

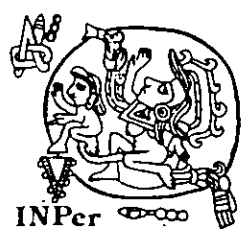
11219
7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE MUJERES
EMBARAZADAS COMPLICADAS CON SIFILIS**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN:
I N F E C T O L O G I A
P R E S E N T A :
DRA. NOEMI GUADALUPE PLAZOLA CAMACHO



TITULAR: DR. FEDERICO JAVIER ORTIZ IBARRA
TUTOR: DR. RICARDO FIGUEROA DAMIAN

209237

MEXICO, D.F.

200

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

RBA



DIRECCION DE CALIFICACION



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

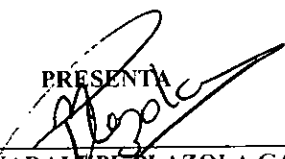
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE MÉXICO POSGRADO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
U. N. A. M.

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE MUJERES EMBARAZADAS
COMPLICADAS CON SÍFILIS.**

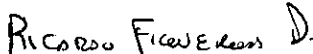
PRESENTA



DRA NOEMÍ GUADALUPE PLAZOLA CAMACHO.



DR. FEDERICO JAVIER ORTIZ IBARRA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE INFECTOLOGIA E INMUNOLOGIA
PERINATAL.



TUTOR: DR RICARDO FIGUEROA DAMIÁN.

DEDICATORIA

*A DIOS por permitirme compartir
cada momento y disfrutar de la vida.*

*A mis PADRES por su apoyo incondicional
con su ayuda y estímulo lo hemos logrado.
Porque siempre depositaron su confianza en mi
en todos los aspectos, y saben perfectamente que
sus enseñanzas nunca las voy a olvidar, gracias
por señalarme el camino.*

*Gracias Ismael por ser como eres, por compartir tu alegría
por vivir, porque sé que siempre contaré contigo, los
sentimientos que nos unen son muy hermosos
y sobre todo especiales.
TE AMO.*

*A mis MAESTROS por haber compartido sus enseñanzas
y tener siempre la mejor disponibilidad. Gracias al Dr. Ortiz,
Dr. Figueroa, Dr. Casanova, Dr. Segura, Dr. Villagrana.*

INDICE

ANTECEDENTES.....1

JUSTIFICACIÓN.....12

PACIENTES Y METODOS.....13

RESULTADOS Y TABLAS.....15

DISCUSIÓN25

CONCLUSIONES.....29

PROPUESTAS.....30

BIBLIOGRAFÍA.....31

ANEXO.....33

ANTECEDENTES.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS.

A pesar de que la sífilis ha aquejado a la especie humana desde tiempo inmemorial y de que el agente de la enfermedad *Treponema pallidum*, fue descubierto desde hace cerca de 100 años por Schaudinn y Hoffmann, muchos de los fenómenos relacionados con su ecología y patogénesis hasta el momento actual no han sido precisados.

EVOLUCION DE LAS TREPANOMATOSIS.

La sífilis como enfermedad venérea constituye uno de los más notables ejemplos de adaptación y selección natural de un grupo de microorganismos en su lucha por sobrevivir. Desde el momento en que formas saprofitas de espiroquetas, habitantes naturales del lodo, pasaron a formar parte de la microflora humana como comensales, hasta el día en que por algún mecanismo desconocido se produjo la primera infección en un ser humano, la historia de las trepanomatosis ha sido parte de la historia del hombre y sus orígenes se pierden en la antigüedad. Según Willcox, es probable que la primera trepanomatosis haya sido el mal del pinto, producido por *T. caretum* que apareció en algún lugar de África hace varios milenios, difundiéndose a continuación por otras áreas del mundo habitado. El pinto fue posiblemente parte de la selección que aseguraba la supervivencia óptima de las mutantes mejor adaptadas a ser transmitidas de un huésped a otro; es decir aquellas capaces de producir lesiones en la piel. Con los cambios en el clima y la humedad de las regiones tropicales, las lesiones cutáneas del mal del pinto se hicieron más exuberantes y extensas dando origen a una nueva especie de mutante *T. pertenue*, causante de otra enfermedad la frambesia en la que había invasión a tejidos profundos y cuya transmisión requería del contacto entre las lesiones papilomatosas de la persona enferma con la piel o mucosas de un individuo sano.

