

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**SEROPREVALENCIA DE SÍFILIS, DE PACIENTES EN POST-
PARTO INMEDIATO EN EL DEPARTAMENTO DE
OBSTETRICIA, HOSPITAL ROOSEVELT,
MAYO-JUNIO DEL AÑO 2002.**

EDUARDO CATÙ RODRÌGUEZ

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 2002

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	27
VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	32
VIII. CONCLUSIONES	38
IX. RECOMENDACIONES	39
X. RESUMEN	40
XI. BIBLIOGRAFIA	41
X. ANEXOS	43

I. INTRODUCCION

La Sífilis es una enfermedad infectocontagiosa de transmisión sexual subaguda a crónica, compleja y multifáctica, causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum* con manifestaciones clínicas variadas tanto cutáneas como sistémicas, que van desde una lesión principal (chancro), una fase secundaria con signos generales como erupciones en piel y mucosas, más un periodo de latencia prolongado, para culminar con la fase terciaria con afectación a nivel Oseo, Cardiovascular y del Sistema nervioso central.

Puede ocurrir de 2 formas: a) adquirida, que se da con mayor frecuencia durante el coito con personas infectadas b) congénita, transmitido de la madre infectada a su hijo durante la vida intrauterina, por vía transplacentaria. Así como su relación ampliamente conocida de coinfección con el HIV complicando aun más el problema.

Con base a lo anterior, se tuvo como objetivo principal; determinar la seroprevalencia de Sífilis de pacientes asistidos en el departamento de obstetricia del hospital Roosevelt durante el período comprendido del 1 de mayo al 30 de junio del año 2002.

Se obtuvo una seroprevalencia del 0.32% en la población tamizada, es decir 8 casos positivos, de 2519 pacientes atendidas en dicho período. 39.3% de pacientes llevaron control prenatal versus un 60.7 % que no. El grupo de edad más afectado fue de 18-32 años y de ellos 3 llevaron control. Se observó que el grupo afectado son personas jóvenes, reflejo que la incidencia de sífilis en nuestro país es debido a malas estrategias de las políticas de salud, carentes de programas de promoción, prevención y control dirigidos a poblaciones más necesitadas y de alto riesgo.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La sífilis es enfermedad infectocontagiosa de transmisión sexual subaguda a crónica, muy conocida desde el siglo XVI, y de afectación mundial, la cual ha aumentando significativamente desde 1957.(2,3,5).

Su distribución es muy amplia, afectando más a personas jóvenes, sexualmente activas, el grupo de edad más afectado es de 20 a 30 años, con mayor prevalencia en zonas urbanas, y en hombres más que en mujeres. Se observa dicho incremento fundamentalmente en clase socioeconómica baja, sin diferencias raciales en su incidencia, lo cual refleja factores sociales más que biológicos (2,9,30).

La sífilis es enfermedad multifacética y compleja si no se trata a tiempo, y progresiva desde el momento de su contagio, la cual la hace sumamente peligrosa cuando pasa de la etapa primaria, a la secundaria y terciaria. Produce lesiones a nivel del sistema nervioso central, cardiovascular, óseo y visceral en su fase terminal, irreversibles en muchos casos y letales en otros. Por ello es de notificación obligatoria en la mayoría de países del mundo, para la instauración rápida y apropiada de medidas preventivas, principalmente en grupos o áreas de mayor riesgo y prevalencia (5,9).

Estudios efectuados en Estados Unidos entre 1985 y 1990 reportaron incremento dramático de sífilis con incidencia de 11.4 casos por 100,000 habitantes, y en países de Sur América como; Chile con incidencia de 27.6 casos y Venezuela 124 casos por 100,000 habitantes (8).

En nuestro país el dato más reciente que tenemos es del año 2,000, el cual reportó incidencia de 2.42 casos por 100,000 habitantes (6). Y estudios efectuados en el Hospital Pedro de Betancourt del período de 1992 a 1997 reportan incidencia de 0.9% y en el Hospital General San Juan de Dios, en 1997 con incidencia de 2.7% de seropositividad para sífilis (1,20).

Guatemala no está exenta de este problema, ya que a pesar que la notificación es obligatoria la incidencia es baja, asumiendo lo anterior a un subregistro por parte del personal, ya sea por falta de conocimientos o poca vigilancia epidemiológica ya que la notificación de ésta enfermedad es obligatoria y necesaria. El reporte epidemiológico anual del año 1998 al 2000 establece que los departamentos más afectados en orden de afectación decreciente son; La capital de Guatemala con 447 casos, Escuintla con 271, Huehuetenango con 63, Santa Rosa con 57 e Izabal con 55 casos (1,6).

Se debe mencionar que la incidencia se ha incrementado porque las lesiones primarias de sífilis en mujeres no son evidentes por la localización en vagina y cuello uterino y se tornan de esta forma más contagiosas. En otros casos, las lesiones son evidentes pero al no sentir dolor, la persona se queda expectante y por instinto se aplica cualquier medicamento que tenga a la mano, y como el cuadro no empeora ni tampoco llega el dolor, entonces atribuyen al medicamento el control de la situación, mucho más cuando desaparece la lesión. Constituyendo en realidad un evento que forma parte de la historia natural de la enfermedad (27).

La sífilis es una patología muy peligrosa en nuestro medio principalmente en mujeres embarazadas ya que el *T. Pallidum* atraviesa la barrera hemato placentaria, pudiendo producir sífilis congénita o problemas como parto prematuro u óbito fetal (24,27).

En el Hospital Roosevelt actualmente se atiende un promedio de 900 a 1000 mujeres embarazadas mensualmente en el departamento de Obstetricia (12). Con una incidencia general que incluye todos los departamentos del hospital de 1.80% de seropositividad con el examen rutinario de tamisaje efectuado con VDRL (11). Por lo que es necesario realizar esté estudio con el fin de establecer la prevalencia actual en dicho departamento de pacientes infectadas con *Treponema Pallidum* a travez de la prueba de VDRL y confirmatoria con MHA-TP, conocer cuantas llevaron control prenatal y fueron diagnosticadas con sífilis así como la edad más frecuentemente afectada.

III. JUSTIFICACIÓN

La sífilis, es una enfermedad infectocontagiosa de transmisión sexual contraída por el contacto directo e indirecto de personas infectadas, conocida mundialmente no solo por su grado de infectividad, si no también como un problema de salud pública por su afectación general.

No respeta raza, clase o grupo social, y su prevalencia es más marcada en zonas urbanas que rurales, en hombres más que en mujeres, estratos socioeconómicos bajos, y especialmente en personas jóvenes sexualmente activas, con factores de riesgo como; promiscuidad sexual, consumo de drogas, prostitución, poligamia, vida sexual a temprana edad, lo cual no es nuevo ni desconocido en nuestro país tanto en área metropolitana como en el interior (2,3,4,5,8).

En Guatemala la sífilis constituye una de las enfermedades de notificación obligatoria, y a la vez un problema de salud pública, debido principalmente al subregistro existente, reflejo de malas políticas de salud, ausencia de controles estrictos, mal seguimiento de casos y contactos notificados, los cuales hacen difícil la detección de éstos y la realidad de su incidencia.

Actualmente por datos estadísticos proporcionados por la dirección general de servicios de salud y programa nacional de prevención y control de ETS/VIH/SIDA, observamos que en el informe epidemiológico del año 1996 reportó 597 casos a nivel nacional con tasa de 5.42 casos por 100,000 habitantes (1). En el año de 1998 se reportó 450 casos con 4.09 por 100,000 habitantes, en 1999 513 casos con 4.66 por 100,000 habitantes y en el año 2000 267 casos con 2.42 por 100,000 habitantes (6).

Todo esto es de suma importancia para nuestro estudio, si se toma en cuenta que el hospital Roosevelt es una de las entidades de servicios de salud más grande del país, en donde no solo se atienden personas del área Sur occidental de la capital, si no que también del interior. Actualmente se desconoce la prevalencia de VDRL positivo en población materna en el hospital Roosevelt ya que el dato de 1.8% que se tiene es muy general (11), necesitando para el efecto un dato más específico, para conocer el problema real que nos permita buscar expectativas de servicio a los afectados en el plano individual y en los aspectos clínico-epidemiológico para mejorar los servicios de salud con extensión de cobertura del control prenatal, educación, detección de casos y tratamiento médico.

IV. OBJETIVOS

A) General

- 1) Cuantificar la seroprevalencia de VDRL positivo en pacientes post-parto asistidas en el departamento de Obstetricia del hospital Roosevelt, del 1º de mayo al 30 de junio del año 2002.

B) Específicos

- 1) Identificar la edad más frecuentemente afectada de pacientes diagnosticadas con Sífilis.
- 2) Conocer el número de casos con VDRL positivo de pacientes que llevaron control prenatal.

