



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

"Características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de los pacientes con sífilis congénita en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero 2004-diciembre 2008"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Pediatría

AUTOR

Carlos Nicanor CHÁVEZ SANDOVAL

ASESOR

Francisco Eduardo CAMPOS GUEVARA

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Chávez C. Características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de los pacientes con sífilis congénita en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero 2004-diciembre 2008 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009.

ÍNDICE

Resumen		Pág. 3
CAPÍTULO I	Introducción	Pág. 4
CAPÍTULO II	Objetivos	Pág. 14
CAPÍTULO III	Material y Métodos	Pág. 15
CAPÍTULO IV	Resultados	Pág. 16
CAPÍTULO V	Discusión	Pág. 26
CAPÍTULO VI	Conclusiones	Pág. 30
CAPÍTULO VII	Referencias bibliográficas	Pág. 31

Resumen

El objetivo del presente estudio fue determinar las características epidemiológicas, clínicas y de Laboratorio en los pacientes con Sífilis Congénita en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé entre Enero 2004 - Diciembre 2008.

Realizándose un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal con el total de 48 casos de Sífilis Congénita reportados en el período antes mencionado.

Los resultados fueron:

- *La incidencia de Sífilis Congénita en el período de investigación fue de 0.13%.*
- *El 93.48% de los RPR maternos realizados fueron positivos.*
- *El Tratamiento materno por infección sifilítica fue completo en el 11.63% e incompleto en el 76.74%.*
- *El 56.25% de los recién nacidos fueron del sexo masculino, el 87.50% procedían de zonas urbanas, el 62.50% pertenecían a NSEC bajo, el 66.67% de las madres de los recién nacidos sujetos a estudio eran convivientes, el 79.17% refirieron tener una sola pareja sexual y el 60.42% tuvo un inadecuado control pre natal.*
- *El 89.58% fueron productos a termino, con peso normal al nacer en el 75%, el 68.75% de los partos fueron distócicos de los cuales 33 (39.58%) presentaron complicaciones. Dentro de principales hallazgos clínicos reportados tenemos: Ictericia y la Hepatoesplenomegalia.*
- *El 93.48% de los casos fueron diagnosticados con el RPR Materno. El 95.83% con el RPR neonatal, el 20.83% con Ig M Para T. Pallidum y sólo el 6.25% mediante Pruebas de Inmunoensayo.*

Palabras Claves: *Sífilis Congénita, Epidemiología, Características Clínicas y de laboratorio.*

Capítulo I

Introducción

La sífilis es una compleja enfermedad sistémica, con múltiples manifestaciones clínicas, causada por la espiroqueta **Treponema pallidum** (TP). Su forma más frecuente de transmisión es por contacto sexual, y a diferencia de otras enfermedades de transmisión sexual, no se diagnostica por el aislamiento e identificación del germen etiológico. Juegan, en cambio, un rol fundamental la epidemiología, clínica y serología (1) (2).

La sífilis esta considerada como la infección de transmisión sexual (ITS) más reconocida desde la antigüedad, debido su frecuencia. Actualmente está considerada como un problema de salud pública en el mundo con más de 15 millones de casos nuevos reportados anualmente, principalmente en los países en vías desarrollo.

Dentro de las ITS la infección con el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) el que más impacto ha tenido durante las últimas décadas sobre la población, por lo cual se inició la lucha contra el avance de la epidemia del VIH/SIDA y las ITS. Sin embargo el reconocimiento de la relación VIH/ITS no incrementó proporcionalmente el interés por las ITS siendo el incremento de casos con sífilis congénita (SC) la evidencia del poco interés por el control de las ITS (1) (2) (3).

La sífilis en América Latina y el Caribe (ALC), afecta a personas sexualmente activas y presenta prevalencias elevadas en grupos vulnerables. Así, en Centroamérica, en el año 2003, la prevalencia de sífilis en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) osciló entre un 5%, en Honduras, y un 13,3% en Guatemala; y

en trabajadoras comerciales del sexo (TCS) osciló entre 6,8 % en Honduras y 15,3%, en El Salvador. En consumidores de drogas en Argentina y Uruguay se estimó una prevalencia de sífilis del 4,2% y 4,1% respectivamente (4) (5).

Según datos de los Servicios de Laboratorio y Sangre de la OPS, durante el año 2003, el 0,16% del total de la sangre transfundida en Latinoamérica, no fue tamizada para sífilis. La prevalencia de sífilis en la población donante fue de 1,31%.

Se calcula que en ALC, 330.000 mujeres embarazadas que tienen una prueba positiva para sífilis, no reciben tratamiento durante el control prenatal. Aunque el estadio de la enfermedad es un factor determinante, se estima que de estos embarazos nacen 110.000 niños con sífilis congénita, y un número similar resulta en aborto espontáneo (5).

Entre los factores de riesgo para la transmisión de la sífilis se encuentran: 1) las prácticas sexuales de alto riesgo (por ejemplo la práctica del sexo vaginal, oral o anal sin protección); 2) el inicio de la actividad sexual a una edad temprana; 3) la actividad comercial sexual y el VIH/SIDA; y 4) el consumo de drogas ilícitas y el alcohol, que muchas veces dificulta la toma de medidas preventivas.

Por otra parte, el Informe sobre el Desarrollo Mundial del Banco Mundial (1993) (6) establece que la detección y el tratamiento prenatal de la sífilis es una de las intervenciones disponibles más costo - efectivas.

En base a varios estudios y una población teórica del África Sub-sahariana en que se dieran 20.000 embarazos anuales con una prevalencia de RPR positivo con título mayor de 1:8 de un 4%, el costo estimado por caso evitado de sífilis congénita (nacido muerto, bajo peso y otros resultados adversos de la sífilis congénita) oscilaría entre 44 y 318 dólares. El costo por AVAD (años de vida ajustados por discapacidad)

sería entre 4 y 18,7 dólares. Con fines comparativos, el costo por caso evitado de VIH en una mujer embarazada, sería de 506 dólares y el costo por AVAD ahorrado, es de 19,2 dólares (7) (8).

