

Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia)

Luz Marina García G. * Ruber Andrés Almanza G.** Clarybel Miranda M.*** Jessika Margarita Gaviria B. ****
Johanna Marcela Julio G.**** Milena Edith Paternina G. **** Lilian Judith Suárez R.****

Resumen

Objetivos: Se identificaron los factores de riesgo para sífilis congénita, relacionados con los antecedentes de infecciones de transmisión sexual, las prácticas sexuales de la madre y su pareja, la asistencia al control prenatal, tratamiento para sífilis y vía del parto, en un grupo de puérperas, registradas en la IPS San Luis, las Américas y el Hospital Universitario de Sincelejo entre los años 2007 a 2010. **Metodología:** Se desarrolló un estudio descriptivo de corte con una selección muestral intencional de 34 madres cuyos hijos tuvieron pruebas de VDRL y FTA - abs positivos, que residían en Sincelejo y que fue posible su ubicación, quienes firmaron el consentimiento informado. Se aplicó un instrumento dirigido a la madre del niño con sífilis congénita, que fue tabulado en una base de SPSS 15.0. **Resultados:** Se encontró que la mayoría de las madres eran de estrato uno y dos, que no alcanzaron un nivel de educación media; 68,0% tenía entre 16 y 24 años de edad, 55,8% de los compañeros sexuales no se hizo la prueba para el diagnóstico de Sífilis y 88,2% no usó preservativo antes ni durante el tratamiento. **Conclusiones:** La inasistencia o la asistencia irregular a las consultas prenatales y la poca adherencia a las medidas de protección sexual por parte de la pareja, fueron aspectos que interfirieron con un tratamiento eficaz de las gestantes. Los contactos de las madres infectadas y tratadas no están siendo diagnosticados en un alto porcentaje, lo que refleja una falla en el seguimiento a los contactos de las gestantes para evitar la reinfección.

Palabras clave: sífilis congénita, controles prenatales, uso de condón

Artículo recibido: mayo 20 de 2011 **aprobado:** junio 24 de 2011

Risk factors associated with congenital syphilis in three health institutions in Sincelejo (Colombia)

Abstract

Objectives: To identify risk factors for congenital syphilis associated with a history of sexually transmitted infections, sexual practices of the mother and her partner, attendance for prenatal care, treatment for syphilis and type of delivery, in a group of postpartum women, registered in San Luis, Las Americas IPS's and the Hospital Universitario de Sincelejo from 2007 to 2010. **Methodology:** We developed a descriptive and cross-sectional study with an intentional selection of 34 mothers whose children had VDRL and FTA-ABS positive, residing in Sincelejo and were possible to locate, that signed the informed consent. An instrument is directed to the mother of the child with congenital syphilis, which was tabulated on a foundation of SPSS 15.0. **Results:** We found that most mothers were in strata one and two, that did not reach the middle school level; 68,0% were between 16 and 24 years old, 55.8% of sexual partners did not test for the diagnosis of syphilis and 88.2% did not use condoms before or during the treatment. **Conclusions:** The absence or irregular attendance at the prenatal care program and poor adherence to protective measures of sexual partners, are issues that interfere with effective treatment for pregnant women. The contacts of the infected and treated mothers are not being diagnosed in a large percentage, reflecting a failure in the following up of the contact of pregnant women to avoid re-infection.

Keywords: congenital syphilis, prenatal care, condom use

*Enfermera Especialista en Médico Quirúrgica, Magister en Enfermería para el Cuidado Materno Perinatal. Docente de Enfermería de la Universidad de Sucre. Correo electrónico: garciagarcialuzmarina@gmail.com

**Médico Especialista en Calidad y Auditoría en Salud. Correo electrónico: ruberalmanza@gmail.com

*** Enfermera Especialista en Epidemiología. Docente de Enfermería de la universidad de Sucre.

****Enfermeras egresadas de la Universidad de Sucre.

Introducción

La sífilis o lúes es una enfermedad infecto-contagiosa, de curso crónico, exclusiva del ser humano, producida por una espiroqueta (*Treponema pallidum*) que se transmite sexualmente. Su manifestación clínica inicial es una lesión casi siempre genital que constituye el periodo primario; posteriormente hay diseminación sistémica con lesiones en piel y órganos y que corresponden a los períodos de latencia, secundario y terciario.¹

