomático pero madre tuvo contacto en los 90 días previos al parto con persona con sífilis primaria o secundaria y que no recibió tratamiento o fue mal tratada, incluye a niños con serología reactiva y no reactiva. (12)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA EN MENORES DE 2 AÑOS (12)

CRITERIOS CLINICOS:

Absolutas:

1. Espécimen de lesiones que muestra *T. pallidum*, histológico o de campo oscuro.

Mayores:

2. Prueba positiva de reaginina en LCR.
3. Condiloma lata
4. Osteocondritis, periostitis
5. Catarro nasal, rinitis hemorrágica.
6. Lesiones bulosas erupción palmar y plantar.

Menores

7. Placas mucosas.
8. Hepatoesplenomegalia.
9. Linfadenopatía generalizada.
10. Signos del SNC
11. Anemia hemolítica, CID.
12. Elevación de cuenta celular o proteína en el LCR.
13. Neumonitis
14. Edema, ascitis
15. Vasculitis o inflamación de las vellosidades placentarias.
16. RCIU.

CRITERIOS SEROLOGICOS:

Mayores:

1. Incremento al cuádruple en el título de reaginina y prueba positiva del anticuerpo contra treponema.
2. Desarrollo de una prueba positiva contra treponemas después del nacimiento.
3. Pruebas de reaginina positiva o de anticuerpos contra treponemas después de los cuatro años de edad.

CRITERIOS EPIDEMIOLOGICOS:

Mayores:

1. Sífilis primaria no tratada en la madre

Menores:

3. Sífilis latente tardía no tratada en la

- durante las 4 semanas previas al parto.
2. Madre y un contacto sexual no tratado y presentan lesiones sifilíticas durante el embarazo.

madre.

4. Sífilis primaria en madre durante 3 semanas previas al parto.
5. Madre tratada para sífilis durante el embarazo con fármaco diferente a penicilina.
6. Madre tratada para sífilis durante el embarazo y no vigilada medicamente hasta el parto.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Dentro de las enfermedades que podemos mencionar están:

- a. Exantema viral.
- b. Dermatitis del pañal tipo Jacquet.
- c. Escabiosis.
- d. Psoriasis palmoplantar.
- e. Enfermedad pié-mano-boca.
- f. Síndrome de TORCH.
- g. Lupus vulgar.
- h. Sarcoidosis
- i. Lepra lepromatosa y tuberculosa.
- j. Linfomas malignos (1,32).

TRATAMIENTO:

La penicilina es el mejor tratamiento, hay muchas variedades de regímenes, es necesario agregar que debe, idealmente, realizarse con el paciente hospitalizado y que el esquema varía según la edad del paciente y el compromiso o no del sistema nervioso central. Así tenemos que:

- Sin compromiso del LCR y menor de 1 mes de edad: Penicilina cristalina acuosa G 100,000 a 150,000 U/Kg/día (i.v.) dividida cada 8 a 12 hr. por 12 a 14 días.
- Sin compromiso del LCR y mayor de 1 mes de edad: Penicilina cristalina acuosa G 100,000 a 150,000 U/kg/día (i.v.) dividida cada 6 hr. por 10 a 14 días.
- Con compromiso del LCR: Penicilina cristalina acuosa G 200,000 a 300,000 U/Kg/día (i.v.) dividida cada 4 hr. por 10 a 14 días (14,35).

PREVENCIÓN:

- Todas las mujeres deben efectuarse los exámenes de sífilis en el embarazo.
- Se recomienda la educación sobre las enfermedades de transmisión sexual y educación sobre las conductas sexuales; la notificación de los casos y seguimiento apropiado.
- Todos los contactos sexuales recientes de una persona con sífilis adquirida deben ser identificados, examinados, y hacerseles las pruebas serológicas.
- Todos los individuos, incluyendo al personal del hospital, que tienen contacto cercano sin protección con un paciente con sífilis congénita temprana antes de la identificación de la enfermedad, o durante las primeras 24 horas de tratamiento deben ser examinados clínicamente para determinar la presencia de lesiones 2 a 3 semanas después del contacto (8,9,17).

