

COLECTIVO DE AUTORES

Dirección Nacional de Epidemiología

Dra. María Isela Lantero Abreu

Grupo Nacional de Dermatología

Dr. Alfredo Abreu Daniel

Dra. Nieves Atrio Mouriño

Dirección Nacional Materno Infantil

Dr. Evelio Cabezas Cruz

Grupo Nacional de Pediatría

Dr. Fernando Domínguez Dieppa

Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios

Dra. Ana Margarita Muñiz Roque

Grupo Nacional de Medicina Familiar

Dr. José Humberto Torres Díaz

Dra. Amarilis Castro Pérez

Dra. María Teresa Pinilla Vázquez

Dirección Nacional de Estadísticas

Dra. María Ester Alvarez Lauzarique

Téc. José Danilo Ramil Valdés

Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología

Dr. Niel Acosta Rodríguez

Lic. Raquel Alberte Sierra

Dra. Olenia Hernández Gutierrez

Lic. Mayra Castro Alfonso

Dra. Esperanza Zaldívar García

Dr. José Raúl de Armas Fernández

Dr. Fernando Gómez Alonso

SÍFILIS CONGENITA

La Sífilis Congénita es una infección causada por la diseminación hematogena del *Treponema pallidum* de la gestante infectada al feto. Se conoce que:

- ✓ la transmisión materna puede ocurrir en cualquier momento del embarazo
- ✓ la tasa de transmisión vertical de la Sífilis en mujeres no tratadas es de 70% a 100% en las fases primaria y secundaria, reduciéndose al 30% en fases latente y terciaria
- ✓ puede ocurrir muerte perinatal en un 40% de los casos

Cuando una gestante adquiere Sífilis durante el embarazo puede ocurrir: aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, recién nacido con síntomas de Sífilis Congénita o Recién Nacido asintomático.

Todas las gestantes deben ser pesquisadas para Sífilis en la primera consulta prenatal (captación), en el tercer trimestre del embarazo y al ingreso hospitalario para el parto. Las que tengan serología reactiva deben recibir tratamiento con 2,4 millones de unidades de Penicilina Benzatínica, indicado **por el médico que primero conozca de dicho resultado** y posteriormente debe ser interconsultada con el Dermatólogo para concluir el estudio del caso. Se administrará otra dosis de 2,4 millones de unidades a los siete días de la primera hasta completar 4.8 millones.

Diagnóstico:

El diagnóstico de Sífilis Congénita no es sencillo, debido a la transferencia placentaria de anticuerpos treponémicos y no treponémicos de la madre al feto, lo que dificulta la interpretación de serologías reactivas en los niños

Exámenes complementarios para el diagnóstico:

- ✓ Serología no treponémica (VDRL): indicada para el diagnóstico y evolución del caso. Puede permanecer reactiva por largos períodos de tiempo, inclusive después de curada la infección. Recién nacidos no infectados pueden presentar anticuerpos maternos transferidos a través de la placenta; en esos casos, la serología puede permanecer reactiva hasta los 6 meses de vida. Es por ello que el diagnóstico de Sífilis congénita requiere de la realización de otros estudios, para definir la terapia adecuada
- ✓ Serología treponémica (FTA-Abs, TPHA, ELISA): son más específicos y por ello útiles para la exclusión de resultados de VDRL falsos positivos.
- ✓ Radiografía de huesos largos: los signos de osteocondritis, osteítis y periostitis resultan hallazgos comunes en casos con Sífilis congénita sintomática y en un 70-90% de estos casos las radiografías de huesos largos muestran anomalías metafisiarias patognomónicas de infección. Su sensibilidad para el diagnóstico de casos asintomáticos es desconocida. Se sugiere que en el 4 al 20% de los recién nacidos asintomáticos infectados la única alteración

resulta el hallazgo radiológico, lo que justifica la realización de este examen en casos sospechosos de Sífilis congénita.