La sífilis gestacional se transmite de madre a hijo, por vía placentaria y canal del parto y es diagnosticada en el niño al momento del nacimiento; esta transmisión hematológica del *treponema pallidum* de la gestante no tratada o tratada inadecuadamente a su recién nacido se denomina sífilis congénita.² El riesgo de infección fetal es muy alto en las madres con sífilis temprana y en muchos casos la infección materna transcurre en forma subclínica, pero, el feto presenta enfermedad grave, e inclusive puede haber muerte fetal; en otros casos hay prematurez, muerte neonatal o sífilis congénita no fatal.¹

La Sífilis congénita, puede prevenirse casi por completo, si la madre recibe tratamiento adecuado y oportuno.³ Sin embargo es considerada un problema de salud pública por sus altas tasas de incidencia y las secuelas que puede tener en el recién nacido.

En Colombia se reportaron durante el año 2008, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), 1.808 casos de sífilis congénita y en el 2009, 1.792 casos.⁴ En estos datos puede existir subnotificación por la falta de vigilancia epidemiológica en las regiones más pobres, tal como lo reporta la Organización Mundial de La Salud (OMS).⁵ Las cifras en Colombia, siguen siendo altas, a pesar de existir un plan de eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública,

llegando la incidencia a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos (incluyendo mortinatos).⁶

Entre las estrategias fundamentales del Ministerio de la Protección Social en la resolución 412, del 2000⁶ están: optimización de la cobertura y la calidad de la atención prenatal mejorando los procedimientos críticos relacionados, considerando que el objetivo del plan es prevenir la transmisión materna de la sífilis al feto, o cuando menos, tratarla en útero y no tan solo detectar y tratar los casos de sífilis en el neonato cuando ya se ha transmitido la infección.

Para el año 2005 el departamento de Sucre fue reportado como el tercer departamento con más altas tasas de incidencia de sífilis congénita⁷ y para el año 2009, se reportaron 152 casos gestacionales y 63 de sífilis congénita.

Ante estas cifras y la problemática que representan, surge la necesidad de indagar sobre los factores de riesgo relacionados con los antecedentes de infecciones de transmisión sexual en la madre, las prácticas sexuales de la madre y su pareja y los referentes a la asistencia al control prenatal y tratamiento para sífilis.

Metodología

Estudio desarrollado en Sincelejo, capital del departamento de Sucre, localizado al noroeste de Colombia. La investigación se realizó en las púerperas con recién nacidos diagnosticados con sífilis, registradas en tres Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas: San Luis, Las Américas y Hospital Universitario de Sincelejo.

El tipo de estudio fue descriptivo de corte transversal, en el cual se investigaron los factores de riesgo de sífilis congénita entre los años 2007 a 2010. La población estuvo conformada por 250 casos de madres de niños nacidos diagnosticados con sífilis y la

muestra fue de 34 casos, escogidos por muestreo intencional, con los siguientes criterios de inclusión: madres cuyos hijos tuvieron VDRL y FTA-abs positivos, que residieran en Sincelejo, que fuera posible su ubicación, que firmaran el consentimiento informado y cuyos hijos hubieran nacido durante los años 2007 a 2010 en las IPS mencionadas.

Para la recolección de la información, se realizó una revisión de las historias clínicas; posteriormente, se aplicó a la madre del niño con sífilis congénita, una encuesta estructurada diseñada en dos partes; la primera con nueve preguntas sobre los datos generales de la madre del niño y la segunda conformada por 47 preguntas referentes a los factores de riesgo relacionados con sífilis.

Los datos se tabularon en una base de datos del programa SPSS, versión 15.0. La información obtenida tanto de las historias clínicas como de las encuestas, se analizó mediante tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables, las cuales fueron representadas en diagramas de barras y pastel según su requerimiento.

Resultados y discusión

Características socio-demográficas

El 68,0% de las puérperas tenía 16 a 24 años y 6,0% se halló en el rango de 39 a 40 años; en cuanto al estado civil: 70,5% convivían en unión libre con el padre del niño, 6,0% eran casadas y 23,5% restante eran solteras. Con respecto al estrato socioeconómico, 79,0% pertenecían al estrato uno y el 21,0% restante al estrato dos.

Las anteriores cifras se deben a que el área de estudio lo constituyen las IPS del sector público a las cuales acude la población que pertenece al régimen subsidiado y no asegurada, procedente de estratos bajos.