PRONÓSTICO:

El pronóstico para la sífilis congénita temprana es favorable. Puede haber regresión espontánea y curación completa después de un tratamiento eficaz antes que se desarrollen cambios destructivos en todos los tejidos que afecta esta enfermedad(32).

SEGUIMIENTO:

Los controles clínicos y serológicos deben realizarse mensualmente durante medio a un año y con intervalos de tres meses hasta el final del segundo año después de la terapéutica. Si el VDRL en el líquido cefalorraquídeo fué anormal al inicio del tratamiento, estaría indicada una reevaluación del mismo después de 6 meses, si es positivo tendría que ser retratado (21,32).

METODOLOGIA

A. Tipo de Estudio: Descriptivo-Retrospectivo.

B. Selección de objeto de estudio:

Expedientes clínicos de niños menores de 2 años de ambos sexos que egresaron del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios del Servicio de Neonatología con diagnóstico de sífilis congénita; del periodo del 1 de enero de 1993 al 31 de marzo de 1998.

C. Población:

Se tomaron en cuenta el 100% de los registros clínicos de niños menores de 2 años de ambos sexos que egresaron del Departamento de Pediatría del HGSJdD. Servicio de Neonatología con diagnóstico de sífilis congénita; del periodo: 1o. de Enero/ 1993 al 31 de Marzo/ 1998.

D. Criterios de Inclusión:

1. Registros clínicos de niños menores de 2 años.
2. Niños de ambos sexos que nacieron en el HGSJdD.
3. Diagnóstico de sífilis congénita.

E. Criterios de Exclusión:

1. Registros de niños mayores de 2 años.
2. Registros clínicos incompletos.

VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDIDA |
|-------------------------------|--|--|--------------------|--|
| 1. Edad | Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento. | Número de años cumplidos de la madre. | Númerica-Continua. | Años. |
| 2. Procedencia | Lugar donde nace o deriva una persona. | Región o lugar geográfico de donde se origina la persona tomado del registro clinico. | Nominal | Rural Urbana. |
| 3. Sífilis primaria. | Infección aguda por T. pallidum cuya lesión típica es el chancro. | Antecedentes maternos de habersele diagnosticado sífilis primaria durante cuatro semanas previas al parto. | Nominal | Si No. |
| 4. Sífilis latente. | Etapas de la sífilis en la que desaparecen los signos clínicos, ocurre después de la sífilis secundaria. | Antecedentes maternos de habersele diagnosticado sífilis, cuyo cuadro clínico desapareció sin tratamiento. | Nominal | Si No. |
| 5. Contacto sexual. | Relación carnal del hombre con una mujer por vía vaginal, incluye anogenital y bucogenital. | Antecedente materno de haber tenido relaciones sexuales con compañero que tenga lesiones sifilíticas sin tratamiento reportado en la historia clínica. | Nominal | Si No. |
| 6. Tratamiento Farmacológico. | Asistencia y cuidados de un paciente en el que se administra un medicamento para combatir la enfermedad. | Nombre del antibiótico usado en el tratamiento de la sífilis en la madre, descrito en el registro clínico. | Nominal | Penicilina, Eritromicina, otros. |