En las zonas cercanas a las selvas, principalmente en áreas como la del desierto del noroeste africano, de clima extremo y seco, los treponemas tropicales encontraron condiciones poco favorables para su supervivencia. Los habitantes de estas regiones al utilizar ropas gruesas, impedían el contacto de piel con piel y sólo los organismos capaces de producir lesiones húmedas en áreas mucosas lograban sobrevivir. Fue probablemente cuando el bejel o sífilis endémica, causada por *Treponema pallidum* hizo su aparición. Los niños se infectaban desde edad temprana, ocurriendo la transmisión mediante el beso o al compartir utensilios alimentarios y objetos de uso personal. Conforme las condiciones de vida fueron mejorando, las medidas de higiene limitaron la transmisión en los niños, llegando muchos de éstos a la pubertad y a la edad adulta sin haber tenido contacto con las espiroquetas patógenas. Sin embargo, los organismos que producían lesiones en mucosas y genitales sobrevivieron por la transmisión de un huésped a otro durante el acto sexual. Desde entonces y a través de las edades, la sífilis venérea ha persistido en la especie humana por estar su transmisión condicionada por los complejos factores socioeconómicos, psicológicos y culturales que modulan y determinan la conducta sexual de los seres humanos⁽¹⁾.

La sífilis fue reconocida por primera vez en Europa en el siglo XV. Apareció inicialmente en el área mediterránea y a partir de ahí se diseminó y rápidamente alcanzó proporciones epidémicas. No se tiene evidencias del origen de la enfermedad en América, pero se ha considerado la posibilidad de que fuera introducida a estas tierras por la tripulación que acompañó a Cristóbal Colón; otra posibilidad de la transmisión por parte de los viajeros que venían de África. La sífilis fue denominada inicialmente como " enfermedad italiana", después el " mal francés". En el siglo XIX, se reconoció su transmisión venérea y al

principio se confundían sus síntomas con los de la gonorrea. En 1833, Ricord demostró la naturaleza independiente de la sífilis y de la gonorrea, comunicando sus observaciones sobre más de 2 500 inoculaciones en seres humanos. A esto siguió el reconocimiento de las etapas clínicas de la sífilis y en 1906, Wassermann introdujo la prueba diagnóstica que actualmente lleva su nombre ⁽²⁾.

Alrededor de 1940, en Estados Unidos el número de casos de sífilis primaria y secundaria se incrementó aproximadamente a 75 por 100 000 habitantes. Tras la introducción de la penicilina, en el decenio de 1950, la tasa descendió a 4 por 100 000. En 1976 se produjeron aproximadamente 50 000 casos de sífilis temprana (primaria, secundaria y latente temprana) ^(2,3). En 1982 en el mismo país hubo 159 casos comunicados de sífilis congénita en lactantes menores de 1 año de edad, mientras que en 1988 se informaron 107 casos. La frecuencia de sífilis congénita refleja la presencia de sífilis infecciosa entre mujeres con edad reproductiva. Se calcula que hay cerca de 1.5 casos de enfermedad congénita por cada 100 casos de enfermedad primaria y secundaria de esa edad ⁽⁴⁾.

En algunas partes del mundo la incidencia de sífilis ha disminuido rápidamente a lo largo de las últimas 4 décadas. Esta disminución ha sido atribuida a medidas que incluyen el acceso a clínicas de especialidades, pruebas diagnósticas exactas, terapia antibiótica efectiva y a procedimientos de búsqueda de contactos ⁽⁵⁾. Luego del elevado número de casos de sífilis informados en el Reino Unido y Estados Unidos se observó una disminución notable de la incidencia de sífilis primaria y secundaria. En éstos países la razón hombre-mujer, de ser 7:1 en el período 1970-1980, disminuyó a una relación 2:1 después de 1980. Históricamente la sífilis ha disminuido en el número de casos sin embargo la enfermedad es aún un problema de salud pública.