El 83,0% eran amas de casa, 50,0% cursó secundaria incompleta, 33,3% primaria incompleta, 3,9% universitaria incompleta e igual porcentaje era analfabeta.

Al respecto, el manual de capacitadores en el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual (ITS), menciona que la escasa educación general y social pueden debilitar la capacidad de negociación del acceso a las relaciones sexuales y de la protección durante las mismas, así como limitar el acceso y la percepción de acceso a los servicios de salud.⁸ La mayoría de las madres no alcanzo la educación media, aspecto que puede considerarse como un factor de riesgo, que se puede traducir en desinterés y escasa responsabilidad frente a la toma de decisiones, referente al sexo seguro.

Factores de riesgo para sífilis congénita

Compañeros sexuales de la madre. El 79,4% de las madres encuestadas manifestaron haber tenido un compañero sexual antes de su relación con el padre del niño, 14,7% dos compañeros y el porcentaje restante dijo no haber tenido relaciones sexuales anteriores. En cuanto a otros compañeros sexuales durante la relación, las mujeres respondieron en un 100% no haber tenido otro compañero. Estos resultados permiten sugerir que en esta muestra la promiscuidad sexual materna no se constituye en un potencial factor de riesgo para la sífilis.

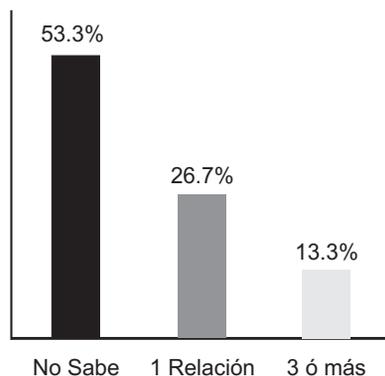
Conocimiento de las madres sobre la vida sexual de su pareja. Cuando se interrogó a la madre sobre el conocimiento que ella tenía, acerca del número de compañeras sexuales de su pareja antes y durante la relación, el 53,3% respondió no saber, el 13,3% dijo conocer de tres o más parejas antes y durante su embarazo y 26,7% informó de una pareja. (Gráfica 1)

González en su estudio⁹ dice: La relación de pareja constituye un factor vulnerable en la

adquisición de dicha enfermedad y muchos casos de los entrevistados tenían una pareja estable, siendo uno de los dos quien adquiriría la enfermedad con alguna otra relación ocasional. La estabilidad de la pareja, es una de las conductas sexuales más seguras en la prevención de las ITS.

De acuerdo con lo descrito en la gráfica 1 y aunado a la conducta materna ya descrita, podría decirse que la pareja de la madre podría haber sido la fuente de transmisión de la enfermedad, si se tiene en cuenta que en la mayoría de los casos el patrón sexual del padre era desconocido por la madre y cuando este era conocido describía un comportamiento sexual promiscuo por parte del hombre.

Gráfico 1. Conocimiento de las madres sobre las relaciones de sus compañeros durante la gestación



Fuente: Encuesta aplicada a las madres de hijos con sífilis año 2007-2010

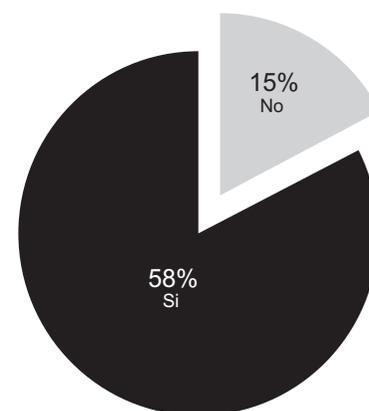
Uso de preservativo durante las relaciones sexuales con la pareja. Durante la relación sexual con la pareja, el 88,2% dijo no usar condón, mientras que 11,8% restante afirmó que sólo se protegía algunas veces. El uso de preservativo en la mayoría de estas parejas es inusual, quizás porque las mujeres consideran que no están expuestas a enfermedades de transmisión sexual si conviven con una pareja estable. Por otra parte, el hombre aún estando consciente de su promiscuidad no tiene en cuenta el uso del preservativo como medio de protección sexual tanto para él como para su pareja.