V. MARCO TEORICO

A. SIFILIS

A.1 Historia

La palabra sífilis deriva del nombre de un pastor del reino mítico de Alcitoo llamado Siphilus, protagonista de un poema escrito por el médico Girolano Fracastoro de Verona-Italia denominado Syphillis sive morbus Gallicus en el siglo XVI, describiendo muy bien la enfermedad que afecto al mencionado personaje (10,25).

El germen causal fue descubierto por Schaudinn y Hoffman en 1905 y la reacción de Wasserman para detección de los anticuerpos antisifilíticos fue descrita por Wassermann, Neisser y Bruck en 1906 (28).

Como resultado de los esfuerzos intensos de salud pública durante y después de la segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos la frecuencia de esta enfermedad disminuyó. En los años de 1970 fue notable el incremento de enfermedades de transmisión sexual, aumentado así el número de casos comunicados de Sífilis.

Siempre en Estados Unidos a principio de la década de 1980 la incidencia aumentó principalmente en hombres homosexuales, disminuyendo en la mitad de esta década, como resultado de cambios en las prácticas sexuales en respuesta a la epidemia del SIDA.

Volviéndose a incrementar entre 1985-1990 siendo en gran parte afectada la población negra citadina y áreas rurales, para luego disminuir en el año de 1992, debido a los exitosos programas intensivos de salud pública para limitar la propagación de esta enfermedad, de afectación mundial (28,29,30).

A.2 Definición

Enfermedad de transmisión sexual infecciosa subaguda a crónica la cual es compleja y multifacética causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, capaz de infectar casi cualquier órgano o tejido del cuerpo. Originando manifestaciones clínicas variadas tanto cutáneas como sistémicas, que ocurre en forma adquirida y congénita, transmitida con mayor frecuencia durante el coito con personas infectadas a través de lesiones leves en la piel o mucosa. Pudiendo ser la infección tanto genital como extragenital (10,29,30).

Caracterizada por la lesión primaria (Chancro), seguido por la fase secundaria con signos generales erupciones en piel y mucosas. Habiendo un período de latencia prolongado para culminar en la fase terciaria, con afectación del sistema óseo, sistema nervioso central y cardiovascular (2,3,5,9).

A.3 Etiología

El agente etiológico de la sífilis es un microorganismo perteneciente al orden de los Espiroquetales, familia Treponemataceae, género treponema, denominado Treponema Pallidum, una espiroqueta fina, alargada, estrechamente enrollada y móvil, de extremos finamente apuntados. Relacionado estrechamente con otras espiroquetas patógenas, como el T. Pertenue que causa Franbresia y T. Carateum que causa Pinta (4,5,10,17,18).

Como estos microorganismos se tiñen mal, su detección en las muestras clínicas requiere de un microscopio de campo oscuro, o técnicas de tinción con inmunofluorescencia. Fuera del cuerpo son muy frágiles, que apenas consiguen sobrevivir 26 horas, con gran semejanza estructural con bacterias Gram negativas. Formada por una capa delgada superficial de ácido Hialurónico, que quizá contribuya a su virulencia, teniendo como sinónimos; Lúes y la Gran Imitadora (9,18,25,30).

A.4 Período de incubación

Desde el momento que se produce el contagio del Treponema, este comienza a multiplicarse rápidamente en el lugar donde penetra, y posteriormente se disemina por el torrente sanguíneo al interior del organismo. Teniendo un tiempo de generación en los tejidos humanos, de unas 8 horas. Por lo que su multiplicación es lenta, con un periodo de incubación de 10 a 90 días, con una media de 21 días. Presentando como lesión inicial un chancro, para convertirse después en una enfermedad sistémica con etapas secundaria y terciaria característica (3,5,7,9,14,25,30).

A.5 Período de transmisibilidad

Es variable e indefinido, durante la fase primaria, el chancro suele encontrarse en los genitales, o de forma extragenital, conteniendo T. Pallidum viables muy contagiosos. Igualmente también en la fase secundaria o durante las recurrencias mucocutáneas, que pueden surgir durante los primeros 4 años de latencia, siendo las lesiones abiertas en este periodo muy contagiosas. En la tercera etapa que se presenta en pocos

pacientes de 4 a 20 años después de desaparecer la lesión primaria, no es infecciosa, ya que hay una escasa carga treponémica, exceptuando a las mujeres embarazadas, en quienes la infección se transmite al feto en cualquier etapa. Ocurriendo con mayor frecuencia en las etapas de mayor espiroquetemia (sífilis precoz, especialmente sífilis secundaria) (3,5,14).

El resultado final de la infección fetal depende en gran parte de la cantidad de treponemas circulante, de la duración de la infección sin tratamiento y del momento en que ocurre la infección durante el embarazo. El treponema es transmitido al feto por vía transplacentaria a través de las vellosidades coriales después de la 10 a 18 semana, porque antes la barrera formada por las células de Langhans lo impide, de ahí la importancia del tratamiento precoz (2,3,8,13,23,29).

No obstante el riesgo de infección fetal depende del grado de espiroquetemia materna (mayor en la etapa secundaria), y de la edad gestacional. Siendo la afectación fetal poco común antes de la 18ª semana, debido a la inmunocompetencia fetal. Después de la 18ª semana el feto es capaz de producir respuesta inmunitaria, produciendo daño tisular y muerte fetal en la 20ª semana de gestación, por maduración del sistema inmunitario. Mientras más tempranamente en el embarazo se exponga el feto, más grave es la infección y mayor el riesgo de parto prematuro u óbito fetal (22,23,24).

A.6 Morfología e identificación

El treponema pallidum, espiroqueta en forma de espiral delgada, mide alrededor de 0.2 micras de diámetro y 5-15 micras de longitud, teniendo entre 6-14 espirales regulares, espaciado a una micra, teniendo gran movilidad, girando constantemente sobre sus filamentos axiles centrales. El eje largo de la espiral casi siempre es recto, pero algunas veces se dobla formando un círculo completo, regresando después a su posición recta normal. No crece en medios de laboratorio, lográndose recientemente su reproducción en cultivo de tejido epitelial, requiriendo para su crecimiento la presencia de extracto de tejido testicular de conejo. El T. pallidum es aerobio y su nombre se debe a la dificultad con que toma los colorantes, excepto aquellos a base de plata, como el nitrato, que es reducido a plata metálica, depositándose sobre su superficie pudiendo ser observado en los tejidos (impregnación argéntica de Levaditi). Reproduciéndose generalmente por fisión transversal (5,10,13,30)

A.7 Reacción a agentes físicos y químicos

La desecación y la elevación de la temperatura a 42° C. mata las espiroquetas rápidamente, perdiendo movilidad. Muriendo por efecto de los arsenicales trivalentes, el mercurio o el bismuto. Pudiendo ser reactivados por compuestos que contengan grupos SH. (cisteína o dimercaprol). Siendo la penicilina, trepomicida por excelencia en pequeñas concentraciones, sin reportarse aún resistencia (10,13,29).

A.8 Patogénesis

El *T. pallidum* puede penetrar a través de mucosas normales y pequeñas abrasiones en las superficies epiteliales. Por consiguiente, parece obvio que en el hombre, la Sífilis es enfermedad sistémica desde su inicio. Presentándose las primeras lesiones en el sitio de infección primaria, por el gran número de treponema que se implanta en ese lugar. Siendo la lesión anatomopatológica primaria la endarteritis focal. Con incremento de células adventicias, proliferación endotelial con presencia inflamatoria alrededor de los vasos afectados, en donde predominan; linfocitos, células plasmáticas, monocitos y células polimorfonucleares. Con frecuencia está obliterada la luz del vaso, y cuando se presenta la cicatrización se observa fibrosis intensa (10,13,30).

En la sífilis secundaria y tardía, también es frecuente la afección granulomatosa, histológicamente inespecífica. La patogénesis del “Goma” es lesión granulomatosa, que incluye; hipersensibilidad a un pequeño número de treponemas virulentos, que se introducen en un huésped previamente sensibilizado. Las biopsias renales efectuados en síndrome nefrótico en sífilis secundaria muestra glomerulonefritis membranosa, que se caracteriza por depósitos focales en la membrana basal subepitelial, conteniendo IgG, C3 y anticuerpo treponemal. La hemoglobinuria fría paroxística que es rara se debe a la producción del anticuerpo IgG que se une a los eritrocitos a 4°C y al recalentarse la sangre en presencia del complemento, origina hemólisis. Pudiendo presentar los enfermos hemólisis masiva y hemoglobinuria después de exponerse al frío (9,10,30).