El porcentaje reportado de sífilis varía enormemente de país a país, el porcentaje para países industrializados es mejor documentado, mientras que en países en vías de desarrollo hay pocos datos disponibles y la enfermedad es más generalizada. En Estados Unidos en 1985 la incidencia de sífilis entre hombres y mujeres comenzó a incrementarse rápidamente con una tendencia que también llevó a incrementar dramáticamente la sífilis congénita ⁽⁶⁾

En nuestros días la sífilis durante el embarazo en el mundo occidental es rara con una seropositividad en el embarazo entre 0.02-4.5% en el norte de Europa y en Estados Unidos. Gracias a las estrategias de intervención y la disponibilidad de la penicilina pocos embarazos resultan en sífilis congénita, en promedio 30 casos por 100 000 nacidos vivos en 1996 en Estados Unidos. Las características demográficas de las mujeres quienes tuvieron un recién nacido sífilítico representa a la mujer con alguna otra enfermedad de transmisión sexual, así como aquellas que recibieron un cuidado prenatal inadecuado, además estas mujeres son generalmente adolescentes y solteras. Además un factor mayor para el incremento de sífilis es el uso del "crack", cocaína, intercambio de sexo por dinero y múltiples compañeros sexuales. En algunos países la incidencia de sífilis incrementó dramáticamente durante la década pasada, por ejemplo en Rusia la incidencia incrementó de 30 por 100 000 en 1978 a 1992 a 175 por 100 000 en 1995, la razón es incierta pero puede deberse a conductas sexuales, incremento de viajes, inmigración y prostitución. En algunas partes del mundo, donde las enfermedades venéreas no han sido controladas, como en África, la magnitud del problema asociado con la sífilis congénita es mayor que en los países occidentales. La prevalencia de seropositividad entre mujeres embarazadas atendidas en clínicas prenatales en África esta entre 13-18% ^(7,8)

En los países de África como en Nigeria y Arabia Saudita la prevalencia de sífilis fue de 0.35% y 2.7% respectivamente, pero en Mozambique la prevalencia reportada varió entre

1.6% y 15%. En Zambia varía entre el 13 y el 15%. La prevalencia de sífilis es mayor en el Sur de África en donde la prevalencia de pacientes embarazadas ha sido reportada de 5.5% a 11%. Un estado socioeconómico bajo asociado con el desempleo, uso de drogas, prostitución, familia desintegrada promueve que se propague la sífilis particularmente en áreas urbanas, tales condiciones son a menudo encontradas en comunidades urbanas del Sur de África. La sífilis es una importante causa de mortalidad perinatal. En 1991 el porcentaje de mortalidad perinatal es un centro de tercer nivel en el sur de África fue de 60.2 por 1000 nacimientos. ⁽⁹⁾

En México, de acuerdo con datos informados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, la tasa de sífilis ha mantenido una tendencia hacia la disminución, pues en 1941 la tasa fue de 240 por cada 100 000 habitantes y en 1993 la tasa fue de 2.20. La mayoría de los casos de sífilis en México ocurre en la población sexual activa ya que de los 1947 casos informados en 1993, 1043 (54%) correspondieron a la población con edad de 25 a 44 años, 598 (31%) entre 15 a 43 años y el resto 306 a otros grupos etarios. La susceptibilidad a la sífilis es general, sin embargo, los grupos más afectados continúan siendo los jóvenes solteros de ambos sexos entre la edad de 15 a 25 años, los estudiantes universitarios, los individuos que tienen que viajar con razones de trabajo y los sujetos de ambos sexos que ejercen la prostitución. Durante 1997 la tasa de incidencia nacional de sífilis fue de 2.1 por 100 000 habitantes. La presencia de sífilis en la mujer embarazada se debe a varias circunstancias: ausencia de control prenatal, dificultad para seguir el control después de realizado el diagnóstico y/o deserción de la paciente, no completar un esquema de tratamiento, infección después de haber obtenido resultados serológicos negativos, o bien reinfección materna. La incidencia de sífilis prenatal como enfermedad infecciosa crónica adquirida *in útero*, ésta determinada directamente por la frecuencia de sífilis en la

mujer embarazada, por la detección oportuna y tratamiento temprano y suficiente durante la gestación, a fin de proteger el producto⁽¹⁰⁾.