Diagnóstico de otras ITS en la madre. El estudio arrojó que sólo al 8,8% de las madres se les diagnosticó otras ITS, siendo la infección por VIH/SIDA, la condilomatosis y la vaginosis, las más frecuentes. Los antecedentes de ITS se constituyen en un factor de riesgo para sífilis, ya que estas pueden causar depresión del sistema inmune y cursar con lesiones de la mucosa vaginal, facilitando la entrada y adherencia de otros microorganismos infecciosos.

Asistencia a control prenatal. El 15% de estas madres manifestó su inasistencia al control prenatal, lo cual supone un importante factor de riesgo materno y perinatal, pues es el único medio que permite detectar e intervenir oportunamente alteraciones durante la gestación que en mucho de los casos no son percibidas por las madres. (Gráfica 2)

No obstante, se observó que un gran porcentaje de la muestra acudió a las consultas prenatales y aun así sus hijos nacieron con sífilis, lo que permite lanzar varias hipótesis como: el diagnóstico o el tratamiento tardío o inadecuado o la falta de seguimiento serológico durante el embarazo, entre otras causas, dejando dudas con respecto a la calidad del control prenatal.

Gráfico 2. Asistencia al control prenatal por parte de las madres



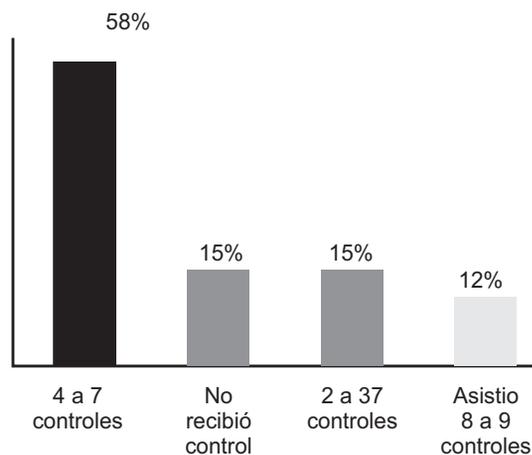
Fuente: Encuesta aplicada a las madres de hijos con sífilis año 2007-2010

Número de consultas prenatales recibidas.

Del total de las madres, sólo 12,0% asistió de ocho a nueve controles (Gráfica 3). En la asistencia tardía o irregular a las consultas prenatales se vislumbra una ineficacia en las estrategias de búsqueda activa de las gestantes inasistentes por parte de las entidades prestadoras de los servicios de salud y en la educación que brindan en sus programas, ya que las madres no están reaccionando a la problemática de la cual, de una, u otra forma son protagonistas.

Estos resultados, guardan relación con los encontrados por Tomisa A,¹⁰ quien halló que el riesgo de nacer con sífilis congénita entre los hijos de mujeres con menos de cinco controles prenatales, fue tres veces mayor que entre aquellos cuyas madres habían recibido cinco o

Gráfico 3. Número de consultas prenatales recibidas por las gestantes



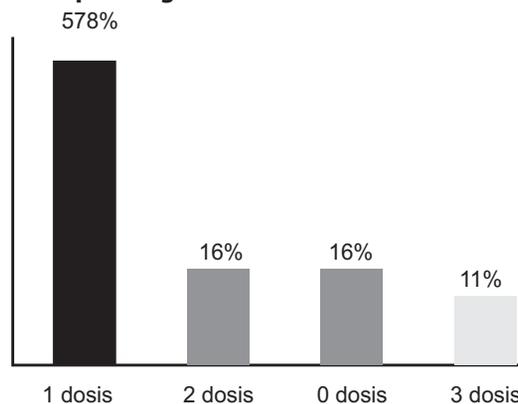
Fuente: Encuesta aplicada a las madres de hijos con sífilis año 2007-2010

Tratamiento durante la gestación. Al indagar sobre el tratamiento de sífilis durante la gestación, se encontró que el 85,0% de las madres fueron tratadas en este período, mientras que el 15,0% no recibió tratamiento, trayendo como consecuencia, en estas últimas, la transmisión de la enfermedad al recién nacido. Sin embargo, en la gráfica 4 puede apreciarse que un 57,0% de gestantes se aplicaron solo una dosis del tratamiento prescrito.

El tratamiento oportuno y apropiado durante la gestación es indispensable para que el niño nazca sano y la falta de dinero fue el único motivo expresado por las madres para justificar el tratamiento incompleto, desconociendo su gratuidad. Estos datos hacen pensar que las madres no están siendo educadas o informadas en relación con las estrategias diseñadas por el plan nacional para sífilis congénita.