A.9 Epidemiología

La sífilis se adquiere de manera exclusiva por contacto sexual, incluyendo coitos anogenital y bucogenital, con personas infectadas con lesiones infecciosas tanto de fase primaria como secundaria (chancro, placas mucosas, condiloma plano). Su distribución es muy amplia, pero

afecta más a personas jóvenes sexualmente activas. Y los grupos de edad más afectados en orden decreciente son; de 20-30 años, 15-19 años, 40-49 años. Observándose en todas las razas, pero en Estados Unidos la incidencia va en aumento en afroamericanos e hispanos. Afectando más a hombres que a mujeres en proporción de 2-4:1, siendo la infección por fomites muy rara (2,9,30).

La sífilis es muy común en grandes ciudades, no respetando raza, clase o grupo, siendo su prevalencia mayor en grupos con menor educación y carencias económicas, confirmando así que las diferencias raciales en la incidencia refleja más factores sociales que biológicos.

Dicha enfermedad es muy rara en países industrializados, pero en muchas áreas del sur de los Estados Unidos tanto urbanas como rurales, en 1986 comenzaron a aumentar las tasas notificadas de sífilis y sífilis congénita, tendencia que continuó en 1990 para después disminuir. Evidenciando una relación de hombres y mujeres a mediados del decenio de 1980 de 3:1.

En la actualidad se reportan más de la mitad de varones caucásicos con sífilis infecciosa, y cuando al menos un compañero masculino sexual, y 2% en mujeres en quienes han mencionado un contacto sexual femenino. Entre 1985-1990 en Estados Unidos el incremento dramático de sífilis fue de 50,223 casos e incidencia de 11.4 x 100,000 habitantes (promedio nacional), siendo en Chile de 27.6 x 100,000 habitantes y Venezuela con 124 casos x 100,000 habitantes (4,8,30).

La elevada prevalencia observada entre los hombre homosexuales a finales del decenio de 1970 y a principios de 1980 ha disminuido a partir de 1983, como resultado de cambios en las prácticas sexuales en respuesta a la epidemia de SIDA.

Entre tanto la gran incidencia de sífilis adquirida a dado como resultado la alta incidencia de infección congénita, notablemente alta durante los primeros 4 años, después de la infección primaria, secundaria y a inicio de la fase latente. Con tasa de incidencia que varía entre 4-80 casos x 100,000 recién nacidos vivos, reflejando en general, inadecuada atención prenatal.

Habiendo varias razones para estas tendencias epidemiológicas las cuales incluyen; acceso limitado a los centros de salud, en áreas rurales y grandes zonas urbanas, con retraso en el diagnóstico de sífilis, el incremento de uso de drogas (cocaína “crack”), promoviendo el intercambio de sexo por drogas o dinero para comprar drogas, presentando múltiples parejas sexuales.

Otros factores conocidos son la prostitución, promiscuidad sexual, y el SIDA. Resultando como consecuencia programas intensivos de control, dirigidos a poblaciones de alto riesgo, con lo cual se ha tenido éxito en la limitación de la propagación de esta enfermedad (2,4,8,9,18,29).

A.10 Evolución de sífilis no tratada

La sífilis presenta la lesión primaria al inicio en donde se observa una pápula indolora, que forma de manera gradual una úlcera de base limpia con bordes indurados elevados (chancro) y linfadenopatía regional la cual persiste de 1-5 semanas curando de forma espontánea, dando la falsa sensación de curación, pudiendo las pruebas séricas para sífilis no ser reactivos cuando el chancro aparece por primera vez, volviéndose reactivo 1-4 semanas más tarde (3,5,9,26).

De 2 a 7 semanas después que desaparece la lesión primaria y que la enfermedad silenciosamente se difunda por todo el organismo aparece la etapa secundaria caracterizada por febrícula, cefalea, malestar, linfadenopatía generalizada y lesiones dérmicas, las cuales curan de forma espontánea de 2-6 semanas, siendo las pruebas séricas positivas en esta fase. Entrando después al estado de latencia con o sin evidencia de síntomas de la enfermedad, persistiendo la enfermedad de 4-25 años, la cual sin tratamiento se desarrolla la etapa terciaria con el 25% de pacientes que nunca muestran manifestaciones clínicas y otro 25% de casos con complicaciones mortales destructivas en ojos, piel, corazón, sistema nervioso central y otros órganos (3,26,27,30).

A.11 Clasificación

De acuerdo a la forma de adquisición de la infección en:

11.a Adquirida: toda persona sintomática o asintomática que después de un contacto sexual o de otro tipo con persona enferma de sífilis

presente VDRL y FTA-ABS reactivo en suero y LCR, evidencia de treponema pallidum en campo oscuro.

11.b Congénita: Todo recién nacido con o sin evidencia clínica de la enfermedad, hijo de madre sífilítica, con o sin evidencia diagnóstica por laboratorio, VDRL reactivo en suero con títulos mayores, iguales o en ocasiones menores a los de la madre (7,10,17).

De acuerdo al período de evolución desde que se inició la infección en:

11.a Sífilis adquirida

11.a.i Primaria (Infección menor de un año de evolución)

11.a.ii Secundaria (infección mayor de un año de evolución)

11.a.iii Latente

11.a.iv Sistémica o terciaria

11.b Sífilis Congénita

11.b.i Reciente (infección sífilítica adquirida en útero menor de 1 año de evolución)

11.b.ii Tardía (Infección sífilítica adquirida en útero mayor de 1 año de evolución) (7,10,17).

A.12 Etapas y manifestaciones clínicas

12.a Sífilis primaria

La lesión clásica en esta etapa es un chancro sífilítico, que aparece en el lugar de la inoculación. Habitualmente es redonda u ovalada, única, semejante a una pápula, que se transforma en erosión indolora. Formándose después la úlcera con borde elevado y escaso exudado seroso. El tamaño varía desde unos cuantos milímetros, hasta 1-2 centímetros de diámetro, de color rojo carne. Puede presentarse de forma extragenital, en particular en dedos pudiendo ser muy doloroso.

En pacientes con VIH pueden haber múltiples Chancros. La distribución en hombres puede ser en prepucio interno, corona del glande y base. Y en mujeres; cérvix, vagina, vulva, clítoris y mamas. También de forma extragenital en; ano, recto, boca, labios, lengua, amígdalas, faringe, dedos de manos y pies, mamas, pezones y ombligo. Apareciendo también linfadenopatía regional, con ganglios unilaterales, firmes no sensibles (3,9,10,13,22,25,29,30).

12.b Sífilis secundaria

De 4 a 8 semanas después de la aparición del chancro los pacientes desarrollan típicamente las lesiones de la etapa secundaria, manifestándose con síntomas generales como; fiebre, malestar, anorexia, cefalea, faringitis, artralgia, mialgia, fotofobia, y otros síntomas sistémicos, con linfadenopatía (3,27,30).

Las lesiones mucocutáneas son asintomáticas, presentando máculas y pápulas de 0.5 a 1 cm redondas y ovaladas. Pudiendo ser papuloescamosas, pustulares a acneiformes presentándose en palmas y plantas, con sensación dolorosa. En el tronco podemos ver erupciones papulares y escasas, localizadas también en cabeza, cuello y área nasolabial.

También podemos observar condiloma lata, que son placas de base ancha, bien definidos, nódulos planos, erosivos y húmedos vistos en cualquier superficie corporal donde haya humedad, pero con frecuencia en boca y región anogenital, y otros como; superficies intertriginosas, axilas o espacios interdigitales en dedos de los pies. En el cabello puede haber alopecia difusa, o en parches en cuero cabelludo y barba, con pérdida de pestañas y tercio lateral de cejas. Evidenciando otros trastornos asociados como; faringitis, iritis bacteriana, periostitis de huesos largos con dolor nocturno, artralgia o hidrartrosis de rodillas o tobillos sin cambios radiológicos, reacción meningovascular, LCR positivo para marcadores inflamatorios, hepatoesplenomegalia, arritmia cardíaca, nefritis, cistitis, prostatitis y gastritis (3,5,10,19,22,25,27,29,30).

12.c Sífilis recidivante

Las bases para el diagnóstico son las mismas características clínicas que las de la sífilis secundaria, tanto en piel y mucosas, sistema óseo, neurológico, oculares y viscerales, con recurrencia del condiloma plano, las lesiones en piel tienden a ser unilaterales con erupciones densas, e infiltrados con mayor duración. Las recaídas casi siempre se acompañan de títulos crecientes en las pruebas serológicas cuantitativas, siendo a veces el primero y único dato de recaídas, ocurriendo un 90% de estos durante el primer año después de la infección (3,9,10,25,29,30).

12.d Sífilis latente

No hay signos clínicos de sífilis, y LCR es normal. Iniciándose cuando pasa el primer ataque de sífilis secundaria y durar toda la vida. Dividiéndose en 2 etapas: Temprana y tardía.

La mayor parte de recaídas ocurren durante el primer año de la infección. Definiéndose la “latencia temprana” como: El primer año después de la infección, y “latencia tardía” como: La infección de duración indeterminada mayor de 1 año, que puede durar toda la vida, no siendo infecciosa, excepto en embarazadas ya que pueden transmitirla al feto después de muchos años (3,7,9,10,22,27,29,30).