El agente etiológico de la sífilis, *Treponema palladium* (treponema deriva del griego y significa "hilo que da vueltas") es un organismo en forma de espiral que mide de 5-15 micras de longitud, pero solo 0.02 micras de ancho. Es activamente móvil y rota sobre su eje longitudinal, las espirilas son muy finas, solamente se observan mediante microscopia de campo obscuro. El único reservorio de natural del treponema es el ser humano; experimentalmente se ha podido infectar animales como el conejo, el mono y el ratón. La infección crónica causada por esta espirila cursa con diversas manifestaciones clínicas. La enfermedad se caracteriza por fases de actividad y prolongados periodos de latencia. El microorganismo es transmitido a través del contacto directo de las membranas mucosas. En horas el treponema se disemina por el sistema linfático conduciendo a una respuesta local por multiplicación así como a la diseminación hematógena. El chancro es la lesión primaria característica, el trasudado de la úlcera contiene numerosos treponemas, los cuales pueden ser demostrados mediante la observación en campo obscuro o por medio de fluorescencia directa por anticuerpos contra *T. pallidum*. Durante esta fase hay depresión de la respuesta de inmunidad celular, la que se puede hacer evidente mediante las pruebas cutáneas, esta anergia puede durar varias semanas. Los anticuerpos específicos aparecen 1 a 4 semanas después de que el chancro se ha formado⁽¹¹⁾.

El cuadro clínico se clasifica de la siguiente manera:

- 1) **Sífilis primaria:** se encuentra en las lesiones y en la corriente sanguínea del individuo infectado. El organismo se transmite por contacto directo con las lesiones infectadas de la sífilis temprana. Después del periodo de incubación (10 a 90 días, promedio 21

días), las lesiones de sífilis primaria empiezan como pápulas induradas, las cuales rápidamente se abren para formar una úlcera simple e indolora, de fondo limpio e indurado; este chancro se forma en el sitio de penetración del treponema. Generalmente es un solo chancro, aunque pueden estar presente varios. El chancro se encuentra más comúnmente en los genitales, recto, boca y labios, pero puede localizarse en cualquier parte del cuerpo, e incluso no presentarse. Si esta lesión temprana de la enfermedad no es tratada, puede durar de 3 a 12 semanas y generalmente cicatriza. Los ganglios linfáticos regionales con frecuencia están aumentados de tamaño y son indoloros.

2) **Sífilis secundaria:** después del inicio de la sífilis (aproximadamente 6 semanas a 6 meses, promedio 8 semanas) el paciente entra en un estado de sífilis florida, presenta diversas manifestaciones dermatológicas, las cuales pueden ser generalizadas o presentarse en pequeñas áreas. Las lesiones papulares son por lo general rojizas, infiltradas y de aproximadamente de 0.5 cm de diámetro. Las lesiones se presentan más comúnmente en las superficies de flexión y en las plantas de los pies. Pueden encontrarse lesiones papulo-escamosas y foliculares en mucosas del recto, boca y narinas, las cuales son altamente infectantes debido a la gran cantidad de treponemas. Como parte del cuadro clínico aparecen zonas de alopecia. Las lesiones del secundarismo son casi siempre secas y no pruriginosas. Las características clínicas de los ganglios son similares a la que se encuentran en la sífilis primaria.

3) **Sífilis latentes:** sin tratamiento las lesiones de sífilis secundaria cicatrizan aproximadamente en un lapso que oscila entre 4 y 12 semanas, y el paciente entra en estado latente. La cual es definida como la ausencia de lesiones clínicas, exámen a campo oscuro negativo y LCR normal. Este estado se subdivide en sífilis latente temprana (menos de 4 años de duración), la cual se considera potencialmente infectante

ya que puede representar varios cuadros de secundarismo sífilítico. A la sífilis latente tardía (más de 4 años de duración) se le estima no infectante. La única excepción está representada por la mujer gestante, la cual puede transmitir al feto en cualquier época del estado latente. La sífilis latente muestra recaídas en 20% de los pacientes no tratados, con signos característicos de lesiones: cardiovasculares, neurológicas y en el sistema esquelético.