- ✓ Examen del Líquido Cefaloraquídeo: No constituye un estudio de rutina. Se recomienda su realización (según criterio del equipo de especialistas a cargo del estudio del caso) a los recién nacidos diagnosticados de Sífilis Congénita, pues la conducta terapéutica a seguir dependerá de la confirmación o no de Neurosífilis. La ocurrencia de alteraciones del LCR es mucho más frecuente en niños con evidencias clínicas de Sífilis Congénita que en recién nacidos asintomáticos infectados (86% y 8% respectivamente)

Para arribar a una conclusión diagnóstica deberán tenerse en cuenta:

- ✓ Antecedentes de Sífilis en la madre
- ✓ En qué momento del embarazo fue tratada, con qué medicamentos y si completó el tratamiento
- ✓ Presencia de evidencias clínicas, de laboratorio o radiológicas de Sífilis en el niño
- ✓ Comparación de los resultados de la serología de la madre y el niño (serología del niño con dos o más diluciones que la materna)

Deberá sospecharse Sífilis Congénita, ser evaluados para descartarla y recibir tratamiento antes del egreso hospitalario, los recién nacidos de madres que reúnan alguna de las siguientes condiciones:

- ✓ Sífilis no tratada
- ✓ Serología reactiva de primera vez en el ingreso para el parto
- ✓ Evidencia serológica de reinfección después de tratada (incremento en dos o más diluciones)
- ✓ Tratada con esquemas terapéuticos diferentes a la Penicilina
- ✓ Recibió tratamiento con Penicilina pero éste fue administrado en las 4 semanas previas al parto
- ✓ No existen antecedentes bien documentados de haber sido tratada
- ✓ Fue tratada en tiempo y con Penicilina pero la curva serológica no decreció al menos en dos diluciones con respecto a la serología inicial

Esquemas terapéuticos recomendados

Status Clínico del Recién Nacido	Tratamiento recomendado
<p>Sífilis Congénita confirmada o fuertemente sospechada</p>	<p>Penicilina G Cristalina acuosa 50,000 unidades por Kg de peso/día por vía intramuscular o intravenosa, administradas cada 12 horas en niños menores de 7 días y cada 8 horas en neonatos con más de 7 días de nacidos, en ambos casos durante 10 a 14 días + seguimiento clínico y serológico</p>
<p>Asintomático, evaluación clínica negativa y todos los estudios complementarios son negativos</p> <p>Si la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No recibió tratamiento o no se precisa ✓ No fue tratada con Penicilina ✓ Fue tratada con Penicilina pero el tratamiento fue administrado en las 4 semanas previas al parto ✓ La serología no decreció al menos dos diluciones después del tratamiento ✓ Incremento de la serología en 2 o más diluciones (sospecha de fracaso del tratamiento o reinfección) después de tratada <p>Si la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibió tratamiento completo, con Penicilina y se administró antes de las 4 semanas previas al parto ✓ Cumplió con el seguimiento serológico mensual hasta el parto ✓ La curva serológica decreció al menos en dos diluciones ✓ No existen evidencias de reinfección 	<p>Penicilina G Benzatínica 50,000 unidades por Kg de peso en dosis única IM + seguimiento clínico y serológico</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>Penicilina G Cristalina acuosa 50,000 unidades por Kg de peso/día por vía intramuscular, administradas cada 12 horas en niños menores de 7 días y cada 8 horas en neonatos con más de 7 días de nacidos, en ambos casos durante 10 a 14 días + seguimiento clínico y serológico</p> <p>Examen clínico y dermatológico mensual y VDRL a los tres meses de edad</p>

Prevención de la Sífilis Congénita

La prevención de la Sífilis Congénita es una prioridad del Sistema Nacional de Salud y en ella participan un grupo importante de profesionales de la salud, entre los que se encuentran: Médico y Enfermera de la Familia, Grupo Básico de Trabajo, Enfermeras Especializadas en ITS, Dermatólogos, Obstetras, Pediatras, Vicedirectores de Higiene y Epidemiología, Epidemiólogos Jefes de Programa, Directores de Areas de Salud y de Hospitales. Por la importancia que reviste a continuación se relacionan las acciones a realizar.