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDIDA |
|---|--|--|--------------------|----------------------|
| 7. Ascitis | Derrame y acumulación de líquido seroso en la cavidad abdominal. | Acumulación de líquido en la cavidad abdominal reportada en el expediente clínico. | Nominal | Presente Ausente. |
| 8. RCIU (Retardo del crecimiento intrauterino.) | Niños que presentan el crecimiento alterado, son de pequeño tamaño por lo general, y el estado es anormal. | Diagnóstico de RCIU reportado en el registro clínico. | Nominal | Presente Ausente. |
| 9. Lesiones cutáneas. | Alteración o daño en la piel la cual se manifiesta de diferentes formas. | Lesiones escamosas, vesiculares, o epiteliales, registradas, en los expedientes clínicos. | Nominal | Presente Ausente. |
| 10. Rinitis hemorrágica. | Eliminación abundante de mucosidad nasal fluida, acompañada de sangre. | Secreción seropurulenta, teñida de sangre, descrito en el registro clínico. | Nominal | Presente Ausente |
| 11. Linfadenopatía. | Enfermedad de los ganglios linfáticos. | Agrandamiento ganglionar registrada en el expediente clínico. | Nominal | Presente Ausente |
| 12. Hepatomegalia. | Aumento del tamaño del hígado. | Aumento del tamaño del hígado, registrado en el expediente clínico. | Nominal | Presente Ausente. |
| 13. Esplenomegalia. | Aumento del tamaño Del bazo. | Agrandamiento del bazo, registrado en el expediente clínico | Nominal | Presente Ausente. |
| 14. Anemia. | Disminución de la hemoglobina o volumen de eritrocitos x 100 ml de sangre. | Disminución de la hemoglobina < 11g/dL en recién nacidos a término y < 7g/dL en prematuros registrado en los expedientes clínicos. | Nominal | Presente Ausente |

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDIADA |
|---|---|--|--------------------|-----------------------|
| 15. Convulsión | Contracciones involuntarias violentas de los músculos voluntarios. | Convulsiones en los niños reportadas en el registro clínico. | Nominal | Presente Ausente |
| 16. Coagulación intravascular diseminada. | Trastorno caracterizado por la disminución de los elementos que participan en la coagulación sanguínea. | Presencia de equimosis, hemorragias, prolongación del TP y TPT y disminución del fibrinógeno. | Nominal | Presente Ausente |
| 17. Proteino-rraquia. | Aumento anormal en la concentración de proteínas en el LCR. | Concentración de proteínas > de 40mg x dL en LCR según registro clínico. | Nominal | Presente Ausente. |
| 18. Leuco-rraquia. | Aumento en la concentración de glóbulos blancos en LCR. | Aumento en el número de leucocitos > de 5 por mm ³ , según historia clínica. | Nominal | Presente Ausente |
| 19. VDRL | Test de floculación aplicada en sífilis, en la que los anticuerpos, reaccionan con el antígeno cardiolipídico | Prueba serológica no treponémica que detecta anticuerpos IgG o IgM contra antígeno cardiolipina, según registro clínico. | Nominal | Positiva Negativa. |
| 20. FTA-Abs | Prueba de anticuerpos antitreponémicos de inmunofluoresceína indirecta, que usa el T. pallidum. | Prueba serológica, antitreponémica específica capaz de identificar a T. Pallidum. Según registro clínico. | Nominal | Positiva Negativa. |

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Se determinó en el Departamento de Registro y Estadística el número de expedientes clínicos de pacientes que egresaron con diagnóstico de sífilis congénita del Departamento de Pediatría. Se buscaron las papeletas conforme el número de expediente encontrados en el periodo, revisando los hallazgos clínicos que se describieron, información sobre datos epidemiológicos descritos, los datos serológicos, luego se determinaron y cuantificaron los datos que existían y las bases en que se fundamentó el diagnóstico.

PLAN DE ANALISIS

1. Tabulación de datos obtenidos de boleta.
2. Presentación de datos en cuadros
3. Realización de conclusiones y recomendaciones

CONSIDERACIONES ETICAS

En el presente estudio la información fue tomada de registros clínicos por lo tanto no se expuso la integridad física, moral, ni mental de ninguna persona.

RECURSOS

Materiales:

- Servicio de recién nacidos del departamento de pediatría del HGSJdD.
- Libros de registro del laboratorio clínico.
- Departamento de archivo y estadística del HGSJdD.
- Expedientes clínicos de pacientes.
- Computadora y máquina de escribir.
- Biblioteca del INCAP, USAC y de Pediatría de HGSJdD.
- Servicios de INTERNET Y MEDLINE De Roemmers.