La infección por sífilis durante la gestación puede llegar a afectar hasta el 80% de las madres, y la transmisión vertical al feto tiene consecuencias directas sobre el producto en formación que se ve reflejada en la incidencia y prevalencia de la SC.

La organización mundial de la salud (OMS) estima que un millón de gestantes cada año son infectadas por sífilis de los cuales 270 000 neonatos nacen con sífilis congénita, 460 000 embarazos terminan en abortos y en muertes perinatales, y 270 000 neonatos son pre-término o tienen bajo peso al nacer.

La Sífilis Congénita refleja un problema con una alta morbilidad cuya incidencia se relaciona directamente con la prevalencia de sífilis en la población, con los sistemas de control prenatal y con el tratamiento de la enfermedad que en la mayoría de los países en desarrollo continúa siendo un severo problema médico, económico, social y emocional.

Es de gran importancia para el especialista en Pediatría conocer las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de este grupo de pacientes que muestren las características propias de la infección, sus complicaciones y secuelas por Sífilis Congénita en nuestro medio.

La gran epidemia de sífilis que afectó a Europa en el siglo XV coincidió con el retorno de Cristóbal Colón de sus expediciones por América, lo que llevo a la controversia en torno a si fueron realmente los españoles quienes llevaron la sífilis al viejo continente (4) (9).

Sobre el origen de la sífilis se han manejado tres hipótesis: su probable origen en el Nuevo Mundo, la mutación de otras treponematosis ya presentes en Europa y el transporte desde el Viejo al Nuevo Mundo. Tres hipótesis que no necesariamente son excluyentes entre si como lo demuestran las evidencias (10).

Colón provenía de Europa continental, donde no existe evidencia de ningún caso de treponematosis previo a 1492. Las treponematosis se originaron en África en forma de pian, que pasó a través de Asia hasta América del Norte, lo que resultó en una mutación, con la forma de bejel. El bejel también pasó por Asia hasta América del Norte. Sin embargo, fue en esta última región que existió otra mutación que dio lugar a la sífilis.

Las características óseas (reacción periostica, remodelamiento óseo “tibias en sable”, o destrucción ósea “gomas”) de la sífilis se encuentran ausentes en especímenes de Europa precolombina, África y Asia. Respecto de América del Norte y del Sur, estas características han sido identificadas en América del Norte 8 000 años atrás en diferentes sitios (Florida, Nueva York, Ohio y Alaska) y el primer osetipo de sífilis fue identificado entre 2 000 y 1 800 años atrás, haciendo claro que la sífilis se encontraba en el Nuevo Mundo al momento de la llegada de Colón. En especial, por toda la evidencia ósea (en especial la remodelación de la tibia "en sable") que documenta la presencia de sífilis en República Dominicana, donde desembarcó Colón (11) La tripulación de Colón tuvo la oportunidad y los medios para contraer y diseminar la enfermedad venérea que ahora llamamos sífilis y hay indicios de que Cristóbal Colón padeció la enfermedad y murió de ella en 1506 en Valladolid (España) (4) (10).

A lo largo de la historia, muchos personajes, como Beethoven, Donizetti, Schubert, Schumann, Van Gogh y Hitler, han padecido de sífilis. Las implicaciones sociales de la enfermedad han llevado a ocultar el diagnóstico y a achacar a otras causas los síntomas neurológicos propios de la afección en sus etapas avanzadas (4).

La designación de sífilis se originó de un antiguo mito sobre un pastor llamado Syphilis. En 1530, Girolamo Fracasioro, médico y poeta utiliza por primera vez la terminología de "*morbus gallicus*" para la lúes. Debido a la erupción (*pox*), y para distinguir la enfermedad de la viruela (*small pox*), surgió el término *great pox* o viruela mayor (4) (10).

El mercurio y el arsénico fueron dos de los remedios más utilizados, y también de los más temidos, debido a las complicaciones que producían. Aunque August von Wassermann inventó la primera prueba de sangre para detectar la sífilis, no se contó con un tratamiento eficaz hasta 1943, cuando la penicilina, descubierta en 1928 por el bacteriólogo británico Alexander Fleming, se utilizó por vez primera con buenos resultados para tratar la enfermedad. La sífilis dio lugar también a una de las polémicas más grandes de toda la historia, con la publicación del *Tuskegee study of untreated syphilis in the Negro male*, conocido en español por "estudio de Tuskegee". En 1932, el Servicio de Sanidad de los Estados Unidos, con el propósito de observar la evolución natural de la sífilis, emprendió en Alabama un estudio que inicialmente debía durar seis meses, pero que se extendió por más de 40 años. A pesar de que durante su curso se comprobó la eficacia de la penicilina para tratar la sífilis, las personas estudiadas no recibieron ningún tratamiento, conducta que resulta médica y éticamente reprobable. Cuando esto salió a la luz pública se establecieron normas sistemáticas para la experimentación con seres humanos (4)

Dentro de los factores de riesgo asociados con la adquisición de la sífilis incluyen la pobreza, la cocaína, el comercio sexual y de drogas, y la coinfección sífilis/ HIV (12), siendo esta más común entre los hombres, principalmente entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (13) (14).

El curso de la enfermedad se divide en cuatro estadios: sífilis primaria, secundaria, latente y terciaria, en relación con el tiempo y tipo de presentación de los síntomas clínicos. Si no se trata en su etapa primaria aguda se convierte en una enfermedad crónica.

Durante la gestación la vascularización, friabilidad y eversión cervical facilitan el ingreso del treponema a la sangre. Los signos característicos son difíciles de reconocer porque la lesión inicial, que se conoce por chancro, puede presentarse en zonas poco visibles, y los síntomas iniciales no alcanzan la intensidad necesaria para motivar una consulta médica.