Gestantes con VDRL reactiva

Equipo Básico de Salud y Grupo Básico de trabajo

- El EBS y el GBT tienen la máxima responsabilidad de que se cumpla el tratamiento controlado de gestantes con serología reactiva en cualquier momento del embarazo.
- No se exime de responsabilidad al médico que primero conozca de este resultado (incluida la serología débil reactiva), el que indicará y comprobará que se cumpla de inmediato el tratamiento, según el esquema establecido.
- Estudio y tratamiento de las parejas sexuales
- Impartir educación sanitaria
- Anotar en forma legible en el Carné Obstétrico y en el Tarjetón, que la gestante tiene una serología reactiva "SR", especificando la fecha, el tiempo de embarazo y la conducta seguida, en un lugar visible de ambos documentos
- Interconsultar el caso inmediatamente con el Obstetra del Grupo Básico de Trabajo y ambos con el Dermatólogo del policlínico, a fin de que en conjunto lleguen a una conclusión diagnóstica en el menor tiempo posible
- Controlar que se cumpla el seguimiento serológico mensual hasta el parto
- El obstetra del GBT controlará la realización del VDRL en todas las embarazadas captadas y en las que arriban al tercer trimestre. Conocerá los resultados y el cumplimiento del tratamiento de las reactivas, así como las conclusiones del estudio. Lo informará en las reuniones semanales del PAMI

El Dermatólogo

- Anotará en el carné obstétrico y tarjetón de la embarazada, la conclusión diagnóstica y la clasificación si es un caso de Sífilis, así como el tratamiento recibido
- Realizará seguimiento serológico mensual hasta el parto a toda embarazada con serología reactiva

La Enfermera Especializada en ITS

- Mantendrá actualizado el registro de embarazadas con serología reactiva y/o con Sífilis
- Realizará la entrevista epidemiológica y procederá a la localización, estudio y tratamiento de los contactos obtenidos
- Controlará o aplicará personalmente (en el caso de la EE en ITS del hospital) el tratamiento normado a gestantes con serología reactiva y/o con Sífilis

- Verificará que se evalúen todos los Recién Nacidos tributarios del mismo y que aquellos que requieran tratamiento lo reciban antes del egreso de la maternidad

Los Laboratorios

- Mantener adecuadamente actualizado los registros que para este fin establece el Sistema estadístico
- Informar diariamente a estadísticas y a la EE en ITS las serologías reactivas en gestantes
- Identificar los casos correspondientes a gestantes, aclarando el trimestre del embarazo
- Cumplir con el envío del 100% de los sueros reactivos de gestantes para control de calidad, conservando los resultados del mismo durante un año

Los Departamentos de Estadísticas

- Mantendrán actualizados los registros que para este fin establece el Sistema estadístico
- En Hospitales:
 - Confecciona diariamente el listado de embarazadas a las que se les realizó serología al parto, con los siguientes datos: Nombre y apellidos de la embarazada, resultado de la serología realizada y dirección completa de la paciente.
 - Informa diariamente a la Atención Primaria el listado de embarazadas a las que se les realizó serología al parto conjuntamente con el listado de nacidos vivos.