Humanos:

- Personal de archivo y estadística.
- Personal de bibliotecas.
- Personal de la extensión de información médica de Roemmers.

Económicos:

- Papelería y fotocopias: Q500.00
- Impresión de tesis: Q700.00

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1
DISTRIBUCION POR RANGO DE EDAD MATERNA DE LOS PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
ENERO DE 1993 A MARZO DE 1998.

| RANGO DE EDADES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| < 15-19 años | 5 | 23.81% |
| 20-24 años | 7 | 33.33% |
| 25-29 años | 7 | 33.33% |
| >30 años | 2 | 9.52% |
| TOTAL | 21 | 100% |

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 2
DISTRIBUCION DE ACUERDO A PROCEDENCIA DE LOS PADRES
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
ENERO DE 1993 A MARZO DE 1998.

| PROCEDENCIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| RURAL | 5 | 23.8% |
| URBANA | 16 | 76.2% |
| TOTAL | 21 | 100% |

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 3
CRITERIOS EPIDEMIOLOGICOS ENCONTRADOS
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
ENERO DE 1993 A MARZO DE 1998.

| CRITERIO | SI | NO | SIN DATO |
|---|----|----|----------|
| Sífilis primaria no tratada en la madre durante 4 semanas previas al parto. | 1 | - | 20 |
| Madre y un contacto sexual sin tratamiento, además que presentaron lesiones sífilíticas durante el periodo de embarazo de la madre. | 1 | - | 20 |
| Sífilis latente tardía no tratada en la madre | - | - | 21 |
| Madre que tuvo tratamiento para sífilis durante el embarazo con fármaco diferente a la penicilina | - | - | 21 |
| Madre que tuvo tratamiento para sífilis durante el embarazo y no fue vigilada médicamente hasta el parto. | - | - | 21 |

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 4
PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLINICAS DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
ENERO DE 1993 A MARZO DE 1998.

| MANIFESTACION CLINICA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Anemia | 15 | 71.43% |
| Lesiones cutáneas | 12 | 57.14% |
| Hepatoesplenomegalia | 11 | 52.38% |
| Rinitis hemorrágica o catarro nasal | 9 | 42.86% |
| Periostitis | 7 | 33.33% |
| Proteinorraquia | 6 | 28.57% |
| Leucorraquia | 3 | 14.29% |
| Retardo en crecimiento intrauterino | 2 | 9.52% |
| Asintomático | 2 | 9.52% |
| Linfadenopatía | 1 | 4.76% |
| Otros | 6 | 28.57% |

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 5
ENFERMEDADES ASOCIADAS EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
ENERO DE 1993 A MARZO DE 1998

| ENFERMEDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------------|------------|------------|
| Citomegalovirus | 5 | 23.8% |
| Herpes Tipo I | 4 | 19.05% |
| Herpes Tipo II | 1 | 4.76% |
| Rubeola | 1 | 4.76% |
| Neumonía | 1 | 4.76% |
| Infección en piel por Staphilococo | 1 | 4.76% |
| Infección del Tracto Urinario | 1 | 4.76% |
| Absceso en codo | 1 | 4.76% |
| Sin enfermedad asociada | 6 | 28.59% |
| Total | 21 | 100% |

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 6
PRUEBAS SEROLOGICAS EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
ENERO DE 1993 A MARZO DE 1998

| PRUEBA | POSITIVO | NEGATIVO | NO SE REALIZO |
|-------------------------|----------|----------|---------------|
| VDRL (niño) | 20 | 1 | - |
| VDRL (madre) | 17 | 3 | 1 |
| FTA-ABS | 12 | 0 | 9 |
| VDRL y/o FTA-ABS en LCR | 3 | 14 | 4 |
| MHA-TP | 8 | - | 13 |