- 4) **Sífilis terciaria:** los individuos con sífilis latente no tratada desarrollarán posteriormente signos de sífilis terciaria: gomas, neurosífilis o sífilis cardiovascular. Las gomas son áreas localizadas de inflamación granulomatosa que se pueden hallar en cualquier órgano o tejido del cuerpo. El tamaño de la goma puede variar desde dimensiones microscópicas hasta 10 cm de diámetro. Dado que estas lesiones son relativamente inactivas a menudo es llamada “ sífilis terciaria benigna”. Las espiroquetas son extremadamente escasas o están ausentes.
- 5) **Sífilis cardiovascular:** los órganos más comúnmente involucrados son los grandes vasos, donde se desarrolla la arteritis sífilítica, aórtica y pulmonar.
- 6) **Sífilis congénita:** es el resultado de la infección transplacentaria del feto en desarrollo y a menudo es una forma muy severa y mutilante de la enfermedad. La mujer embarazada sífilítica que no ha sido tratada puede transmitir la infección a su feto en cualquier estadio clínico de la enfermedad pero en general, cuanto más tiempo ha transcurrido desde la infección primaria o secundaria de la mujer, es menos probable que pueda transmitir la enfermedad al feto. Las manifestaciones de la sífilis congénita son altamente variables tanto en los signos como en la intensidad. Los signos tempranos especialmente notables incluyen hepatoesplenomegalia, ictericia, anemia

hemolítica, neumonía y compromiso múltiple de huesos largos, rinitis nasal, lesiones cutáneas y masas testiculares son comunes en el producto.

Puede ocurrir infección por vía hematógena durante todo el tiempo de la gestación y la enfermedad puede afectar al feto en cualquier estadio; el mayor riesgo (95%) corresponde a las mujeres con sífilis primaria no tratada. La transmisión postnatal es excepcional. En mujeres con sífilis primaria no tratada, el 40% de los embarazos resultan en aborto espontáneo, mortinatos, o muertes perinatales. El porcentaje de transmisión durante la etapa secundaria es casi del 100% y disminuye lentamente conforme se incrementa la duración de la enfermedad. Pueden transmitir la infección al feto 70 a 100% de todas las mujeres con sífilis primaria no tratada; 90% de las que padecen sífilis secundaria y aproximadamente 30% de aquellas con sífilis latente. Al comienzo de la sífilis congénita se libera *T. pallidum* directamente a la circulación del feto dando lugar a una espiroquetemia con amplia diseminación ⁽⁴⁾.

El diagnóstico directo de la sífilis se divide en pruebas treponémicas las cuales depende de la demostración del treponema, esto se puede llevar a cabo directamente por la observación de muestras al microscopio con condensador de campo oscuro o en tejidos mediante tinciones especiales o con Técnica de Anticuerpos Fluorescentes (FTA-ABS) para la observación de treponemas de campo oscuro la fuente principal es el líquido seroso de las lesiones; igualmente son fuente rica, las zonas basales de los chancros donde son más abundantes y móviles los treponemas. Los anticuerpos que se producen en respuesta a la invasión por *T. pallidum* se dividen en: 1) anticuerpos reagínicos biológicamente no específicos. 2) anticuerpos específicos a *T. pallidum* que producen aglutinación, adherencia inmune, fijación de complemento.

Las pruebas no treponémicas más comunes son a) VDRL (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas) y su variante VDRL-látex; b) RPR (Reaginas rápidas en plasma). Estas pruebas miden el perfil de anticuerpos antilípidos, formados por el huésped en respuesta al material lipóide, liberado de las células lesionadas del huésped y de los propios lípidos del treponema en la fase temprana de la infección. La reacción entre antígeno y anticuerpo se hace evidente por la floculación de ese tipo de sustancias. Ambas pruebas pueden hacerse semicuantitativas por medio de la dilución al doble de los sueros sometidos a análisis. Estas pruebas pueden utilizarse como procedimientos de escrutinio, así como para seguir la evolución del tratamiento. Se debe ser cauteloso en la interpretación de las pruebas falsas positivas, lo cual se evita realizando pruebas treponémicas confirmatorias, así como de la evaluación clínica de cada caso, para situar la fase en que se puede encontrar la enfermedad. Las falsas negativas son un problema, sobre todo en sífilis primaria. Estas pruebas no treponémicas pueden ser no reactivas en un 13 a 40% de los individuos que presentan la enfermedad primaria. En cambio, son casi siempre reactivas en pacientes con sífilis secundaria y son la única alternativa diagnóstica en la sífilis tardía.