La transmisión vertical de la madre al feto puede ocurrir en cualquier momento de sífilis temprana sin tratamiento. Una gestante puede transferir la infección por sífilis en el útero vía transplacentaria o durante el pasaje por el canal del parto cuando existe alguna lesión genital. A través de la placenta, la infección es transmisible al feto a partir de la 9ª semana de gestación, pero suele tener lugar entre la 16ª y la 28ª semana del embarazo, ya que antes de la semana 16 el *T. pallidum* es incapaz de atravesar la capa de células de Langhans de la placenta (15).

La probabilidad de transmisión vertical es inversamente proporcional al estadio de la sífilis materna durante el embarazo. En la sífilis materna temprana (menos de un año de infección), la tasa de transmisión materno fetal puede alcanzar el 80%, mientras que en la sífilis tardía la infectividad se reduce.

La concentración de espiroquetas en la sangre materna es máxima durante los dos primeros años tras la infección, a partir de los cuales va disminuyendo lentamente como resultado de la inmunidad adquirida, sin embargo, el riesgo de transmisión materno-fetal perdura.

La infección por sífilis puede tardar de 10 a 45 días en ser detectable por análisis de sangre, por lo que una prueba inicial negativa, en las madres, no garantiza la ausencia de infección (16).

La SC es clínicamente asintomática hasta en un 60% al nacer pero puede manifestarse como dos síndromes clínicos:

- 1) **SC precoz**: se produce antes del segundo año de vida y se caracteriza por la triada clásica: pénfigo palmo-plantar, coriza sifilítica y hepatoesplenomegalia. Siendo las características más comunes la presencia de rash, fiebre, enfermedad sin mejoría, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, afección del sistema nervioso central como Pseudo parálisis, Neumonitis, rinitis y ascitis. Las lesiones óseas son comunes, se caracteriza por el daño a los huesos largos como son la periostitis y la osteocondritis metafisial. Además pueden presentarse: anemia, leucocitosis, trombocitopenia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia, y niveles elevados de enzimas hepáticas, así como la falla multisistémica por sepsis treponémica.
- 2) **SC tardía**, por lo general se producen después de los dos años de edad. Si bien no existen signos patognomónicos todo niño infectado se caracteriza por tener riesgo de presentar hepatoesplenomegalia, malformaciones cardíacas y la triada de Hutchinson: malformaciones dentales (incisivos en punta o de Hutchison), queratitis intersticial y sordera de percepción. Además podría

presentar lesiones de los huesos (perisinovitis, gommas, nariz en silla de montar) y neurológicas como: tabes dorsal, convulsiones, paresia generalizada.

Los métodos específicos para el diagnóstico de la sífilis temprana son: el examen de campo oscuro y examen directo de anticuerpos fluorescentes, pruebas que se realizan directamente con el material obtenido de la lesión, exudados o tejidos Sin embargo, es posible hacer diagnóstico mediante el uso de las pruebas serológicas: las pruebas no treponémicas (VDRL, RPR-reagina rápida en plasma) son pruebas de tamizaje, son una primera aproximación para el diagnóstico, con una alta sensibilidad, y las pruebas treponémicas (TP-PA: Treponema pallidum aglutinación de partículas, FTA-ABS: fluorescentes de treponema absorción) que son pruebas de alta especificidad que nos permiten confirmar el diagnóstico (17).

Los criterios diagnósticos para la SC son:

1. RN con madre diagnosticada de sífilis durante gestación no tratada o inadecuadamente tratada aún en ausencia de síntomas, signos o resultados positivos de laboratorio.
2. Todo niño con prueba reagínica (VDRL, RPR) y alguna de las siguientes condiciones:

Manifestaciones sugestivas al examen clínico

Evidencia radiológica

- Títulos reagínicos 4 veces mayor de la madre
- Anticuerpos IgM contra T. Pálido
- Elevación de títulos reagínicos en relación a los anteriores

3. Todo niño con presencia de T. Pálido en lesiones: placenta, cordón etc.

4. Todo niño con prueba reagínica positiva luego del sexto mes de edad, con excepción del niño post-terapia.

El uso de las pruebas serológicas en el diagnóstico de la SC en lactantes menores de 15 meses de edad es problemático debido al paso transplacentario pasivo de IgG de la madre al feto. Por ello, no se recomienda el uso de pruebas treponémicas en lactantes nacidos de madres infectadas.

La prevalencia de sífilis en gestantes en el país ha podido ser medido mediante los estudios de Vigilancia Centinela del PROCETSS-MINSA que se realizaron en púerperas desde el año 1996 al 2002, cuya prevalencia vario de 1.03 a 1.71%, mientras que la tasa de SC ha variado de 4.6 a 7.8 por cada 1000 nacidos vivos entre los años 2001-2007 según la hoja de monitorización de la ESN-PC-ITS/VIH/SIDA. En el año 2005 la cifra se encontró en 3 por 1000 nacidos vivos (18).

Los factores de riesgo y las características socioeconómicas en el grupo de mujeres gestantes asociadas a SC, interfieren mucho en el cuidado prenatal, pero el grupo de mujeres que se adhiere al tratamiento durante la gestación son mujeres con conducta de riesgo que en general son menos pobres, mas educadas y de mayor edad en comparación con las madres de infantes con SC (13) (18).

En cuanto a las políticas de tamizaje prenatal de la sífilis, en el informe de la OMS 2008 se indica que la cobertura real es muy variable, ya sea por una inadecuada instalación de los laboratorios o la formación de los técnicos, evidenciando que las proporciones de gestantes sometidas a pruebas de detección oscilaban entre el 17–88% en Bolivia, 64–79% en Brasil, <5–40% en Mozambique, 83% en Tanzania y el 32–83% en los Estados Unidos (5) (13) (14) (15).