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 7
USO DE CRITERIOS PARA DIAGNOSTICO EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
ENERO DE 1993 A MARZO DE 1998

| CRITERIO | CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------------------------|-------|------------|
| Serológico/Clinico | 17 | 80.95% |
| Serológico | 2 | 9.52% |
| Epidemiológico/Clinico/Serológico | 2 | 9.52% |
| Epidemiológico | - | - |
| Clinico | - | - |
| Epidemiológico/Clinico | - | - |
| Epidemiológico/Serológico | - | - |
| TOTAL | 21 | 100% |

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 8
USO DE CRITERIOS PARA DIAGNOSTICO EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
ENERO DE 1993 A MARZO DE 1998

| CRITERIOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| CLINICOS | - | - |
| - Absolutos | - | - |
| - Mayores | 17 | 80.95% |
| - Menores | 18 | 85.71% |
| SEROLOGICOS | | |
| - Mayores | 20 | 95.24% |
| EPIDEMIOLOGICOS | | |
| - Mayores | 2 | 9.52% |
| - Menores | - | - |

Fuente: Boleta de recolección de datos.

ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO 1

Según la literatura revisada la edad materna con mayor incidencia de sífilis es la de 20 a 24 años, lo cual concuerda con lo encontrado en este estudio. Esto es debido a que a esta edad inicia por lo general la vida sexual activa, además de otros factores predisponentes como: mayor número de compañeros sexuales, multiparidad, o abandono conyugal.

CUADRO 2

El área de procedencia más frecuente fue la urbana con un 76.2% lo que coincide con otros estudios; y se relaciona principalmente con poblaciones de bajos recursos económicos, mayor concentración poblacional, bajo nivel educativo o áreas donde predominan conductas de libertinaje como prostitución, drogadicción y promiscuidad.

CUADRO 3

Los criterios epidemiológicos fueron usados en un bajo porcentaje, un 9.52%, lo cual se relaciona a que no hay una búsqueda de contactos y casos de esta enfermedad de una forma organizada y adecuada. Además, aunque tal función debería ser realizada a nivel de atención primaria, es a este nivel donde se encuentran dificultades como: mal control prenatal, colaboración insuficiente de pacientes, actitud negativa del personal de salud hacia los pacientes, y la falta de un programa de prevención de la enfermedad.

CUADRO 4

Dentro de las características clínicas más frecuentemente encontradas tenemos: anemia con 71.4%, hepatoesplenomegalia con 52.3% y lesiones cutáneas con 57.1%; lo que coincide con la literatura. Esto se debe a que como se ha descrito el bazo y el hígado son los órganos que están expuestos a mayor flujo sanguíneo materno y por consiguiente tienen mayor riesgo de ser dañados.

CUADRO 5

Dentro de las infecciones sobreagregadas encontradas tenemos: Citomegalovirus con un 23.8% y Herpes Virus Tipo I 19.05%; debido a que estas enfermedades virales son de alta contagiosidad; además de que un 20-70% de mujeres en edad fértil tienen pruebas positivas a estas infecciones. La infección por Citomegalovirus es una de las enfermedades de transmisión sexual más común en personas promiscuas, característica que comparte con la sífilis, resultando en una alta incidencia en recién nacidos.

CUADRO 6

La prueba serológica más usada fue el VDRL en niño, con 20 pacientes positivos, por ser requisito obtener VDRL de cordón en la sala de partos, haciendo de este medio el inicio del diagnóstico de casos. De estos 20 pacientes positivos, 12 fueron confirmados con FTA-ABS y 8 pacientes con MHA-TP, pruebas que tienen la misma sensibilidad. Las pruebas en Líquido Cefalorraquídeo fueron positivas en 3 casos, ya que la neurosífilis se presenta con mayor frecuencia en etapas más tardías.

CUADRO 7

Se determinó que en el 80,95% de los casos el diagnóstico se basó en criterios serológicos-clínicos, ya que por poseer las madres un pobre control prenatal, no se tuvieron datos sobre la enfermedad; además de que no se cuenta con un protocolo que requiera de datos o antecedentes de los factores de riesgo que dan indicios de sospecha de esta enfermedad. Sólo 2 casos presentaron criterios epidemiológicos, ambas madres tenían en común haber llevado su control prenatal en centros privados, pertenecer a una clase social más acomodada, lo cual habla de la gran vinculación con el factor socioeconómico.