12.e Sífilis tardía

Deben diferenciarse 3 tipos principales de la enfermedad;

12.e.i Tardía benigna (Gomatosa)

12.e.ii Cardiovascular

12.e.iii Neurosífilis.

12.e.i Sífilis tardía benigna

Se presentan gomas que es la complicación más común de la sífilis tardía, que ya casi no se observan. Y desde el punto de vista histológico es un “granuloma”, pudiendo ser único o múltiple, ubicado en tejido subcutáneo con tendencia a sufrir necrosis y úlceras en sacabocado, los cuales pueden aparecer en cualquier sitio en especial cuero cabelludo, cara, pectoral y pantorrillas. Pudiendo afectar órganos profundos como los del Aparato respiratorio, digestivo y esquelético, causando perforaciones del tabique y lesiones faciales deformantes. En el estómago simula carcinoma o linfoma, pudiendo causar hepatoesplenomegalia y anemia, fiebre, lesiones en huesos largos, cráneo y clavícula con dolor nocturno presentando radiológicamente periostitis y osteítis destructiva lítica o esclerótica (7,9,25,29,30).

12.e.ii Sífilis cardiovascular

Las principales complicaciones en esta etapa son; insuficiencia y aneurisma aórtico de porción ascendente, inclusión del orificio coronario con insuficiencia coronaria, debido esto a una endarteritis obliterante de los vasa vasorum, con daño en íntima y media de grandes vasos. Pudiendo causar la muerte por insuficiencia cardíaca congestiva, denotando también aortitis sifilítica que incluye aorta descendente proximal a arterias renales.

La aortitis asintomática se diagnostica mejor con medios radiográficos, mostrando calcificaciones lineales en la pared de la aorta ascendente. Algunos pacientes en esta etapa muestran neurosífilis concurrente, siendo consecuentemente esencial efectuar punción lumbar (10,29,30).

12.e.iii Neurosífilis

Se divide en cuatro grupos:

- Neurosífilis asintomática**
- Sífilis meningovascular**
- Tabes dorsal**
- Parálisis general**

-Neurosífilis asintomática

Esta se caracteriza por anormalidades en LCR en ausencia de signos y síntomas de afectación neurológica, con VDRL positivo en LCR, aumento de proteínas totales, cuenta celular y pleocitosis linfocítica (10,29,30).

-Sífilis meningovascular

Se caracteriza por afección meníngea o alteraciones de estructuras vasculares cerebrales o ambas, que producen síntomas de meningitis aguda o subaguda ligera (cefalea, irritabilidad), por lo general en el transcurso del primer año de infección. Así como parálisis de nervios craneales (meningitis basilar), reflejos desiguales, pupilas irregulares con malos reflejos a la luz y a la acomodación. Provocando endarteritis e inflamación perivascular, al afectar grandes vasos, suficiente para originar trombosis e infarto cerebrovascular, siendo común en varones. Mostrando en LCR aumento de células (100-1000/ML.) y proteínas, con pruebas serológicas y LCR positivos (10,25,29,30).

-Tabes dorsal

El inicio de esta etapa suele ser tardío, de 20 a 30 años después del comienzo de la infección. Provocando degeneración progresiva del parénquima de las columnas posteriores de la médula espinal, ganglios sensoriales y raíces nerviosas posteriores. Presentando; deterioro de los sentidos de la propiocepción, vibración, posición y pupilas de Argill Robertson; lo cual consiste en abolición del reflejo fotomotor, con persistencia del reflejo de acomodación con mala reacción a la luz.

Existiendo también hipotonía, e hiporreflexia muscular, parestesias, analgesia o dolores agudos reincidentes en los músculos de las piernas. Y crisis comunes como: crisis gástrica, con dolores abdominales agudos con náusea y vómitos que simulan abdomen agudo, crisis laríngeas; con tos y disnea paroxística, crisis uretrales; con espasmos vesicales dolorosos e impotencia, y crisis rectales y anales. También puede observarse vejiga neurógena, con incontinencia por rebosamiento. Además la formación de úlceras atróficas indoloras, sobre los puntos de presión en los pies (Mal perforante plantar) con daño articular, por falta de inervación sensorial (articulación de Charcot). El LCR puede ser normal o con cuenta celular y proteínas ligeramente aumentadas, el VDRL puede ser no reactivo pero el FTA-ABS en suero casi siempre es positivo (10,29,30).

-Parálisis general

Afección generalizada de la corteza cerebral con síntomas de inicio insidioso, con efecto devastador general sobre la mente en donde se puede observar; cefaleas, fatiga, olvidos, irritabilidad alteraciones de la personalidad, disminución del poder de concentración, pérdida de memoria, con defectos del juicio, ausencia de autocrítica, confusión, depresión, reflejos periféricos aumentados. Y otros como; parálisis, afasia, delirio, paranoia, y ocasionalmente convulsiones. Lo notable es el cambio de personalidad, tornándose desaliñado, irresponsable, confundido y psicótico. El VDRL es reactivo en suero y LCR, pero antes de excluir esta infección debe de practicarse prueba de FTA-ABS en suero (10,29,30).

A.13 Sífilis en el embarazo

Por lo menos dos terceras partes de las mujeres embarazadas con sífilis tienen entre 20 y 30 años de edad, estableciéndose el chancro de inoculación a las 3 semanas de contaminada la madre. Acompañado de signos generales como; fiebre y decaimiento. Su localización es preponderantemente genital (95%) observándose sobre todo en clítoris, orquilla vulvar, labios mayores y menores, meato uretral y cuello del útero. Y de forma extragenital (5%) en; zona perianal, mama y areola, mucosa bucal, perineo, ombligo, dedos de la mano, con lesión generalmente única, acompañado de adenopatía satélite indolora (3,8,23).

La sífilis en mujeres embarazadas es transmitida al feto en cualquier etapa del embarazo y en cualquier estado de la infección, ocurriendo con mayor frecuencia en etapas de mayor espiroquetemia (Sífilis precoz,

especialmente en etapa secundaria). Es rara en la infección de más de 4 años de duración.

La infección es transmitida al feto por vía transplacentaria a través de las vellosidades coriales después de la 18ª semana de embarazo, por que antes la barrera formada por la células de Langhans lo impide, así como la inmunocompetencia fetal , ya que después de la 18ª semana el feto es capaz de producir respuesta inmunitaria produciendo daño tisular (5,8,14,22,23).

Las lesiones fetales dependen del número de treponemas que pasan la barrera placentaria, y la cantidad de espiroquetas circulantes en la madre, la cual es mayor cuanto más próxima es la fecha de infección. La infección al no ser tratada puede producir después de 4 meses de gestación; aborto, parto prematuro o muerte fetal. Debido a lesiones inflamatorias de los vasos placentarios (endarteritis, periarteritis, endoflevitis y periflevitis). Provocando edema y lesiones vasculares disminuyendo el intercambio fetomaterno (3,8,22,23,24).

A.14 Sífilis congénita

Por las manifestaciones de los supervivientes se divide en:

14.a Estadío precoz

14.b Estadío tardío

14.a Estadío precoz

Sífilis adquirida en útero mayor de un año de evolución, teniendo manifestaciones variadas como; peso al nacimiento < de 2500 gramos, hidrops fetalis, adenopatías, ganglios duros como perdigones, anemia hemolítica, trombocitopenia, osteocondritis, periostitis, lesiones eritematosas, maculopapulosas y ampollosas, seguidas de descamación en las manos y los pies, parches mucosos, rinitis y lesiones condilomatosas.

Existiendo lesiones óseas como; osteocondritis en muñecas, codos, tobillos, rodilla, dolorosas, provocando irritabilidad e inmovilidad de la extremidad afectada (pseudoparálisis de Parrot). Afectación renal como; nefritis, síndrome nefrótico, hipertensión, hematuria, proteinuria, ascitis por hipoproteinemia, hipercolesterolemia, hipocomplementemia, hiperbilirrubinemia, relacionados con inmunocomplejos circulantes en los glomérulos. Y otros como; coriorretinitis, alteración del SNC, gastroenteritis, peritonitis, pancreatitis, neumonía alba, glaucoma, hidropesía no inmunitaria, tumoraciones testiculares, hepatoesplenomegalia con un LCR anormal (3,4,7,8,10,14,15,16,17,18,23,29).

14.b Estadío tardío

Infección sifilítica adquirida en útero de un año de evolución, en la cual se puede observar inflamación crónica de huesos, dientes y SNC. En el engrosamiento óseo podemos ver; abombamiento frontal, prominencia ósea en la frente (ceja olímpica), engrosamiento de porción esternoclavicular (signo de higoumenakis), incurvación anterior de la porción media de la tibia (tibia en sable), arco palatino plano y escápula escafoidea.