A pesar de haberse demostrado que la realización de las pruebas en el parto disminuye el desarrollo clínico de la SC y de su recomendación en diversos países, raras veces se llevaba a cabo.

El tamizaje para sífilis siendo mejor que el tamizaje de VHI, no alcanza el 90% en los centros de salud del país, ya sea por desconocimiento de la importancia de la prueba, no hacen control prenatal o falta de insumos. Tampoco se llega al 100% del tratamiento o manejo de los casos de gestantes con sífilis ni para los casos de SC (18).

En el 2000, 71% de las gestantes que acudieron a los servicios de salud del MINSA y a quienes se les efectuó control prenatal recibieron tamizaje para sífilis, mientras que en el 2004 solo el 68%. De ellas, en el 2004, el 1.43% resultaron reactivas al RPR (1,31% en el 2000), siendo tratadas 28% (54% en el 2000). Asimismo, el 53% de los recién nacidos diagnosticados con SC fueron tratados en el año 2004 (65% en el 2000) (19) (20). Por lo que, ha habido retrocesos sustanciales en el tratamiento y control de la sífilis y la SC en el país.

A pesar de que hace más de medio siglo que se cuenta con recursos eficaces para la detección y el tratamiento de la sífilis, solo un país latinoamericano, Cuba, ha logrado la meta de eliminación que se había propuesto para el año 2000.

Los estudios, sobre el costo de evitar un caso de SC indican que la detección y prevención de la SC es altamente costo-efectiva y que reduce los años de vida en función de discapacidad (15).

Actualmente no existen estudios relacionados a las características epidemiológicas, clínicas del paciente con Sífilis Congénita en nuestro país, lo cual ha motivado la presente investigación.

Capítulo II

Objetivos

Objetivo General

Determinar las características epidemiológicas, clínicas y de Laboratorio en los pacientes con Sífilis Congénita en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé entre Enero 2004 y Diciembre 2008.

Objetivos Específicos

- Determinar la incidencia de Sífilis Congénita en el período de investigación.
- Determinar el porcentaje de Positividad de los RPR maternos realizados.
- Identificar el tratamiento materno por infección sifilítica.
- Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con Sífilis Congénita.
- Determinar las características clínicas de los pacientes con Sífilis Congénita.
- Determinar las características de las pruebas de Laboratorio para el diagnóstico de Sífilis Congénita.

Capítulo III

Material y Métodos

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima – Perú, se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo Revisándose las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Sífilis congénita durante el período comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2008, obteniéndose datos epidemiológicos, características clínicas y de laboratorio en relación a la enfermedad.

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes con diagnóstico confirmado de Sífilis Congénita durante el período antes mencionado. La población muestral y la población de estudio fue la misma por ser una población relativamente pequeña y accesible, por lo que se trabajó con la totalidad de la población.

Para la respectiva recolección de los datos se empleó como instrumento, el protocolo de investigación (Ver Anexos) y como técnica la Observación directa y la del fichaje.

Los datos obtenidos fueron registrados en un instrumento de recolección de datos los cuales pasaron a formar parte de una base de datos informática.

Luego estos datos fueron consolidados en tablas Uni y bidimensionales. El análisis de los mismos se realizó a través de cifras relativas y porcentuales.

Capítulo IV

RESULTADOS

Tabla N° 1

**INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2004 – DICIEMBRE 2008**

TOTAL DE NACIMIENTOS	35727	100.00
TOTAL DE CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA	48	0.13

Fuente: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

Durante el período de estudio, se produjeron 35727 nacimientos de los cuales 48 fueron los casos de Sífilis Congénita, dándonos una incidencia de 0.13%.

Tabla N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MOTIVO DE ESTUDIO SEGÚN
ZONA DE PROCEDENCIA POR NIVEL SOCIO ECONÓMICO Y
CULTURAL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2004 – DICIEMBRE 2008**

Nivel Socio Económico y Cultural	Zona de Procedencia de la Familia				Total	
	Urbana		Urbano - Marginal			
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	42	87.40	06	12.50	48	100.00
Alto	--	--	--	--	--	--
Medio Alto	04	08.33	--	--	04	08.33
Medio	10	20.83	04	08.33	14	29.17
Bajo	28	58.33	02	04.17	30	62.50

Fuente: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

En lo que concierne a la zona de procedencia por NSEC tenemos que el 87.50% procedían de zonas urbanas de ellos el 58.33% pertenecían a un NSEC bajo, seguido de un 20.83% que pertenecían a un NSEC medio y el resto a un NSEC Medio – Alto respectivamente.

Tabla N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MOTIVO DE ESTUDIO SEGÚN N°
DE PAREJAS SEXUALES POR ESTADO CIVIL DE LA MADRE
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2004 – DICIEMBRE 2008**

Estado Civil de la Madre	N° de Parejas Sexuales						Total	
	Sólo 1		De 2 a 3		> 3			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	38	79.17	07	14.58	03	06.25	48	100.00
Soltera	02	04.17	07	16.67	03	06.25	12	25.00
Casada	04	08.33	--	--	--	--	04	08.33
Conviviente	32	66.67	--	--	--	--	32	66.67

Fuente: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

En lo atañe al Número de parejas sexuales por estado civil se puede apreciar que el 66.67% de las madres de estos recién nacidos eran convivientes, refiriendo todas ellas tener una sola pareja sexual, el 25% eran solteras; de ellas el 16.67% manifestaron haber tenido, el 6.25% más de dos parejas y el 4.17% sólo una pareja sexual. Mientras que las casadas que fueron 4 refirieron tener sólo una pareja sexual respectivamente.