En dos casos se usaron solamente criterios serológicos por presentarse estos niños asintomáticos, lo que evidencia que no se da una búsqueda activa de los casos; y por ser obligatorio el VDRL de cordón los hallazgos de estos casos son incidentales.

CUADRO 8

La combinación de criterios más frecuente fue la de 1 ó 2 criterios clínicos, mayores o menores, con 1 serológico mayor; esto se debe a que por ser un centro de tercer nivel se hace mayor énfasis en la clínica y medios paraclínicos para manejar el proceso diagnóstico, dándole una menor importancia a los datos epidemiológicos.

CONCLUSIONES

1. El uso de criterios epidemiológicos es inferior al uso de criterios clínicos-serológicos, lo que evidencia que no se está enfocando el proceso diagnóstico al reconocimiento temprano de la enfermedad.
2. El diagnóstico de sífilis congénita no se fundamentó con ningún criterio absoluto, con mayor frecuencia se utilizaron criterios mayores clínicos y serológicos, por lo que los lineamientos de diagnóstico en general tienen menos capacidad de detectar tempranamente la enfermedad.
3. El principal problema en la definición de casos de sífilis congénita fueron los casos de recién nacidos asintomáticos con serología materna positiva, los cuales fueron tomados como casos presuntivos y no como casos propiamente, aunque aún no se conoce el impacto de tal conducta.
4. El VDRL sigue siendo, entre las pruebas serológicas, el mejor método de ayuda para el diagnóstico oportuno.
5. Aún no se conoce un orden en cuanto a lineamientos para el proceso diagnóstico de sífilis congénita, ni una búsqueda activa de casos durante el embarazo, ya que en muchas embarazadas no se investiga la realización de pruebas serológicas ni los antecedentes de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. Coordinar conjuntamente con el departamento de Gineco-Obstetricia la búsqueda activa de casos, dirigida inicialmente a la obtención de antecedentes relacionadas a la misma o detección de conductas riesgosas de los padres como promiscuidad o antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
2. Elaborar un protocolo de manejo haciendo énfasis en la combinación de criterios, y tomar como casos a los recién nacidos de madres seroreactivas aunque los recién nacidos permanezcan asintomáticos, y deberá instituirse el tratamiento inmediato.
3. Permitir el egreso de los recién nacidos hasta que el estado serológico de la madre sea establecido o confirmado con la realización del FTA-Abs.
4. Antes de permitir el egreso de los pacientes con sífilis congénita, descartar la presencia de otra enfermedad de transmisión sexual como: infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, Citomegalovirus, etc.
5. Insistir en el plan educacional a los padres para prevenir la infección y para el cumplimiento del tratamiento.

RESUMEN

Se realizó este estudio de tipo descriptivo, durante el período de enero de 1993 a marzo de 1998 en el servicio de Recién Nacidos del Hospital General San Juan de Dios, con el fin de determinar el uso de criterios epidemiológicos, clínicos y serológicos para el diagnóstico de sífilis congénita.

Se revisaron 22 expedientes clínicos de los cuales uno fue excluido por no cumplir con los criterios de inclusión. De los 21 expedientes revisados los resultados finales demostraron que el diagnóstico fue mayoritariamente basado en criterios serológicos-clínicos (en un 80%); los criterios epidemiológicos fueron usados muy poco (9.52%). Los criterios serológicos fueron usados aisladamente en los casos de niños asintomáticos (9.52%). El VDRL fue el principal método clave para llegar a el diagnóstico en todos los casos.

La conclusión más importante fue que el uso de criterios epidemiológicos es muy inferior comparado con el uso de criterios clínico-serológicos, lo cual evidencia que no se está enfocando el proceso diagnóstico hacia el reconocimiento temprano de la enfermedad.