En las alteraciones dentales observamos; Dientes de Hutchinson con incisivos centrales en forma de barril o clavija que hacen erupción durante el 6º. año de vida, con esmalte anormal que produce hendidura a lo largo de la superficie de mordida y molares en forma de mora. Nariz en silla de montar que es una destrucción del hueso y cartílago adyacentes con perforación del tabique nasal. Ragades; las cuales son cicatrices lineales que siguen un patrón radiado a partir de lesiones mucocutáneas previas en boca, ano y genitales.

En la adolescencia se manifiesta paresia juvenil, con alteración de la conducta, convulsiones focales y pérdida de la función intelectual. Fenómenos de hipersensibilidad como; queratitis intersticial con intensa fotofobia y lagrimeo más opacificación corneal y ceguera completa.

Otras manifestaciones menos frecuentes son; coiditis, retinitis, oclusiones vasculares, atrofia óptica, sordera del VIII par uni y bilateral, progresando a sordera permanente. Así como “articulación de Clutton” que es sinovitis uni-bilateral que afecta a extremidades inferiores generalmente rodillas la cual aparece como tumefacción articular indolora con líquido sinovial estéril (2,4,7,8,10,17,18,19,23,29).

Imágenes; podemos observar huesos largos afectados, la línea epifisial se observa con mayor densidad y con disminución de la misma proximal a ella. En lesiones graves se observan peritonitis con ensanchamiento de la diáfisis, con calcificación y deformación finales de la curvatura normal, con unión epifisiaria irregular (línea de Guérin) (3,17,22).

En mujeres tratadas por sífilis deberán realizarse titulaciones cuantitativas (VDRL, RPR) cada mes durante el embarazo. Demostrándose respuesta al tratamiento por disminución del 25% en la titulación (o sea de 1:32 a 1:8) en los 3 meses que le siguen se sospechará reinfección o fracaso del tratamiento, cuando las cifras no desciendan adecuadamente, debiendo recibir nuevo tratamiento.

Mientras tanto los lactantes deben examinarse en relación a sífilis congénita si la madre es seropositiva y no se ha tratado. O si fue tratada pero con un régimen dudoso y sin seguimiento serológico. Por ello el examen del recién nacido con sospecha de sífilis congénita incluye; el antecedente de la terapéutica materna, examen físico cuidadoso, hematocrito (anemia), prueba serológica no treponémica en suero, examen de LCR para sífilis y Rx. de huesos largos (21,29).

A.15 Diagnóstico diferencial

Primaria: Chancroide, herpes genital, erupción por fármacos, linfogranuloma venéreo, donovanosis, úlcera traumática, furúnculo, úlcera aftosa, proceso neoplásico, granuloma inguinal, reacciones por fármacos, micosis superficial, liquen plano, Síndrome de reiter, enfermedad de Bowen y escabiasis (3,9,29,30).

Secundaria: Erupción por fármacos, alopecia, pitiriasis, sarcoidosis, pitiriasis rosada, exantema viral, tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor, sarna, condiloma acuminado, psoriasis guttata aguda, liquen plano, exantema febriles, candidiasis bucal, mononucleosis infecciosa con faringitis, adenopatía generalizada, exantema general, iritis, neurorretinitis. Lesiones viscerales como; nefritis y hepatitis (3,9,22,29,30).

Terciaria: Tuberculosis cutánea, infecciones cutáneas por micobacterias típicas, linfomas, micosis profunda y furúnculo (30).

A.16 Diagnóstico

El diagnóstico se establece a través de 3 criterios:

16.a Criterio clínico

16.b Criterio epidemiológico

16.c Criterio de laboratorio

16.a Criterio clínico

Ya sea adquirida o congénita y en cualquiera de sus formas y estadios, estableciéndose por la presencia de sus signos y síntomas encontrados en el examen clínico.

16.b Criterio epidemiológico

Toda persona que a través de la entrevista se le considera contacto sexual de algún caso confirmado de sífilis, la compatibilidad de signos y síntomas de sífilis en el periodo de incubación, evolución y antecedentes personales (7)

16.c Criterio De Laboratorio

Son exámenes serológicos o de LCR los cuales pueden ser por:

16.c.i Campo oscuro

16.c.ii No treponémico

16.c.iii Treponémico

16.c.i Campo oscuro

Se efectúa colocando una gota de líquido tisular o exudado en un portaobjetos y se tapa con cubreobjetos, examinando esta preparación con el objetivo de inmersión y con iluminación en campo oscuro, buscando las espiroquetas móviles características (13).

16.c.ii Pruebas no treponémicas

-VDRL (Prueba de laboratorio para investigación de enfermedades venéreas)

Únicamente puede emplearse en suero, es un antígeno no particulado y la reacción que se obtiene con la muestra positiva es de floculación, la lectura es microscópica, su uso es para selección y cuantificación y vigilancia de la respuesta al tratamiento.

-RPR (Prueba rápida de Reagina en suero)

Puede emplearse con suero en plasma, siendo el antígeno con partículas de carbón (floculación) y es la prueba que se usa para selección.

-TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test)

Puede realizarse con suero o plasma, siendo el mismo antígeno del VDRL con partículas coloreadas con rojo de Toluidina.

-U.S.R (Unheated Serum Reagin)

Puede emplearse con suero, el antígeno es no particulado y la reacción es de floculación, con lectura microscópica.

-ELISA

Se emplea con suero y utiliza en la fase sólida antígenos de VDRL (5,13,30).

Todos estas pruebas se basan en antígenos compuestos de soluciones alcohólicas con cantidades predeterminadas de cardiolipina, colesterol y lecitinas, las cuales miden simultáneamente IgG e IgM frente a estas sustancias que son producidas en los tejidos dañados por el treponema.

Ya que no miden anticuerpos específicos frente al treponema, su positividad no asegura la enfermedad, recurriendo para su confirmación a pruebas específicas. Por tanto se puede decir que el VDRL está validado para el estudio de anticuerpos no treponémicos en LCR y es el único útil para el diagnóstico de la neurosífilis.

Todas estas pruebas pueden presentar fenómenos de “Prozona” falsos negativos, cuando las muestras son fuertemente reactivas, siendo convenientemente tituladas siempre. Y falsos positivos que no superan los títulos de $\frac{1}{4}$ y pueden ser transitorios o permanentes según persistan o no más de 6 meses (5,7,8,13).

16.c.iii Pruebas treponémicas

-FTA-ABS 200 (Inmuno fluorescencia indirecta con absorción del suero)

El cual es antígeno de treponema cepa Nichols y absorbente cepa Reiter, que se realiza en suero y LCR.

-FTA-ABS 200 DS (Inmunofluorescencia indirecta con absorción y doble tinción)

Esta es la prueba con antígeno de Treponema cepa Nichols y absorbente cepa Reiter, realizándose con suero y LCR, empleando como antisuero una IgG marcada con tetrametil rodamina isotiocianato y como contraste un suero antitreponema marcado con FITC.

-TPHA (Microhemaglutinación)

Es una prueba solo homóloga para suero. El cual utiliza eritrocitos sensibilizados con antígeno de treponema cepa Nichols y absorbente de cepa Reiter.

-CAPTIA SÍFILIS M (ELISA de captura anticadena pesada)

Se realiza en suero, su utilidad esta demostrada para el diagnóstico de sífilis congénita, fundamentalmente sintomática, siendo una de las pruebas con mayor sensibilidad para la detección de esta clase de Inmunoglobulina.

-ELISA IgG

Se utiliza en suero, teniendo un alto grado de sensibilidad y especificidad.

- FTA-ABS 19s IgM

Prueba que se utiliza en suero siendo de poca sensibilidad.

-FTA-ABS LCR

Esta prueba se utiliza con LCR diluido a 1/5.

-WESTERN BLOT

Prueba bastante sensible y especifica que se usa para confirmación (5,13,30).

Estas pruebas fueron principalmente utilizadas para confirmar como verdaderos los resultados positivos obtenidos en las pruebas reagínicas, produciendo escasos falsos positivos, un 1% de la prueba de FTA-ABS y muy pocos de TPHA. Sucediendo esto en situaciones como; mononucleosis, ADVP, lepra, enfermedad del colágeno, borreliosis y otras trepanomatoses patógenas. No siendo útiles para monitorizar los tratamientos, ya que suelen permanecer positivos en el 85-90 % de los pacientes tratados y curados. El TPHA es método sencillo ensayándose la muestra a una dilución de 1/80, no esta indicado su empleo para LCR, a pesar de que produce menos falsos positivos que FTA-ABS, siendo útil como prueba de rastreo (3,5,13).