El tratamiento continúa siendo la penicilina benzatínica, siendo el fármaco de elección primaria para la sífilis primaria, secundaria y la enfermedad latente temprana, una dosis de 2.4 millones de unidades permite alcanzar concentraciones mínimas inhibitorias durante más de tres semanas, superiores a 0.1 mg/L. Usualmente el antibiótico se administra por vía intramuscular, por mitad en dos sitios separados.

La mujer embarazada debe recibir tratamiento con penicilina benzatínica. No se tiene experiencia en alérgicas a la penicilina, de tal manera que no se puede indicar una política general, sin embargo se deben evitar las tetraciclinas y eritromicinas. Una opción podría ser el uso de cefalosporinas de tercera generación como la ceftriaxona. Después del tratamiento

se debe vigilar a cada paciente realizando pruebas no treponémicas a los 3, 6 y 12 meses. La evidencia de una respuesta apropiada al tratamiento es la disminución franca del título de reactividad. Se debe tener en cuenta la posibilidad de fallas al tratamiento, sobre todo cuando se trata a la pareja. En esos casos las pruebas de VDRL y RPR vuelven a tener elevaciones, lo cual es indicación de retratamiento por reinfección. Toda mujer embarazada debe someterse en su primera visita prenatal, a una prueba de tamiz como el VDRL o el RPR. Esta prueba debe repetirse cada trimestre. Las serorreactivas deben evaluarse mediante una prueba cuantitativa de selección y de ser posible de confirmación tipo FTA-ABS. Cuando el diagnóstico no puede confirmarse la paciente debe tratarse de cualquier forma ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

JUSTIFICACIÓN.

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa producida por *Treponema pallidum* que se adquiere habitualmente por contacto sexual y que forma parte de las enfermedades de transmisión sexual que pueden presentarse durante el embarazo, con resultados muchas veces devastadores en la madre y principalmente en el producto.

Por lo general la infección sífilítica materna se transmite al feto principalmente en los casos en que la mujer cursa con un cuadro de sífilis no tratada de menos de cuatro años de evolución, las posibilidades de infección al feto aumentan si la madre presenta infección sífilítica sin tratamiento y menor de dos años de duración, mientras que en las madres con sífilis latente el riesgo de transmisión al producto es menor.

Las presencia de sífilis en la mujer embarazada se debe a varias circunstancias tales como ausencia de control prenatal, dificultad para seguir el control después de realizado el diagnóstico y/o deserción de la paciente, no completar un esquema de tratamiento, infección después de haber obtenido serológicos negativos, o bien reinfección materna. La incidencia de sífilis prenatal como enfermedad infeccioso crónica adquirida in útero está determinada directamente por la frecuencia de sífilis en la mujer embarazada, por la detección oportuna y tratamiento temprano y suficiente durante la gestación, a fin de proteger al producto.

Además se ha reportado que la mujer embarazada que utiliza drogas, consume alcohol, fumadoras, solteras, sin pareja estable, con un nivel de escolaridad bajo, varias parejas sexuales, se han relacionado con un riesgo incrementado para la sífilis siendo estos factores de riesgo para la enfermedad.

PACIENTES Y METODOS.

Se efectuó un estudio de casos y controles con el total de pacientes diagnosticadas con sífilis durante su gestación en el período de Marzo de 1990 a Marzo del 2001.

El estudio se llevó a cabo con la revisión de los archivos de pacientes del Departamento de Infectología, de expedientes clínicos y archivo de patología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Se consideraron casos a las pacientes embarazadas atendidas en el INPer que durante su gestación fueron diagnosticadas de cursar con sífilis activa. Controles fueron pacientes embarazadas atendidas en el INPer tomadas de la consulta de control prenatal sin complicaciones médicas ni infecciosas. Por cada caso se incluyeron cuatro controles.

De cada paciente se recolectaron los siguientes datos:

1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS:

Edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, escolaridad, ocupación y estado civil.

2. VARIABLES GINECO-OBSTETRICAS:

Inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, gestas, paras, abortos, cesáreas, hijos vivos, edad gestacional al ingreso.

3. VARIABLES CLINICAS:

Datos clínicos de sífilis, otras enfermedades de transmisión sexual diagnosticadas, tratamiento recibido para el problema infeccioso, estadio de la infección sifilítica, método diagnóstico de sífilis, tabaquismo, alcoholismo, uso de drogas.