No se conoce un orden establecido en cuanto a lineamientos en el proceso diagnóstico de sífilis congénita, lo cual podría ser resuelto con la elaboración de un protocolo estricto basado en la búsqueda activa de casos, lo cual aseguraría el diagnóstico precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Avery, Mary Ellen. Schaffer . Enfermedades del recién nacido; 5a edición, Editorial Interamericana: España, 1992: 806-809 p.
2. Bateman, D. A. et. al. The hospital cost of congenital syphilis: The Journal of Pediatrics; 1997, may; 130(5): 752-58p.
3. Beeram, M. R. et. al. Lumbar puncture in the evaluation of possible asymptomatic congenital syphilis in neonates. The Journal of Pediatrics, 1996, January; 128(1): 125-29p.
4. Bennett, M. L. et. al. Congenital Syphilis subtle presentation of fulminant disease. Journal Am. Academy Dermatology, 1997 feb; 36(2): 351-4 p.
5. Blank, S. et. al. New approaches to syphilis control Sexual transm. Diseases; 1997 april; 24(4): 218-26p.
6. Brown, W.J. OPS-OMS. Los elementos esenciales de un programa de control de la Sífilis. Publicación científica número 220, Washington D.C. EUA. 1971, 51-56p.
7. Cameron, S.T. et. al. Routine antenatal screening for syphilis in Lothian; Br. Journal obstetric- Gynaecology, 1997 Jun; 104(6): 734-7p.
8. Comité sobre Enfermedades infecciosas de la "American Academy of pediatrics", Red Book, Enfermedades infecciosas en pediatría. 22a edición, España 1992, 382-90p.
9. Coyle, J. Women, infants and STDs Report of the conference held in Rosslyn, Virginia on november 7-8 EUA. 1991, 1-13p.
10. Diccionario de Medicina MOSBY, Editorial Océano, edición 1995, St. Louis Missouri USA. 1995.
11. Diccionario médico de bolsillo Dorland, editorial Interamericana McGraw-Hill, 23a edición, México 1989.
12. Feigin, Ralph et. al. Textbook of pediatric infectious Diseases, Vol. 1, 2a edición, editorial Interamericana, Washington 1992, 425-26 y 556-67p.
13. Gibson, J.J. et. al. Providers of syphilis care in the southern United States, Sexual Transm. Diseases, 1996 January - Feb; 23 (1): 40-4
14. Goodman, Alfred et. al. Las bases farmacológicas de la terapéutica, editorial médica Panamericana, 8a edición. México 1991 1751 p.
15. Hendrinks, T et. al. Congenital syphilis as an imported diseases, Ned-Tijdschr-Geneskd, 1996 septembre 14: 140 (37): 1872-4.
16. Hoosen, A. A. et. al. Granuloma inguinale in association with pregnancy and HIV infection, Int-J-Gynaecd-Obstet, 1996 may; 53 (2): 133-8.
17. Humphrey, M. D. et. al. Congenital syphilis: Still a reality in 1996, Med. Journal Austr. 1996, october; 165 (7): 382-5.
18. Ikeda, M. K. et. al. Evaluation and treatment of congenital syphilis, The Journal of Pediatrics. 1990 December; 117 (6): 843-51.
19. Jawetz, Ernest. et al. Microbiología Médica, editorial Manual Moderno, 14a edición, México, 1992, 300p.
20. Johnson, P. C. et. al. Testing for syphilis dermatologic clinics, 1994 january; 12 (1): 9-16p.
21. Kaplan, Sheldon L. Current therapy in pediatric infectious diseases, Mosby year book inc. ed. Third Edition, USA.
22. Mazariegos, C, F, Protocolo e informe final de tesis de pregrado, guía para su presentación, USAC. Facultad de ciencias Médicas. Coordinación Docente Administrativa de tesis.
23. McEarlin, B. L. et. al. Maternal syphilis: The next pregnancy, American Journal Perinatology, 1996 Nov. 13 (8): 513-8p.
24. Nakashima, A. K. et al. Epidemiology of syphilis in the United States, 1941-1993, Sexual transm. Diseases, 1996 January; 23 (1): 16-23.
25. Nath, S. P. et. al. Severe rhinorrhea and respiratory distress in neonate exposed to fluphenazine hydrochloride, Ann-Pharmacother, 1996 January; 30(1) 35-7p.
26. Nelson, W. Tratado de Pediatría, editorial Interamericana McGraw Hill, 14 edición, volumen 1, España 1992, 944-48 p.
27. OPS-OMS. La sífilis, criterios y técnicas para el diagnóstico precoz y planes para el tratamiento. Publicación Científica número 331, Washington D.C. EUA. 1971, 51-56p.
28. Radcliffe, M. et. al. Single-dose benzathine Penicillin in infants at risk of congenital syphilis results of a randomised study, S-Afr-Med-J. 1997 January; 87 (1): 62-5p.
29. Rawstron, S. A. et. al. Comparison of maternal and newborn serologic tests for syphilis. American Journal for Disease. 1991 December, 145 (12): 1383-88p.
30. Risser, W. L. et. al. Problems in the current case definitions of congenital syphilis, The Journal of Pediatrics. 1996 October; 129 (4): 499-505p.