Tabla N° 4

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MOTIVO DE ESTUDIO SEGÚN
CONTROL PRE NATAL POR RPR REALIZADO
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2004 – DICIEMBRE 2008**

RPR	CONTROL PRE NATAL						Total	
	Adecuado (≥ 6 CPN)		Inadecuado (≤ 5 CPN)		Nulo (0 – 1)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	17	35.42	29	60.42	02	04.16	48	100.00
Realizado	17	35.42	29	60.42	--	--	46*	95.83
No Realizado	--	--	--	--	02	04.17	02	04.17

Fuente: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

***** De ellas 43 fueron positivas (93.48%)

$$X^2 \text{ exp} = 3.1 ; \alpha = 0.05; \text{ gl} = 2, X^2 \text{ tab} = 5.99; p > 0.05$$

Tabla N° 5

**TRATAMIENTO MATERNO POR INFECCIÓN SIFILÍTICA
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2004 – DICIEMBRE 2008**

TRATAMIENTO	N°	%
TOTAL	43	100.00
COMPLETO	05	11.63
INCOMPLETO	33	76.74
SIN TRATAMIENTO	05	11.63

De los 43 RPR maternos positivos. 5 recibieron tratamiento completo (Incluido Pareja), 33 tratamiento incompleto y el resto no tuvieron tratamiento.

Tabla N° 6

**SEXO DE LOS RECIÉN NACIDOS CON SÍFILIS CONGÉNITA
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2004 – DICIEMBRE 2008**

SEXO DEL RECIÉN NACIDO	N°	%
MASCULINOS	27	56.25
FEMENINOS	21	43.75

Fuente: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

En el siguiente tabla se puede apreciar que el 56.25% fueron RN del sexo masculino y el resto del sexo femenino.

Tabla N° 7

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MOTIVO DE ESTUDIO SEGÚN
EDAD GESTACIONAL POR PESO AL NACER
ENERO 2004 – DICIEMBRE 2008**

PESO AL NACER	EDAD GESTACIONAL				Total	
	Pre –Termino		A termino			
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	05	10.42	43	89.58	48	100.00
Extremo bajo peso al nacer	01	02.08	--	--	01	02.08
Muy bajo peso	04	08.33	--	--	05	10.42
Bajo Peso al Nacer	--	--	06	12.50	06	12.50
Peso Normal	--	--	36	75.00	36	75.00

Fuente: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

En lo que concierne a la edad gestacional por peso al nacer se puede observar que el 89.58% de los R.N fueron a termino de ellos 36 (75%) tuvieron peso normal. Mientras que el 10.42% (5) fueron pre – términos (4 de Muy bajo peso y 1 con extremo bajo peso al nacer).

Tabla N° 8

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MOTIVO DE ESTUDIO SEGÚN
TIPO DE PARTO POR COMPLICACIÓN
ENERO 2004 – DICIEMBRE 2008**

COMPLICACIÓN DEL PARTO	TIPO DE PARTO				Total	
	Eutócico		Distócico		N°	%
	N°	%	N°	%		
TOTAL	15	31.25	33	68.75	48	100.00
Si	02	04.17	17	35.42	19	39.58
No	13	27.08	16	33.33	29	60.42

Fuente: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

El tipo de parto fue distócico en el 68.75% (De ellos el 78.8% fueron Cesáreas 26/33). Sólo el 39.58% de los R.N presentaron complicaciones 19/48.

Tabla N° 9

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MOTIVO DE ESTUDIO SEGÚN
HALLAZGOS CLÍNICOS
ENERO 2004 – DICIEMBRE 2008**

HALLAZGOS CLÍNICOS	N°	%
TOTAL	48	100.00
Ictericia	06	12.50
Ictericia + Hepatoesplenomegalia	05	10.42
Hepatoesplenomegalia	03	06.25
Rash	01	02.08
Pseudoparalisis	01	02.08
Neumonitis	01	02.08
Rinitis	01	02.08
Rinitis + Fiebre	01	02.08
Sin alteraciones clínicas	29	60.42

Fuente: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

En el siguiente cuadro, se puede observar que, dentro de los Hallazgos clínicos la Ictericia y la Hepatoesplenomegalia fueron las más frecuentes.

Tabla N° 10

**CARACTERÍSTICAS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÉNITA
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2004 – DICIEMBRE 2008**

CARACTERÍSTICAS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO	N° = 48	%
Pruebas de laboratorio para el Diagnóstico		
▪ RPR Materno (+)	43 (46)	93.48
▪ RPR Neonatal (+)	46 (48)	95.83
▪ RPR Materno + RPR Neonatal (+)	43 (48)	89.58
▪ Pruebas de Inmunoensayo	03 (48)	6.25
▪ Ig M para T. Pallidum	10 (48)	20.83
Hallazgos de Laboratorio		
▪ Leucocitosis	11 (48)	22.92
▪ Anemia (Hb)	02 (48)	04.16
▪ Trombocitopenia	03 (48)	06.25
▪ Sin alteraciones Hematológicas	32 (48)	66.67

Fuente: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

En lo que concierne a las Pruebas de Laboratorio para el diagnóstico de Sífilis Congénita se puede apreciar que las más frecuentes fueron el RPR (Materno y Fetal). Mientras que en los Hallazgos de Laboratorio, en el 29.92% de los casos hubieron reportes de Leucocitosis, en el 6.25% de Trombocitopenia y en el 4.16% de Anemia respectivamente.

Capítulo V

Discusión

En el presente trabajo, se muestra que la sífilis congénita continúa siendo un problema de salud pública que afecta, en mayor o menor grado, a diferentes regiones y países como el nuestro.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, se define un caso de Sífilis Congénita a todo recién nacido hijo de una mujer diagnosticada con Sífilis durante su gestación, no tratada o inadecuadamente tratada, aún en ausencia de signos o síntomas o pruebas de laboratorio negativas. En estos casos basta el antecedente, que incluye el no tratamiento de la pareja.

Además se considera el cuadro clínico, si lo hubiera, junto con la evidencia de la presencia de *Treponema pallidum* en las lesiones o la placenta, evidencia radiológica, o pruebas de laboratorio positivas. Más aún si los títulos de anticuerpos son mayores a los de su madre, o si estos se van incrementando.