Otra circunstancia que conlleva a un inadecuado seguimiento, es la asistencia tardía o irregular a los controles prenatales, por lo cual no se cuenta con un tiempo prudente entre el tratamiento y el parto para realizar una nueva prueba de VDRL. Lo anterior está en consonancia con lo expuesto por Southwick quién afirma en su estudio que 50 mujeres recibieron mínimo dos controles prenatales y 15 de las mismas recibieron pruebas inoportunas para sífilis; sólo el 16,0% de estas mujeres recibieron un test de serología en el tercer trimestre por lo cual se concluyó que los exámenes serológicos no

Gráfico 4. Número de dosis de tratamiento recibido por las gestantes



Fuente: Encuesta aplicada a las madres de hijos con sífilis año 2007-2010

Información de la madre sobre sífilis congénita. El 29,5% obtuvo información sobre sífilis durante el control prenatal, por amigos y folletos el 5,8% y el porcentaje restante no tuvo información. Lo anterior refleja que pese a las campañas de prevención de ITS, las mujeres aún presentan un alto grado de desconocimiento de las mismas y sus consecuencias o en su defecto

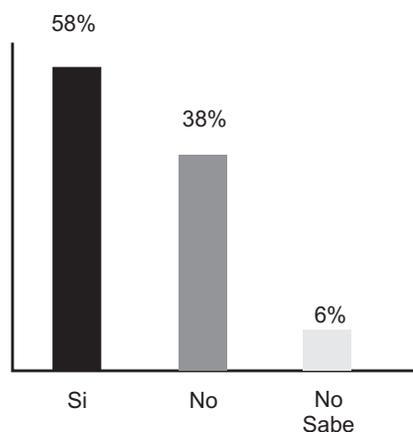
desinterés sobre el uso de las medidas de prevención, situación que las hizo vulnerables al contagio de la enfermedad.

Diagnóstico y tratamiento a contactos.

Referente al diagnóstico y tratamiento de sífilis a los contactos, las cifras indican que el 55,8% de ellos les fue diagnosticada la enfermedad y prescrito el tratamiento respectivo; al 38,4% no se les realizó prueba serológica y en consecuencia no recibió tratamiento y en el 5,8% de los casos, la madre manifestó no saber si su contacto fue diagnosticado y tratado. Estas cifras revelan la necesidad de implementar estrategias para que la(s) pareja(s) sexual(es) de la gestante, a quienes se les diagnostica sífilis en cualquier estadio, sean evaluadas clínica y serológicamente con pruebas no treponémicas⁶.

El tratamiento para sífilis en una gestante se realiza según el estadio de la enfermedad. Generalmente se aplican tres dosis de penicilina benzatínica de 2'400.000 UI, siendo éste más efectivo cuando se tratan los contactos simultáneamente.

Gráfico 5. Prueba de VDRL realizada al contacto de la gestante



Fuente: Encuesta aplicada a las madres de hijos con sífilis año 2007-2010

Las cifras encontradas ponen de manifiesto que en un alto porcentaje los contactos de las madres infectadas y tratadas no fueron diagnosticados, condición necesaria para evitar la reinfección. En lo concerniente al tratamiento, según las encuestadas, sólo el 26,5% recibió el tratamiento completo, el 23,5% no lo recibió y el resto dijo no saber, reflejando estos datos el alto riesgo de infección para el recién nacido.

Conocimiento de las madres acerca de la prueba de VDRL después del tratamiento a su contacto.

En el estudio se halló que las madres no tenían conocimiento acerca del seguimiento serológico de su contacto en un 44,1%, y el 41,2% manifestó que su contacto no tuvo seguimiento. El no tener conocimiento acerca de las medidas que se tomaron con relación a la infección de su contacto, se puede asumir como un factor de riesgo importante para la reinfección.

Tipo de parto. El nacimiento del 76,4% de los niños fue por parto vaginal y 23,6% nacieron por cesárea. Con este dato, es relevante mencionar lo contemplado en el protocolo de vigilancia epidemiológica para sífilis congénita, en el cual se menciona que el 70,0% de los hijos de madres infectadas que no han recibido tratamiento para sífilis se infectan al momento del nacimiento.⁶

En esta muestra se puede considerar el parto vaginal como un factor de riesgo influyente en la sífilis congénita, ya que esta enfermedad puede transmitirse de la madre al hijo por el paso a través del canal del parto.