31. Robbins, S. L. et. al. Patología funcional y estructural, 4ta. Edición, Volumen 1, España 1990, 391-92p.
32. Ruiz, Ramón. Tratado de dermatología pediátrica, 1 a. edición, Editorial interamericana McGraw-Hill, México, 1992, 490-504 y 915 p.
33. Sison, C. G. et. al. The resurgence of congenital syphilis a cocaine related problems, Journal Pediatric, 1997 Feb; 130 (2): 289-92p.
34. Stoll, B. J. Congenital syphilis: Evaluation and management of neonates born to mothers with reactive serologic test for syphilis, Pediatric Infectious Diseases Journal, 1994 October; 13 (10): 845-51p.
35. Zegpi, S. M. et. al. Sífilis congénita precoz, Dermatología Chilena, 1995; 11(2):88-90p.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 UNIDAD DE TESIS.

DETERMINACION DEL USO DE CRITERIOS CLINICOS,
 EPIDEMIOLOGICOS Y SEROLOGICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE SIFILIS
 CONGENITA.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Número de registro clínico: _____ No. _____

Edad materna: _____ años

Procedencia de los padres: _ rural _ urbana.

Sífilis primaria no tratada en la madre durante 4 semanas previas al parto.

_ si _ no
 Madre y un contacto sexual sin tratamiento, además que presentaron lesiones sifilíticas durante el periodo de embarazo de la madre.

_ si _ no
 Sífilis latente tardía no tratada en la madre.

_ si _ no
 Madre que tuvo tratamiento para sífilis durante el embarazo con fármaco diferente a la penicilina.

_ si _ no
 Madre que tuvo tratamiento para sífilis durante el embarazo y no fué vigilada médicamente hasta el parto.

_ si _ no

PRESENTACION DE MANIFESTACIONES CLINICAS

| | | |
|---|----|----|
| ■ Identificación de T. pallidum por histología o campo oscuro | Si | No |
| ■ Edema, ascitis | Si | No |
| ■ Lesiones cutáneas y mucosas | Si | No |
| cuales _____ | | |
| ■ Retardo en Crecimiento Intrauterino (RCIU) | Si | No |
| ■ Rinitis hemorrágica o catarro nasal | Si | No |
| ■ Linfadenopatía | Si | No |
| ■ Hepatoesplenomegalia | Si | No |
| ■ Anemia | Si | No |
| ■ Coagulación intravascular diseminada | Si | No |
| ■ Convulsiones | Si | No |
| ■ Periostitis | Si | No |
| ■ Proteinorraquia | Si | No |
| ■ Leucorraquia | Si | No |
| ■ Asintomático | - | |