4. VARIABLES PERINATALES:

¿ Control prenatal en el instituto?, número de consultas de control prenatal, edad gestacional a la interrupción del embarazo y vía de resolución del embarazo..

5. VARIABLES NEONATALES:

Sexo, peso, talla, perímetro cefálico, Apgar al minuto a los cinco minutos, Silverman Andersen, infección congénita, método diagnóstico de la infección y complicaciones neonatales

6. VARIABLES DE LA PAREJA SEXUAL:

Edad, ocupación, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.

Para la captación de los datos se construyó una hoja de vaciamiento de datos (ANEXO 1) y se acudió a las fuentes previamente mencionadas para obtener cada una de las variables.

El análisis estadístico se realizó de manera inicial mediante estadística descriptiva para la caracterización de las pacientes. La comparación entre los grupos se realizó: 1) mediante estadística inferencial, utilizando las pruebas de hipótesis, chi cuadrada o exacta de Fisher's cuando las variables fueron nominales; y *t* student no pareada cuando las variables fueron cuantitativas continuas y tuvieron una distribución normal, 2) análisis epidemiológico mediante el cálculo de razón de momios (OR) con intervalo de confianza al 95% para buscar las variables que tuvieran una asociación con la presencia de sífilis en el embarazo.

Esta fue una investigación que desde el punto de vista ético se clasificó como sin riesgo, ya que se trabajó con la información existente en los expedientes y archivos clínicos.

RESULTADOS.

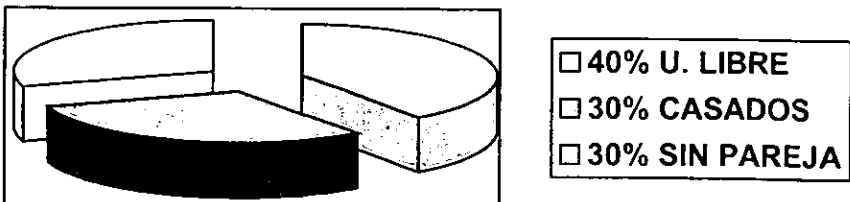
En el período comprendido de Marzo de 1990 a Marzo del 2001 se diagnosticó un total de 28 mujeres gestantes complicadas con sífilis. Fue posible realizar la revisión de sus expedientes clínicos en 20 (71%) de ellas.

De las 20 pacientes estudiadas su promedio de edad fue de 24.4 ± 7.6 años con una mediana de 23 y un intervalo de 15 a 41 años. Seis (30%) pacientes tenían 18 o menos años.

El 85% de ellas nacieron en la ciudad de México y una provenía del extranjero, siendo la ciudad de México el lugar de residencia del 95% de las pacientes.

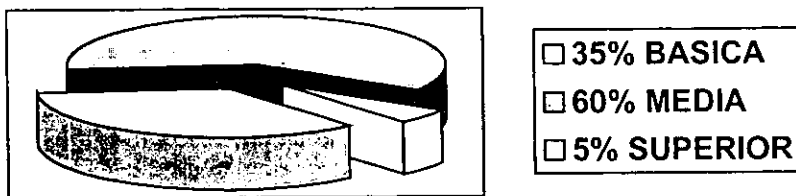
Ocho (40%) declararon como estado civil unión libre, seis (30%) eran casadas y otras seis (30%) no contaban con una pareja actual (FIGURA 1). En conclusión el 70% de las pacientes tenían una relación estable con su pareja.

FIGURA 1: ESTADO CIVIL



Doce (60%) mujeres señalaron una escolaridad media (secundaria o preparatoria), siete (35%) una escolaridad básica y sólo una paciente contó con estudios de enseñanza superior (FIGURA 2). Sólo una paciente realizaba una actividad económica remunerada.

FIGURA 2: ESCOLARIDAD



El promedio de edad de Inicio de Vida Sexual Activa fue de 17.3 ± 2 años con una mediana de 17 y un intervalo de 14 a 22 años. El 60% de las pacientes manifestó una sola pareja sexual.

Dos embarazadas manifestaron tabaquismo positivo y una de ellas el consumo de drogas del tipo de la marihuana.

Siete (35%) pacientes manifestaron el antecedente de una enfermedad de transmisión sexual previa. En la Tabla I se muestra las infecciones de transmisión sexual presentadas por las pacientes.

