

CARTAS AL EDITOR

Sífilis congénita: Un problema tan antiguo como actual

Dres. María Hortal^{}, Inés Iraola^{*}, Caroline Agorio[†],
Bremen De Mucio[‡], Ricardo Fescina[‡]*

Programa Nacional de Salud de la Niñez. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

[†] Prof. Adj. de Clínica Dermatológica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

[‡] Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva. Uruguay. Organización Panamericana de la Salud. Sacar Uruguay.

Recibido: 21/7/08.

Aceptado: 21/7/08.

El propósito del presente informe es comunicar al equipo de salud la gravedad que reviste el aumento de la sífilis materna y congénita, a lo cual contribuyen múltiples factores que es imprescindible reconocer para proponer estrategias de control. Una investigación realizada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), por el Programa Nacional de Salud de la Niñez del Ministerio de Salud Pública (MSP) en colaboración con el Centro Latinoamericano de Perinatología-Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) de la Organización Panamericana de la Salud durante el año 2007, puso en evidencia aspectos críticos sobre los que se deben focalizar las intervenciones. El Sistema Informático Perinatal (SIP) del CLAP/SMR en el CHPR, registró en los últimos años una tendencia creciente de gestantes y recién nacidos (RN) con VDRL reactivos (tabla 1). Con el fin de investigar los factores vinculados a la infección se realizó una revisión de historias clínicas y auditorias de esas mujeres, pudiendo rescatar un total de 142 historias de sífilis materna. Se analizaron diferentes variables tales como edad materna, paridad, antecedentes de sífilis, edad gestacional en el primer control, número de controles prenatales, tamizaje con VDRL, tratamiento oportuno, identificación y tratamiento de los contactos sexuales.

De la revisión efectuada se pueden resumir los siguientes aspectos:

1. De estas gestantes, 33,8% no tuvieron control prenatal, siendo diagnosticada la sífilis recién al momento del parto.
2. En 38 casos con VDRL reactivo (antes de las 20 semanas) y a pesar de un tratamiento oportuno con penicilina benzatínica y confirmar su curación, al momento del parto, 35 de ellas se habían reinfectado.
3. 12% de embarazadas con tamizajes adecuados no reactivos durante el prenatal, al parto tuvieron un VDRL positivo.

Se estima que en el caso de las reinfecciones la falla se produjo en la falta o insuficiente búsqueda y tratamiento de contactos, así como en no haber dado información apropiada para prevenir la reinfección.

Como consecuencia de la problemática precedente nacieron niños con VDRL reactivo que, según los antecedentes epidemiológicos y serológicos de las madres, fueron diagnosticados como SC “probable” y tratados con penicilina. La mayoría de ellos fueron asintomáticos y sólo 5% presentaron manifestaciones clínicas compatibles con la enfermedad.

A la información precedente es preciso agregar que de 111 óbitos fetales del CHPR, la anatomía patológica de 90 de ellos comprobó la etiología luética en nueve casos, lo que confirma el poder feticida de la sífilis, lo cual no es usualmente tenido en cuenta.

La subnotificación en todo el país (66 casos notificados al MSP en el año 2006), no permite cuantificar la magnitud del problema. En este contexto el análisis de la información registrada en el SIP permitió identificar a la SC como un problema creciente y prioritario de Salud Pública.

Esta importante subnotificación existe a pesar de la vigencia del decreto 64/004 que establece la notificación obligatoria e inmediata a Vigilancia Epidemiológica del MSP de todos los óbitos y RN con SC.

Con los recursos sanitarios existentes y un tratamiento eficaz, de bajo costo como es la penicilina, es inadmisibles que todavía ocurran casos de SC en Uruguay. El equipo de salud y la comunidad en su conjunto no pueden permanecer indiferentes a un problema que afecta las tasas de natalidad y la mortalidad perinatal del país, a la vez de atentar contra la calidad de vida de mujeres y niños.

Debido a la escasa visibilidad que tiene este problema en la población en general y en los equipos de salud en particular, se requiere una estrategia de sensibilización dirigida a la comunidad en su conjunto. Al mismo tiempo, es necesaria una mejor respuesta del primer nivel de atención, incentivando la captación precoz de las gestantes, la mejora en la calidad del control prenatal, el diagnóstico y tratamiento oportuno de la sífilis materna, la captación y el tratamiento de los contactos sexuales y la vigilancia epidemiológica de la sífilis.

Para avanzar hacia la eliminación de la SC son imprescindibles acciones coordinadas y esfuerzos conjuntos de distintos actores integrados en un Plan Nacional para la Eliminación de la SC. Esto responde a la realidad epidemiológica actual y al compromiso oficial asumido por las autoridades sanitarias nacionales en la reunión del Comité Ejecutivo de la OPS (septiembre de 1995) y renovado en el año 2007 con el lema "Por una generación libre de sífilis congénita".

Bibliografía

1. **Organización Panamericana de la Salud.** Eliminación de la sífilis congénita en las Américas. Reunión del Consejo Directivo, 38, Washington, D.C., 1995. Obtenido de: <http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/20775.pdf>
2. **Valderrama J.** Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. OPS, 2005. Obtenido de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf>.
3. **WHO.** The global elimination of congenital Syphilis: Rationale and strategy for action, 2007. Obtenido de: http://www.who.int/reproductive-health/publications/congenital_syphilis/strategy_congenitalsyphilis.pdf
4. **Fescina RH, Butrón B, De Mucio, B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Camacho V, et al.** Sistema informático perinatal. Historia clínica perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo, CLAP/SMR: 2008.