El Perú ha suscrito convenios relacionados a la erradicación de la Sífilis Congénita, incluso entre los Objetivos del Milenio basándose sobre todo en el tamizaje de las gestantes durante su control pre-natal realizándoles la prueba de RPR, y entregando tratamientos gratuitos para quienes resultaran positivas (21).

La prevalencia de Sífilis es de 1.15% lo que nos indica que de cada 1,000 gestantes aproximadamente tendremos 11 de ellas con la enfermedad.

En el presente estudio se ha encontrado un porcentaje menor de Sífilis Congénita (0.13%) durante 5 años. Por tanto se debe asegurar el abastecimiento con el reactivo para la prueba de tamizaje (el RPR), los tratamientos para las gestantes que resultaran positivas con sus respectivas parejas y los tratamientos para los recién

nacidos que cumplieran con la definición operacional de probable caso de Sífilis Congénita.

Respecto a las pruebas diagnosticas se sugiere que cuando sea posible se puede encontrar al *Treponema pallidum* en estudios a Campo Oscuro o por Inmunofluorescencia, de los exudados de las lesiones. Esta prueba da resultados prácticamente definitivos en lesiones iniciales antes de que las pruebas serológicas se hagan positivas. Su sensibilidad es de 75 a 80%.

Las pruebas en sangre se hacen positivas alrededor de las 2 a 3 semanas de la infección, y pueden ser:

- 1) No Treponémicas: Son menos costosas y sirven para el tamizaje, siendo las más utilizadas la VDRL y RPR. Sirven para determinar la eficacia de los tratamientos ya que negativizan o sus títulos disminuyen significativamente en los meses siguientes.
- 2) Treponémicas: Las más usadas son el FTA y la HTPA, sirven para confirmar las anteriores y serán positivas siempre, por lo que no se usan para seguimiento aunque son muy sensibles y específicas (22) (23) (24) (25) (26) (27).

Es necesario tener en cuenta estas recomendaciones respecto a las pruebas diagnosticas para poder detectar a tiempo los casos de Sífilis en gestantes y poder tratarlos en un breve plazo evitando de esta manera el aumento de los casos de S. Congénita.

Cabe mencionar que en el servicio de neonatología donde tuvo a bien realizarse la presente investigación, no había consenso en el manejo terapéutico y/o diagnostico de pacientes con sífilis neonatal, en ciertos casos se daba tratamiento con RPR+. Salvo algunos casos en donde se solicitaba una interconsulta al Infectologo Pediatra

y él corroboraba el Diagnóstico de Sífilis Congénita ordenando nuevamente las respectivas pruebas de laboratorio para el Diagnóstico de Sífilis Congénita.

Otras recomendaciones respecto al tema es necesaria una estrategia integral tanto en el ámbito de país como en el regional, que se inicia desde el análisis de situación mediante datos epidemiológicos, y que requiere consecuentemente una cuidadosa planificación de intervenciones en la que prevención y atención se encuentren estrechamente relacionadas. Al mismo tiempo, es necesario adaptar los programas e intervenciones preventivas según la prevalencia de sífilis entre las gestantes, el funcionamiento de los sistemas de salud y, por último, los recursos disponibles.

Tras la información reflejada en el presente trabajo, se podrían considerar las siguientes estrategias iniciales para enfrentar el problema:

1. Con el fin de disminuir al máximo el subregistro en la notificación, es necesario fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica para generar datos sobre el uso de servicios prenatales, atención al parto, e incidencia de sífilis congénita en los recién nacidos.

A todo ello resulta importante el control prenatal, y si acaso se detecta la enfermedad, los médicos responsables deberían atender al paciente inmediatamente, sabiendo que en los tres primeros meses se puede prevenir cualquier daño al niño, porque la mayoría de casos de muerte o complicaciones aparecen a partir del cuarto mes.

2. El tamizaje para sífilis de las mujeres durante el embarazo y en el momento del parto ha de ser aplicado de manera universal. Esto implica el aumento de la cobertura de los servicios de salud, y la mejora en la calidad de atención.

3. Como estrategia adicional para fortalecer el apoyo de las autoridades de salud, se deberían realizar investigaciones operativas, con especial atención a la evaluación en términos de coste-beneficio y coste-efectividad.

Hoy por hoy, existe suficiente información científica para eliminar la sífilis congénita. Lo que resulta necesario es un grupo de trabajo a nivel regional que pueda proporcionar unas indicaciones flexibles pero precisas y encaminadas para tratar con este grave problema de salud pública.

Capítulo IV

Conclusiones

- La incidencia de Sífilis Congénita en el período de investigación fue de 0.13%.
- El 93.48% de los RPR maternos realizados fueron positivos.
- El Tratamiento materno por infección sífilítica fue completo en el 11.63% e incompleto en el 76.74%.
- El 56.25% de los recién nacidos fueron del sexo masculino, el 87.50% procedían de zonas urbanas, el 62.50% pertenecían a NSEC bajo, el 66.67% de las madres de los recién nacidos sujetos a estudio eran convivientes, el 79.17% refirieron tener una sola pareja sexual y el 60.42% tuvo un inadecuado control pre natal respectivamente.
- El 89.58% de la población motivo de estudio fueron productos a termino, con peso normal al nacer en el 75%, el 68.75% de los partos fueron distócicos de los cuales 33 (39.58%) presentaron complicaciones. Dentro de principales hallazgos clínicos reportados tenemos: Ictericia y la Hepatoesplenomegalia.
- El 93.48% de los casos fueron diagnosticados con el RPR Materno. El 95.83% con el RPR neonatal, el 20.83% con Ig M Para T. Pallidum y sólo el 6.25% mediante Pruebas de Inmunoensayo.