Antecedentes de hijos con sífilis. El 11,7% de las madres manifestó haber tenido anteriormente un hijo con sífilis congénita, lo que revela debilidades en el funcionamiento del programa, en cuanto a la captación y seguimiento de las madres que consultan a la institución de salud. De otro lado, en lo concerniente a la madre y su pareja, el bajo nivel socioeconómico íntimamente relacio-

nado con el bajo nivel educativo, son factores de riesgo que predisponen a asumir conductas desinteresadas y poco responsables frente al embarazo y sus posibles consecuencias.

Conclusiones

- La mayoría de las madres de los niños con sífilis congénita eran amas de casa, residentes en estratos uno y dos, entre 16 a 24 años de edad, que no alcanzan la educación media y conviven en unión libre con su pareja.

- Las madres presentaron antecedentes de otras infecciones de transmisión sexual, lo cual se constituye en factor de riesgo para la adquisición de la sífilis.

- El comportamiento promiscuo del compañero sexual y el desconocimiento de las madres sobre la conducta sexual extramarital de los mismos, señalan al padre como fuente de contagio de la infección.

- La inasistencia o la asistencia irregular a las consultas prenatales y la poca adherencia a las medidas de protección sexual de la pareja, son aspectos que interfirieron con un tratamiento eficaz a las gestantes.

- El no uso del preservativo, antes y durante el tratamiento fue un factor determinante en la persistencia de la sífilis por reinfección.

Recomendaciones

- Enfatizar en el marco teórico de salud sexual y reproductiva sobre las infecciones de transmisión sexual y los protocolos de manejo que permitan enriquecer y fortalecer los conocimientos de los estudiantes de medicina y enfermería, durante las prácticas formativas en el programa de proyección social y promoción y prevención en primer nivel.

- Fomentar la creación de proyectos de investigación interventivos para mejorar la calidad de atención a las gestantes en el control prenatal por parte del personal de salud.

- Ofrecer educación continuada al personal de salud sobre el manejo de protocolos de vigilancia epidemiológica, enfatizando en la atención de la sífilis gestacional y de la sífilis congénita en el marco del plan obligatorio de salud.

- Retomar con mayor énfasis el aspecto de las visitas domiciliarias, primordialmente en aquellas gestantes que aún presentando factores de riesgo maternos, desisten de los controles.

- Establecer como política interna la aplicación del tratamiento a la madre y su contacto en el sitio donde se lleva el control prenatal para asegurar el cumplimiento del mismo.

Referencias

1. Restrepo Á y otros. Fundamentos de Medicina, Enfermedades Infecciosas. Sexta edición. Medellín, Colombia 2003. p. 480.- 483

2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones técnicas para la elaboración de protocolos para estudios de prevalencia de sífilis y VIH en parturientas y/o puérperas. Marzo 4 de 2011. En línea: <http://www.clap.ops-oms.org>. Consultado julio 6 de 2011

3. Estrada S. Sífilis congénita: El Diagnóstico Clínico y de Laboratorio es un Reto para el Médico. 1996. p. 12

4. Universidad Del Rosario, Universidad CES. Análisis del comportamiento socio demográfico y epidemiológico de la sífilis congénita en Colombia 2008-2009.

<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2357/5/Anexo%201.pdf>

5. Organización Mundial de la Salud. Eliminación mundial de la sífilis congénita. Fundamentos y estrategias para la acción. OMS 2008. Consultado julio 2 de 2011

6. Colombia, Ministerio de Protección Social. Resolución 412 de 2000. En línea. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones>. Consultado agosto 29 de 2011

7. Dasalud. Sincelejo Sucre. Oficina de estadística; 2010

8. Secretaria de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA.). Manual de capacitadores en el manejo sintomático de las infecciones de transmisión sexual. 2da. ed. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7609.pdf>. Consultado julio 2 de 2011

9. González GR. Factores de riesgo asociados a la aparición de casos de sida. Venezuela. 2006. [En línea] http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Aids_Congress/CommunicationHTML.aspx?Mid=37&CommID=344. Consultado julio 2 de 2010

10. Tomisa A. Sífilis congénita. Un indicador de calidad de servicios? Una expresión de condiciones de vida? Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública municipalidad de Rosario-Argentina http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/vol6_art_3.htm. Consultado julio 6 de 2011