El Obstetra y el Pediatra del Hospital Gineco-Obstétrico

- Indicar y controlar la realización de VDRL en la captación y en el 3er trimestre a las gestantes que reciban atención prenatal en el hospital y a todas las que ingresan para parto
- Interconsultar con Dermatología o remitir a su área de salud, con el objetivo de descartar secundarismo sífilítico, a toda embarazada que asista a consulta o a Cuerpo de Guardia con rash cutáneo
- Serán responsables de la evaluación y tratamiento antes del egreso hospitalario de todos los Recién Nacidos que lo requieran

Ante el parto de una embarazada diagnosticada como caso de Sífilis o serología reactiva sin concluir, o serología reactiva de primera vez en el parto, tratada en las 4 semanas previas al parto o con esquemas terapéuticos diferentes a la Penicilina:

- Debe realizarse serología cuantitativa a la madre y al recién nacido en el laboratorio de la unidad.
- Examen físico minucioso del recién nacido por Pediatra y Dermatólogo
- Otros estudios serán indicados a criterio del equipo de especialistas a cargo del estudio del caso

- En el estudio del Recién Nacido, cuando no se pueda confirmar el diagnóstico de Sífilis Congénita en el hospital con los criterios definidos, deben valorarse los antecedentes maternos y los elementos epidemiológicos que aportará la E.E. en ITS que realizó la investigación del caso (cumplimiento del tratamiento, seguimiento serológico, cambios de compañeros sexuales durante el embarazo y contactos no controlados, entre otros), para decidir la conducta a seguir
- Todo Recién Nacido diagnosticado con Sífilis será notificado y tratado antes del egreso hospitalario.
- Al egreso del Recién Nacido de la Maternidad, se reflejará en el Carné Infantil el resultado de la serología, del estudio integral y la conducta seguida.

Epidemiólogo Municipal y Provincial responsables del Programa

- Cuando en el hospital Gineco-Obstétrico no se pueda llegar al diagnóstico de Sífilis Congénita, por ser controvertidos los elementos de que se disponen, el Equipo Municipal responsable del Programa, creará las condiciones para que en la re-discusión del caso participen otros especialistas de experiencia en la interpretación radiológica y con recursos para realizar otros exámenes (IgM, inmunofluorescencia u otros), antes de los 28 días posteriores al nacimiento.
- Ante el nacimiento de un niño con Sífilis Congénita, los Epidemiólogos Provincial y Municipal que atienden el Programa y el Subdirector de Higiene y Epidemiología del Policlínico, convocarán a una reunión a todos los que participaron en la atención a la Madre y el Recién Nacido (Médico y Enfermera de la Familia, Dermatólogo, Gineco-Obstetra, Pediatra y Enfermera E.E. de ITS), a la cual también debe asistir el Director del Policlínico, para analizar los incumplimientos y proponer las medidas administrativas necesarias, para evitar otros casos.
- El informe final, así como la encuesta del caso, serán enviados al nivel central, por el Epidemiólogo Provincial Responsable del Programa, para su discusión en la Comisión Técnica Nacional.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. CDC: Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol.47/Nº. RR-1, 1998.
2. CDC: US Public Health Service Recommendations for HIV Counseling and Voluntary Testing for Pregnant Women. MMWR, 1995; volume 44(RR-7): 1-15
3. Control of Sexually Transmitted Diseases. WHO. Second edition. 1998.
4. Dyck, Eddy van et al: Diagnóstico de Laboratorio de las enfermedades de Transmisión Sexual. OMS, 2000
5. El Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual. AIDSCAP/Family Health International. 1997.
6. EPB Finlay. Prospecto de la prueba del VDRL. 2000.
7. Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance. WHO/ UNAIDS. 1999.
8. Guidelines for Perinatal Care: Spirochetal Infections. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Elk Gove Village, Illinois, APP&ACOG, 1997.
9. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional DST e AIDS. Brasil, 1999.
10. Manual para el Control de las Enfermedades Transmisibles. Publicación Científica Nº 564. OPS-OMS, 1997.
11. Programa de Control de la Sífilis Congénita. MINSAP. Cuba, 1972
12. Programa Nacional de Prevención y Control de Gonorrea. MINSAP. Cuba, 1981
13. Programa Nacional de Prevención y Control de Sífilis. Cuba, 1982..
14. Van Dyck.E, Meheus.A:Z, Piot.P. Laboratory Diagnosis of Sexually Transmitted Diseases. WHO. 1999