Capítulo V

Referencias Bibliográficas

1. Remington J. S: Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. W.B. Saunders Company. 5ª Ed. 2001; 643-672.
2. Rojas S.E, Sarmiento Q.F. Pediatría Diagnóstico y Tratamiento Ed. Celsus. Bogotá, Colombia. 2ª Ed. 2003; 249-252.
3. Rogido M, Sola Augusto. Cuidados Especiales del Feto y el Recién Nacido. Editorial Científica Interamericana. Buenos Aires, Argentina 2001; 799-800.
4. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Revista Panamericana de Salud Publica. 2004; 16 (3):211-217.
5. Organización Panamericana de la Salud, Unidad VIH/SIDA. Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington, D.C., febrero de 2004. Hallado en: http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sífilis_cong_hi.pdf. Acceso: 1 de mayo de 2004.
6. World Bank. World Development Report 1993: investing in health. New York: World Bank, 1993.
7. Peeling RW, Mabel D, Fitzgerald DW, Watson-Jones D. Avoiding HIV and dying of syphilis. The Lancet. 2004; 365:1561-1563.
8. Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. Bulletin of the World Health Organization. 2004; 82(6): 402-409.

9. Rothschild Bruce M., History of Syphilis, *Clinical Infectious Diseases* 2005; 40:1454–63
10. Rothschild Bruce M., History of Syphilis, *Clinical Infectious Diseases* 2005; 40:1454–63.
11. Rothschild BM, Calderon FL, Coppa A, Rothschild C. First European exposure to syphilis: the Dominican Republic at time of Columbian contact. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 31:936–41.
12. Sison CG, Ostrea EM, Reyes MP, et al: The resurgence of congenital syphilis: A cocaine-related problem. *J Pediatric* 130:289, 1997.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital syphilis: United States, 2004. *MMWR Morb Mort Wlky Rep* 2004; 53, 301:716- 719.
14. Alexander Lugo, M.D., Samuel Sanchez, M.D., and Jorge L. Sanchez, M.D. Congenital Syphilis *Pediatric Dermatology* 2006; 23; 2, 121–123.
15. Organización Mundial de la Salud, 2008: Eliminación mundial de la SC fundamentos y estrategia para la acción. 2008.
16. Charles R. Woods, MD, MS. Syphilis in Children: Congenital and Acquired, *Semin Pediatr Infect Dis* 2005; 16:245-257.
17. Eleonor G. Lago, MD, Laura C. Rodrigues, Renato M. Fiori, MD, PHD, and Airton T. Stein, MD, PHD Congenital Syphilis Identification of Two Distinct Profiles of Maternal Characteristics Associated With Risk Sexually Transmitted Diseases, January 2004; 31; 1, 33–37
18. Ministerio de Salud-Lima, Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA. 1ra Edición 2007.

19. Eleonor G. Lago, MD, Laura C. Rodrigues, Renato M. Fiori, MD, PHD, and Airton T. Stein, MD, PHD Congenital Syphilis Identification of Two Distinct Profiles of Maternal Characteristics Associated With Risk Sexually Transmitted Diseases, January 2004; 31; 1, 33–37.
20. Walker N, Schwartlander B & Bryce J Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. Lancet 2002;360:284–289
21. Ministerio de Salud. Normas de manejo de ITS. 2000.
22. Michelow I J, Wendel G D Jr, Norgard M V, Zeray F, Leos N K, Alsaadi R, et al. Central nervous system infection in congenital syphilis. N Engl J Med 2002; 346 (23): 1792-8.
23. Walker D G, Walker G J. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. Lancet Infect Dis 2002; 2 (7): 432-6.
24. Sánchez P J, Wendel G D, Norgard M V. Congenital syphilis associated with negative results of maternal serologic tests at delivery. Am J Dis Child 1991; 145 (9): 967-9.
25. WHO. Global Prevalence and incident of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. WHO/HIV_AIDS./2001.02/. Geneva. WHO, 2001.
26. Conde-Aguelo A, Belizán JM, Díaz-Rossello JL. Epidemiology of fetal death in Latin America. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 371-378.
27. Walker DG, Walker GJA. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. Lancet Infect Dis 2002; 2: 432-36

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- Datos Administrativos:

Número de historia clínica () Código del paciente ()

2.- Datos Epidemiológicos:

Edad:.....Sexo: M () F ()

Zona de Residencia: Urbana () Urbano - Marginal ()

3.-Datos en relación al nacimiento del paciente la infección congénita

Edad gestacional:

1.-Pre-termino () 2.- A término () 3.-Post-termino ()

Peso al nacer:

1.-Extremo bajo peso al nacer () 2.-Muy bajo peso al nacer ()

3.-Bajo peso al nacer () 4.-Peso normal ()

5.-Macrosomia fetal ()

Tipo de parto: 1.-Eutócico () 2.- Distócico ()

Complicación del parto: 1.- Si () 2.- No ()

Retardo del crecimiento uterino: 1.-Si () 2.-No ()

4.- Datos en relación a la infección congénita

Caso de sífilis congénita:

1.-Confirmada: si () no ()

2.-Sospechada: si () no ()

3.-Descartada : si () no ()

Hallazgos clínicos (anexos)

1. Rash Presente () Ausente ()

2. Fiebre T°> 38°C() T°< 38°C()

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 3. Ictericia | Presente () Ausente () |
| 4. Hepatoesplenomegalia | Presente () Ausente () |
| 5. Pseudo parálisis | Presente () Ausente () |
| 6. Neumonitis | Presente () Ausente () |
| 7. Ascitis | Presente () Ausente () |
| 8. Rinitis | Presente () Ausente () |
| 9. Linfadenopatias | Presente () Ausente () |

4.-Datos en relación a los exámenes auxiliares realizados:

Pruebas de laboratorio para el diagnostico:

- | | | | |
|-------------------------------|---|--------------|--------------|
| 1. VDRL materno /FTA- materno | : | Positivo () | Negativo () |
| 2. VDRL fetal /FTA- fetal | : | Positivo () | Negativo () |
| 3. Pruebas de inmunoensayo | : | Positivo () | Negativo () |
| 4. Ig M para T. pallidum | : | Positivo () | Negativo () |