La prueba de ELISA CAPTIA IgM se utiliza para el diagnóstico de sífilis congénita, demostrando mayor sensibilidad que FTA-ABS IgM 19s en estadios tempranos sintomáticos y menor en estadios tardíos. Mientras tanto las pruebas de ELISA IgG pueden ser usadas en sustitución de TPHA y FTA-ABS ya que tienen excelente sensibilidad y especificidad, permitiendo la automatización de grandes cantidades de muestras y lecturas objetivas. Y para el diagnóstico de neurosífilis es mejor la prueba de FTA-ABS en LCR ya que es más sensible que el VDRL en este período, descartando la enfermedad. Por tanto la prueba de Wester Blot ha sido muy útil para la confirmación de enfermedad congénita (5).

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD EN LOS DIFERENTES ESTADÍOS

Pruebas	Primaria	Sedundaria	Latente	Tardía	Especificidad
VDRL	78%	100%	95%	71%	98%
RPR	86%	100%	98%	73%	98%
USR	84%	100%	97%	-	99%
TRUST	85%	100%	95%	-	93%
TPHA	76%	100%	97%	94%	99%
FTA-ABS DS	80%	100%	100%	96%	98%
CAPTIA IgM	90%	-	-	-	90%

Fuente: Bibliografía No. 5

A.18 Prevención y control

Medidas generales para fomentar la salud y educación para salud sexual, establecer relaciones monógamas mutuas y disminuir el número de parejas sexuales. Hacer siempre pruebas serológicas para detectar sífilis en grupos de riesgo y mujeres embarazadas, así como el tratamiento adecuado para los reactores positivos.

Protección de la comunidad, evitando y controlando las ETS en los trabajadores sexuales y sus clientes, mediante enseñanza de métodos de profilaxis aplicable antes, durante y después de la exposición, especialmente el empleo de condones de modo adecuado, provisión de servicios de diagnóstico y tratamiento temprano.

Emprender programas intensivos de detección de casos, que incluyan entrevistas con los pacientes y notificación de contactos sexuales. Si las personas tienen sífilis deberán notificar a todas sus parejas para que busquen ayuda médica y tratamiento (2,3,14,29).

El control, se realizará proporcionando tratamiento temprano y adecuado de todos los enfermos descubiertos, para hacerlos no contagiosos, efectuando también control de fuentes de infección y contactos para ponerlos en tratamiento.

También son importantes la higiene sexual, medidas profilácticas en el momento de la exposición, tanto mecánico (preservativos), como quimioprofilaxis (penicilina), notificación a las autoridades locales de servicios de salud sobre casos de sífilis. Y otras enfermedades de transmisión sexual, así como identificación clínica por parte de los médicos (2,3,13,30).

A.19 Evolución y pronóstico

Las lesiones que acompañan a la sífilis primaria o secundaria curan espontáneamente. Mientras que la sífilis tardía puede ser muy destructora, causando incapacidad permanente y originar la muerte. Si no se tratan, una tercera parte de personas infectadas con sífilis curaran espontáneamente, un tercio más permanecerán en fase de latencia toda la vida y el otro tercio desarrollarán lesiones tardías graves.

Por lo tanto si la mujer embarazada no es tratada el 25% de los fetos mueren intraútero, el 25-30% inmediatamente después, y un 40% de los supervivientes desarrollan sífilis después de la tercera semana de vida.

Por eso es importante el tratamiento rápido en lactantes con sífilis congénita temprana, ya que por lo general curan permitiéndoles el crecimiento y desarrollo normal. No así en niños con sífilis congénita tardía, en donde el pronóstico para la curación espiroquetal es bueno, pero las alteraciones óseas, en SNC y oculares permanecerán durante toda la vida (17,19,29).

VI. METODOLOGIA PROPUESTA

A. Tipo de estudio

Retrospectivo-descriptivo. Se procedió a recolectar información diariamente de los expedientes clínicos de las pacientes post-parto con y sin tamizaje con VDRL , asistidas en el departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt.

B. Sujeto de estudio

Todos los pacientes con VDRL y MHA-TP positivo asistidos en dicho departamento del 1º de mayo al 30 de junio del año 2002.

C. Tamaño de la muestra

La muestra corresponde a la revisión de 2519 casos de expedientes de pacientes post-parto, asistidas en el departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, durante el período antes mencionado.

D. Criterios de inclusión

1. Todo el universo de expedientes clínicos de pacientes post-parto asistidos en el departamento de Obstetricia del hospital Roosevelt, en el período establecido.
2. Los expedientes clínicos de pacientes post-parto y sus productos, que asistieron a dicho departamento y hospital, en quienes previo examen de VDRL y MHA-TP se encontró seropositividad para sífilis.

E. Criterios de exclusión

1. Registros clínicos incompletos.
2. Expedientes clínicos de pacientes con seropositividad para Sífilis en quienes previa revisión no se encontraron los resultados de VDRL y MHA-TP.
3. Expedientes clínicos de pacientes los cuales no se encontraron en el departamento de archivos.

F. Procedimiento

1. Se revisaron los libros de ingresos y egresos de obstetricia de las áreas de post- parto del Hospital Roosevelt: como primer piso, séptico, legrados y tercer piso, con el fin de obtener los números de expedientes de pacientes atendidas del 1 de mayo al 30 de junio del 2002.
2. Se solicito al departamento de regitros y archivos médicos todos los expedientes clínicos de pacientes post-parto asistidas en el departamento de obstetricia en el período establecido.
3. Se procedió a revisar todos los expedientes clínicos de los casos asistidos en dicho departamento y período.
4. A todos los expedientes clínicos de los casos revisados en dicho período se procedió a recolectar los siguientes datos: Resultados de VDRL y MHA-TP, edad, control prenatal y acceso al tratamiento médico antes de ser egresadas.

G. Definición de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
CONTROL PRENATAL	Examen clínico sistematizado, de rutina general o específico efectuado a mujeres embarazadas para evidenciar complicaciones o anomalías materno-fetales.	Todos los datos de vital importancia encontrados al examen clínico efectuado a toda mujer embarazada, el cual nos ayudará a la mejor evaluación y seguimiento.	Nominal
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Conjunto de signos y síntomas característicos de enfermedad específica, establecidos en el momento del examen clínico.	Signos y síntomas característicos para sífilis encontrados en el momento del examen clínico en sus diferentes estadíos.	Nominal
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Tiempo expresado en años	Ordinal
ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Toda enfermedad infectocontagiosa transmitida por contacto sexual.	toda enfermedad transmitida por contacto sexual referida por la paciente, o detectada al examen.	Nominal
MHA-TP	Tes de laboratorio de microhemaglutinación, homóloga para suero, el cual utiliza eritrocitos sensibilizados con antígeno de treponema pallidum.	Prueba serológica Treponémica específica utilizada en Hospital Roosevelt, para la confirmación del diagnóstico de sífilis.	Nominal
RESIDENCIA	Lugar donde vive actualmente una persona sin importar su lugar de procedencia.	Área geográfica en donde vive una persona expresada en avenidas, Calles, número de casa, zona y colonia.	Nominal
SÍFILIS	Enfermedad de transmisión sexual, causada por Treponema pallidum, capaz de lesionar cualquier órgano o tejido del cuerpo, con manifestaciones clínicas características de acuerdo a su estadío.	Enfermedad venérea, caracterizada por una fase primaria, secundaria, de latencia y terciaria, con características clínicas de acuerdo a su evolución descritas en marco teórico.	Nominal
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.	Asistencia y cuidados a pacientes los cuales se encuentran afectados por determinadas patologías, administrándoseles medicamentos específicos para su regulación o curación.	Nombre del fármaco utilizado en el tratamiento de sífilis, tanto en mujeres embarazadas como en sus productos, de acuerdo a su estadío clínico.	Nominal
VDRL	Prueba de laboratorio para la investigación de enfermedades venéreas, aplicada en sífilis, con reacción de floculación ante el antígeno cardiolipídico.	Prueba serológica no treponémica utilizada para la detección de anticuerpos IgG o IgM en casos sugestivos de sífilis.	Nominal
TITULACIONES	Son las distintas diluciones que se efectúan tanto en las pruebas treponémicas y las no treponémicas.	Diluciones realizadas en pruebas serológicas para sífilis, las cuales se utilizan para el seguimiento de pacientes afectados, determinando su curación: < de 1:8.	Proporción

H. Descripción del área de trabajo

El hospital Roosevelt esta ubicado en la zona 11 de la capital de Guatemala. Conformado por varios departamentos, los que estuvieron involucrados en el estudio fueron: El departamento de Obstetricia, registros y archivos médicos, y departamento de serología.

El departamento de Obstetricia esta ubicado en un edificio con instalaciones nuevas y modernas conformado por el primero segundo y tercer nivel, el cual cubre de buena forma la demanda del servicio a los pacientes que acuden a este centro hospitalario, contando con un servicio de emergencia en el primer nivel en donde son atendidas todas las pacientes embarazadas para la atención de su parto, quienes luego de ser evaluadas son dirigidas a la sala de labor y partos ubicado en el segundo nivel para el monitoreo del trabajo de parto y su atención, contando con salas de operaciones si fuera necesario realizar cesáreas de emergencia.