Pruebas de laboratorio para ayuda al diagnostico:

- | | | | |
|--------------------|---|----------------|----------------|
| 5. Leucocitosis | : | <16000 () | >16000 () |
| 6. Anemia (Hb) | : | <14mg/dl () | >14mg/dl () |
| 7. Trombocitopenia | : | <150000 () | >150000 () |
| 8. Hematuria | : | <5hem/camp () | >5hem/camp () |
| 9. Proteinuria | : | <150mg/24h () | >150mg/24h () |

ANEXO 2

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA SIFILIS CONGENITA

Todo niño con prueba reaginica positiva (**VDRL, PRP**) y alguna de las siguientes condiciones:

- Manifestación sugestiva de sífilis congénita al examen físico (ictericia anemia, osteocondritis, hepatomegalia, esplenomegalia, pseudoparalisis, rinitis muco-purulenta y/o lesiones cutáneas).
- Evidencia radiográfica de sífilis congénita
- Alteración del **LCR** (**VDRL** reactivo, pleocitosis o proteinorraquia).
- Elevación de títulos reaginicos en relación a los anteriores
- Anticuerpos Ig Treponema pallidum
- Presencia de Treponema pallidum en lesiones, placenta, cordón umbilical o necropsia, determinada por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración específica.
- Prueba reaginica positiva luego del sexto mes de edad, excepto el niño en seguimiento postterapéutico o de sífilis

DIAGNOSTICOS DE ACUERDO AL ESCENARIO ESPECÍFICO.

Los diversos escenarios describen la evaluación a realizar en los niños con sífilis congénita:

I. Niños con probable o alta probabilidad de infección

- 1.Examen físico anormal, compatible con sífilis congénita.

2. Pruebas serológicas no treponémicas que presentan valores cuatro veces más altos que los títulos maternos

3. Prueba de anticuerpos fluorescentes o prueba de campo oscuro positivos en un fluido corporal

Evaluación recomendada:

- Análisis de VDRL, conteo celular y de proteínas en LCR
- Hemograma completo y conteo plaquetario diferencial.
- Otras pruebas así como hallazgos clínicos (por ejemplo: radiografías de huesos largos, radiografía de pulmones, pruebas de función hepática, ecografía craneal, evaluación oftalmológica, evaluación auditiva)

II. Niños quienes tienen un examen físico normal y títulos de pruebas serológicas cuantitativas no treponémicas del mismo o menos de cuatro veces que los títulos maternos además de:

1. Madre no tratada, inadecuadamente tratada o no existe información sobre el hecho de recibir tratamiento.

2. Madres tratadas con eritromicina u otro medicamento diferente de penicilina

3. Madres quienes recibieron tratamiento <4 semanas antes del parto.

Evaluación recomendada:

- Análisis de VDRL, conteo celular y de proteínas en LCR
- Hemograma completo y conteo plaquetario diferencial.
- Radiografías de huesos largos.

III. Niños quienes tienen un examen físico normal y títulos de pruebas cuantitativas no treponémicas del mismo valor o menor de 4 veces que los títulos maternos además de:

1. Madre tratada durante el embarazo, el tratamiento fue apropiado para el estado de infección, y fue administrado >4 semanas antes del parto.
2. Madre sin evidencia de reinfección en ese tiempo.

Evaluación recomendada: No requiere evaluación.

IV. Niños quienes tienen un examen físico normal con títulos de pruebas cuantitativas no treponémicas del mismo o menos de 4 veces el valor de los títulos maternos además de:

1. Madres tratadas adecuadamente antes del embarazo
2. Títulos maternos de pruebas no treponémicas a títulos bajos y estables antes y durante la gestación y el parto (VDRL <1:2; RPR <1:4).

Evaluación recomendada: No requiere evaluación.

ANEXO 3

PRUEBAS DIAGNOSTICAS PARA LA SÍFILIS CONGÉNITA

1. PRUEBAS NO TREPONEMICA

Son anticuerpos reagínicos de tipo IgG e IgM dirigidos frente a un antígeno lipóideo que es el resultado de la interacción de *T. pallidum* con los tejidos del huésped (cardiolipina-colesterol-lecitina) se dividen en:

- VDRL
- RPR
- ELISA

2. PRUEBAS TREPONEMICAS

Utilizan antígeno treponémico específico y podemos distinguir las siguientes:

- Inmunofluorescencia: FTA-Abs (anticuerpos absorbidos fluorescentes anti-treponema).
- Hemaglutinación: TPHA y MHA-TP, ésta última adaptación de la anterior con una placa de microtitulación.
- ELISA de anticuerpos treponémicos.
- Enzimoimmunoensayo de membrana (*western-blot*) treponémico.
- Prueba de inmovilización de *T. pallidum* (TPI).

ANEXO 4

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA SIFILIS CONGENITA

Manifestaciones tempranas y comunes de la sífilis congénita en 139 niños infectados y sintomáticos*	
	Porcentajes de afectados (%)
Hallazgos clínicos	
• Rash	68
• Fiebre	42
• Enfermedad sin mejoría Hepatoesplenomegalia	33
• Linfadenopatias	71
• Afeccion del sistema nervioso central.	14
Pseudoparalisis	23
• Pneumonitis	15
• Rinitis	17
• Ascitis	14
Anormalidades de Laboratorio	9
• Leucocitosis	
• Anemia (A. hemolítica Coombs -negativo)	72
• Trombocitopenia	58
• Manifestaciones Renales (por ejemplo : proteinuria, hematuria)	40
• Anormalidades radiográficas, periostitis diafisial u osteocondritis metafisial	16
	78

Jensen HB: Congenital syphilis. Semin Pediatr Infect Dis 10:183-194, 1999