Adjunto a las salas de labor y partos, se encuentra un ambiente preparado para la atención inicial del recién nacido, en donde se efectúa un examen clínico completo antes de ser trasladados con la madre si no existe alguna complicación. Las madres son referidas al primer piso post-parto si el parto fue eutósico simple y sin complicaciones, o al tercer piso si fueron partos distósicos o de alto riesgo.

Los expedientes clínicos de madres y recién nacidos al ser egresados son llevados al departamento de registros y archivos médicos que se encuentra ubicado en el sótano del hospital en donde pueden ser solicitados para consulta.

El laboratorio clínico con el que cuenta el hospital tiene varios departamentos internos, y dentro de ellos esta el de serología que fue donde se procesaron las muestras para VDRL y MHA-TP ubicado en el segundo nivel.

I. Recursos

1. Materiales

- a. Hojas de papel bond extra blanco laser de 75 gramos
- b. Computadora e impresora
- c. Regla, lapiceros, lápiz, marcadores fosforescentes, lámpara
borrador, calculadora, tabla shanon.
- d. Expedientes clínicos
- e. Libro de registro de laboratorio de VDRL y MHA-TP.
- f. Biblioteca de U.S.A.C y hospital Roosevelt.
- g. Banco de datos de dirección general de servicios de salud,
programa nacional de prevención y control de ETS/VIH/SIDA.
- h. Roemmers, Medline.
- i. Internet.
- j. Boleta de recolección de datos.
- k. Teléfono.
- l. Departamento de Obstetricia.
- m. Departamento de archivos y registros médicos.
- n. Departamento de estadística del hospital Roosevelt.
- ñ. Departamento de serología.

2. Humanos

- a. Médicos, Autor y Coautores.
- b. Personal de Biblioteca.
- c. Personal médico y paramédico de los servicios de obstetricia.
- d. Personal del departamento de serología.
- e. Pacientes infectados.
- g. Personal del departamento de registros y archivos médicos.
- h. Personal del departamento de estadística del hospital.

3. Económicos

a. Equipo de oficina	Q. 619.00
b. Transporte	700.00
c. Energía eléctrica	50.00
d. Pagos a terceros	120.00
e. Papelería y fotocopias	555.00
f. Internet	150.00
g. Reactivo para VDRL	300.00
h. Impresión de tesis	<u>900.00</u>
	3,394.00

SEROPREVALENCIA DE SÍFILIS, DE PACIENTES EN POST-PARTO INMEDIATO, EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA, HOSPITAL ROOSEVELT, MAYO-JUNIO DEL AÑO 2002.

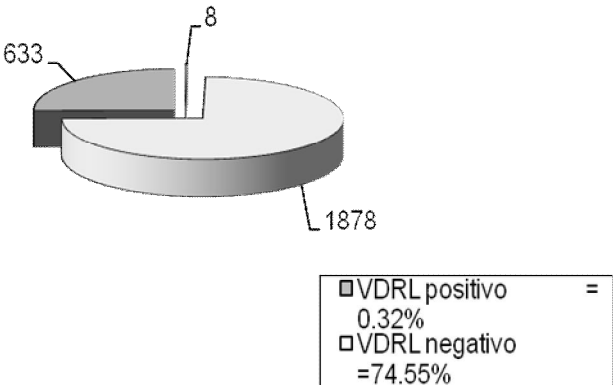
CUADRO 1

NUMERO DE PACIENTES POR EDAD A QUIENES SE LES EFECTUO PRUEBA DE TAMIZAJE CON VDRL PA

Casos	EDAD									
	13-17 años		18-22 años		23-27 años		28-32 años		33-37 años	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
VDRL positivo	0	0	3	0.12	2	0.08	2	0.08	1	0.04
VDRL negativo	154	6.11	595	23.62	434	17.23	356	14.13	213	8.53
No se efectuo VDRL	55	2.18	198	7.86	157	6.23	112	4.45	64	2.56
TOTAL	209	8.30	796	31.60	593	23.54	470	18.66	278	11.15

Fuente: Expedientes Clínicos de pacientes asistidas en el Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt.

GRAFICA 1



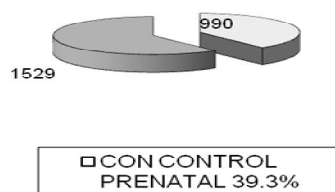
CUADRO 2

NÚMERO DE CASOS DE PACIENTES CON Y SIN PRUEBAS DE TAMIZAJE
PARA DIAGNOSTICAR SIFILIS, QUE LLEVARON CONTROL POSTNATAL

CASOS		EDADES							
		13-17a.	%	18-22a.	%	23-27a.	%	28-32a.	33-37a.
CON CONTROL PRE NATAL	VDRL (+)	0	0.00	1	0.04	0	0.00	1	0
	VDRL (-)	88	3.49	171	6.79	185	7.34	99	10
	SIN VDRL	26	1.03	94	3.73	74	2.94	53	5
SIN CONTROL PRE NATAL	VDRL (+)	0	0.00	2	0.08	2	0.08	1	0
	VDRL (-)	66	2.62	424	16.83	249	9.88	257	26
	SIN VDRL	29	1.15	104	4.13	83	3.29	59	6
TOTAL		209	8.30	796	31.60	593	23.54	470	61

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes asistidas en el Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt.

GRAFICA 2



VIII. CONCLUSIONES

1. La seroprevalencia de VDRL positivo en pacientes post-parto y sus productos asistidos en el departamento de obstetricia del hospital Roosevelt, en el período comprendido del 1° de mayo al 30 de junio del año 2002 y ha quienes se les efectuó dicha prueba es de 0.32%.
2. El número de pacientes asistidas en dicho departamento y que llevaron control prenatal es de 990 o sea 39.3% de la muestra total.
3. La edad más afectada de pacientes con diagnóstico de sífilis es de 18 a 32 años.
4. El número de casos con VDRL positivo de pacientes que si llevaron control prenatal es de 3.

IX. RECOMENDACIONES

1. Efectuar la prueba de VDRL y confirmatoria con MHA-TP, obligatoriamente todos los días a todas las pacientes asistidas en este departamento, incluyendo fines de semana y días festivos y preferentemente en el control prenatal.
2. Insistir en el personal médico, que la historia clínica sigue siendo una herramienta fundamental para poder detectar en estas pacientes el riesgo potencial de contraer Sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual.
3. Proporcionar plan educacional a toda paciente atendida en este departamento y mayor información en general sobre: Su forma de contagio, prevención, lesiones causadas al grupo materno-infantil, diagnóstico, tratamiento, letalidad, coinfección con VIH, y sus consecuencias.
4. Promover estudios que cubra en un 100% a todas las pacientes embarazadas con las pruebas serológicas de rutina en su control prenatal antes de ser atendidas en este hospital, para poder diagnosticar a tiempo patologías infectocontagiosas que afectan al grupo materno-infantil.
5. Universalizar el control prenatal con extensión de su cobertura con ayuda del Ministerio de salud pública y asistencia social.
6. Ofrecer obligatoriamente la prueba de VIH a pacientes diagnosticadas con Sífilis de forma voluntaria y anónima en la clínica de enfermedades infecciosas.

X. RESUMEN

Estudio prospectivo-descriptivo, realizado con la información obtenida de los expedientes clínicos de pacientes embarazadas asistidos en el departamento de obstetricia del hospital Roosevelt, revisando 2519 expedientes del período comprendido del 1° de mayo al 30 de junio del año 2002, titulado: Seroprevalencia de pacientes con Sífilis, post-parto inmediato asistidas en el hospital Roosevelt. Con el propósito de encontrar la seroprevalencia de dicha enfermedad se revisaron los expedientes clínicos en el departamento de registros y archivos médicos en dicho período para conocer la existencia de casos confirmados de sífilis con VDRL y MHA-TP.

Con una seroprevalencia del 0.32 %, de 1878 pacientes a los cuales si se les efectuó VDRL, y un porcentaje de 60.7% de pacientes atendidos que no llevaron control prenatal, en donde el grupo de edad más afectado es de 18-32 años. La prueba de VDRL no se realizó a 633 personas que fueron atendidos los fines de semana y días festivos, ya que no se realizan en estos días, lo que ocasionó un sesgo en los objetivos de este estudio, por que la cantidad de pacientes no tamizados es grande, complicando el problema no solamente por la morbi-mortalidad que esta enfermedad representa dentro del grupo materno infantil, al no ser diagnosticadas y tratadas a tiempo si no por su conocida coinfección con enfermedades como el VIH y sus consecuencias.

Recomendando para el efecto: Realizar obligatoriamente la prueba de tamizaje de VDRL, preferentemente en el control prenatal todos los días incluyendo fines de semana y días festivos, y en los casos positivos MHA-TP, insistir en el personal médico que la historia clínica sigue siendo una herramienta fundamental para la detección de casos de sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, la importancia de llevar control prenatal y plan educacional en general sobre su contagio, prevención, lesiones causadas al grupo materno infantil, tratamiento, letalidad y riesgo de coinfección con el VIH, así como ofrecer de forma obligatoria, voluntaria y anónima la prueba de VIH en la clínica de enfermedades infecciosas y promover un estudio que incluya en un 100% a todas las pacientes embarazadas, universalizando las pruebas serológicas de rutina con la ayuda del ministerio de salud pública, antes de ser atendidas en este hospital y poder diagnosticar a tiempo toda enfermedad infectocontagiosa que afectan al grupo materno infantil, mejorar los servicios de salud para evitar sesgo en la información.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Barco Pérez , Claudia Patricia. Sífilis y embarazo. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1998. 35p.
2. Benson, A. Organización Panamericana de la salud. Manual para el control de la enfermedades transmisibles. 16ed. Washington DC. 1997. (pp.416-421)
3. Benson, R.C. Sífilis. En su: Manual de Ginecología y Obstetricia. 7ed. México: Manual Moderno, 1985. (pp.485-490)
4. Congenital Syphilis.
<http://home.mdconsult.com/das/book/view/909>
5. Diagnóstico Serológico de Sífilis.
<http://members.tripod.com/netmedica/sifil Dx Ser.htm>
6. Dirección general de regulación, vigilancia y control de la salud, programa nacional de prevención y control de ETS/VIH/SIDA. Informe Epidemiológico Nacional. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 1998-2000. 3p.
7. Dirección general de servicios de salud, división de vigilancia y control de enfermedades. Departamento de Enfermedades Transmisibles. Manual de Normas y procedimientos en la vigilancia y control de ETS/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 1990. (pp.11-21)
8. Donoso, E. y Pérez, A. Sífilis Congénita. En su: Obstetricia. 2ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 1992. (pp.414-417)
9. Enfermedades de Transmisión Sexual, Sífilis.
<http://www.gay Costarrica. Com/ets/Sífilis.html>.
10. Falabella, R. et al. Dermatología, Fundamentos de Medicina. 5ed. Medellín: CIB, 1997. (pp.252-260)

11. Hospital Roosevelt. Datos del Banco de Sangre. Departamento de Hematología. Guatemala, 1999.
12. Hospital Roosevelt. Egresos anuales de ginecoobstetricia. Departamento de estadística. Guatemala, 2000. 1p.
13. Jawetz, E. et al. Microbiología Médica. 14ed. México DF: Manual Moderno, 1992. (pp.815-820)
14. Keil, L. Et al. Salud Pública Seattle condado King WA USA. [http://www. Metroke.gov/health/apu/std/spanish/sífilis.htm](http://www.Metroke.gov/health/apu/std/spanish/sífilis.htm).
15. Ledger, W. J. Bacteriología y Clínica. Infecciones en Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires: Panamericana, 1982. (pp.132-133)
16. Linsay, M. K. Trabajo de Parto Pretérmino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 4. México DF: Mcgraw-Hill, 1995. (pp.731)
17. Merenstein, G. B. et al. Pediatría. 13ed. México DF: Manual Moderno, 1994. (pp.386-388)
18. Nelson, E. W. Tratado de Pediatría. 15ed. Madrid: Mcgraw-Hill, 1997, Vol.1. (pp.1073-1078)
19. Niswander, K. R. Manual de Obstetricia Diagnóstico y Tratamiento 3ed. Barcelona: Salvat, 1998. (pp.153-154)
20. Ortiz Hernández, Lisseth Yolanda. Seroprevalencia y Manejo Clínico del Binomio Madre-Recién Nacido con VDRL Positivo. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos, facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1998. 59p.
21. Pastorek, J. G. Infecciones durante el Embarazo. En: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México DF: Mcgraw-Hill, vol.4, 1993. (pp.827-829)
22. Pernoll, M. L. y Benson, R. C. Infecciones Pélvicas, Sífilis. En su: Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. 5ed. México DF: Manual Moderno, 1990. (pp.744-748)
23. Schwarcz, R. L. et al. Sífilis. En su: Obstetricia. 5ed. Buenos Aires: Ateneo, 1995. (pp.284-287)

24. Scott, J. R. Aborto Recurrente. En: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México DF: McGraw-Hill, 1994 (pp.666-669)
25. Sífilis.
Angeline.com/ut/pocus/ets.03.html
26. Sífilis,
Geocities.com/flagelos_2/sifilis.htm.
27. Sífilis,
www.engenderhealth.org/wh/inf/dsyph.htm/&_what.
28. Stites, D. P. et al. Inmunología Básica y Clínica. 7ed. México DF: Manual Moderno, 1993. (pp.895-820)
29. Tierney, L. M. et al. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 32ed. México DF: Manual Moderno, 1997. (pp.1251-1261)
30. Wyngaarden, J. B. et al. Cecil Tratado de Medicina Interna. 19ed. México DF: Interamericana, 1994, Vol.2. (pp.2049-2059)

VIII. ANEXO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS 2002

SEROPREVALENCIA DE SÍFILIS, DE PACIENTES EN POST-PARTO INMEDIATO EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA, HOSPITAL ROOSEVELT, MAYO-JUNIO DEL AÑO 2002.

Registro clínico:_____

No. de caso

DATOS GENERALES

Edad años

Residencia: calle____Av.____No. casa____zona____
colonia

DATOS PRENATALES

Tuvo control prenatal: Si No

ETS/anteriores:	Si	No
-----------------	----	----

Nombre ETS/anterior:	Sífilis	Otros
----------------------	---------	-------

Se efectuó VDRL antes del parto: Si _____ No _____

	Si	No
Después del parto:		

Resultados de VDRL: a) Preparto; Pos.____ Neg.____ Título_____

b) Postparto; Pos. _____ Neg. _____ Título _____

Se realizó MHA-TP	Si	No
-------------------	----	----

Resultado de MHA-TP: Positivo____Negativo____

Le diagnosticaron sífilis: Si _____ No _____

Recibió tratamiento:	Si	No
----------------------	----	----

Medicamento recibido: Penicilina Otros

Fecha del parto: Día Mes Año

Fecha de egreso: Día Mes Año

El número de pacientes asistidas en el departamento de obstetricia del hospital Roosevelt en dicho período fue de 2519, con una seroprevalencia del 0.32% o sea 8 casos, en donde 633 pacientes no se les efectuó prueba de tamizaje con VDRL por ser atendidos los fines de semana y días festivos, creando un sesgo al no tener el control del 100% de las pacientes atendidas, el cual puede ser mejorado si se efectuaran dichas pruebas todos los días (cuadro 1).

Con el grupo de pacientes afectadas se observa que son personas jóvenes a los cuales se les debe prestar más atención porque como lo refiere la literatura internacional la incidencia de esta enfermedad se da más por factores sociales que biológicos, en países en vías de desarrollo y en grupos sociales jóvenes con menor educación y carencias económicas como el nuestro.

Se reconocen varias razones para estas tendencias epidemiológicas entre las cuales se pueden mencionar; acceso limitado a los centros de salud en áreas rurales y urbanas, con retraso en el diagnóstico por carecer de laboratorios que presten el servicio para efectuar pruebas serológicas de rutina en el control prenatal, incremento de las prácticas sexuales en personas jóvenes, promiscuidad, prostitución, uso de drogas, poligamia.

Por lo que se debe iniciar programas estratégicos con planes de información, educación y divulgación nacional masiva e intensivos, principalmente en este grupo de riesgo y proteger así al grupo materno infantil de esta enfermedad que puede causar lesiones irreversibles y letales si se asocia con otras enfermedades como el VIH.

El porcentaje de pacientes asistidos en este departamento y que llevaron control prenatal fue de 39.3% versus un 60.7% que no, reflejo que el problema es grande en el grupo materno-infantil ya que un gran porcentaje no llevo control prenatal. Observamos en los casos positivos que 3 llevaron control prenatal, los cuales no fueron diagnosticados a tiempo y entre las edades de 18 a 32 años, personas jóvenes, productivas, sexualmente activas (cuadro 2).

Es necesario prestar atención a las poblaciones más necesitadas y de alto riesgo y aquellas en donde a pesar de los programas de salud pública no se ha tenido éxito en la limitación de la propagación de esta enfermedad. Por lo que se debe de promover el control prenatal en un 100% con pruebas serológicas de rutina entre ellas el VDRL, universalizando su

cobertura para limitar la propagación de ésta enfermedad que tanto daño puede causar a éste grupo si no se diagnostica y trata a tiempo.