TABLA 1. ANTECEDENTES DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Casos	No. de pacientes	Controles	No. de pacientes
VPH (*)	3	VPH	3
Sífilis	2	Tricomoniiasis	3
Sífilis más VPH	2	-	-
Total	7	-	6

VPH (*): Virus del papiloma humano.

Entre los antecedentes ginecoobstétricos el 14 (70%) de las pacientes eran multigestas, cinco de ellas refirieron el antecedente de abortos previos y diez pacientes tenían hijos con hijos vivos.

La mediana de edad gestacional al ingreso al instituto fue de 21 semanas con un intervalo de 7 a 35. Dieciocho (90%) pacientes tuvieron control prenatal siendo 5 la mediana del número de consultas, con un intervalo de 0 a 12.

Dieciocho (90%) cursaban con sífilis latente, una con sífilis primaria y la paciente restante cursaba con secundarismo sífilítico. De las 18 pacientes en control prenatal todas recibieron tratamiento antimicrobiano, administrándose en promedio a las 25.6 ± 9 semanas de gestación con una mediana de 25 y un intervalo de 9 a 39 semanas.

De los recién nacidos catorce (70%) fueron mujeres y 6 (30%) hombres nacieron con una edad gestacional promedio de 38 ± 3 semanas una mediana de 38 semanas y un intervalo de 26 a 41. Sólo hubo un parto pretérmino de 26 semanas que correspondió a un óbito.

El peso promedio de los niños al nacimiento fue $2\,844 \pm 647$ g, la talla promedio fue de 47.2 ± 4 cm y el perímetro cefálico promedio de 33.5 ± 2.5 cm.

Tres niños nacieron con infección congénita que representó el 15% de la población estudiada y los datos clínicos de la infección. Las manifestaciones de la infección congénita fueron: óbito con retraso en el crecimiento, hepatomegalia, hiperbilirrubinemia, anomalías esqueléticas, peso bajo para la edad gestacional, anemia y rinitis purulenta. En el caso del óbito el estudio postmortem mostró funisitis, muerte fetal intrauterina mayor a 3 días, hipotrófico, sin malformaciones congénitas, la placenta se reportó que correspondía al segundo trimestre con corioamnionitis moderada y obliteración de los vasos sanguíneos.

En relación a las variables de la pareja, la edad promedio fue de 26.5 ± 6.5 años con una mediana de 24 con un intervalo de 18 a 24 años; nueve (45%) eran empleados y ocho (40%) su actividad económica era informal, tres de ellos tuvieron el antecedente de sífilis y uno tuvo el antecedente de drogadicción con consumo de marihuana diariamente más cocaína aproximadamente cada 15 días.

En las Tablas II a VII se muestran las comparaciones realizadas entre las pacientes con sífilis y sus controles. Las variables asociadas con sífilis durante la gestación fueron la edad de las pacientes la cual fue menor en los casos, de 24.4 ± 7.6 años con respecto a la edad de las pacientes del grupo control que fue de 27.9 ± 7.5 años. El lugar de nacimiento y el de residencia, tanto en los casos como en los controles, el mayor número correspondió a las pacientes que eran de la Ciudad de México; se encontró significancia estadística en el caso del lugar de residencia con un valor de $p = 0.04$.

La mayoría de las pacientes tenían escolaridad media, en cuanto a la ocupación se observó que no era remunerada tanto en los casos como en los controles, con respecto al estado civil se identificó mayor número de pacientes en los casos de ser solteras, divorciadas o vivir en unión libre con su pareja.

En la Tabla III se comparan las variables ginecoobstétricas, encontrando que el IVSA fue a menor edad en los casos con una edad al inicio, de 17.25 ± 2.27 años y en los controles fue de 19.54 ± 4.65 años con un valor de $p = 0.03$. En cuanto al número de gestas la mayoría de las pacientes fueron multigestas; con respecto al antecedentes de aborto se encontró que solo 5 pacientes de los casos tuvieron pérdida gestacional en el primer trimestre y el contar con hijos vivos previos no hubo diferencia entre los grupos, la edad gestacional al ingreso fue similar en ambos grupos observando que en los casos fue de 19.75 ± 8.45 semanas y los controles de 20.55 ± 5.30 semanas.

En la Tabla IV se describe las comparaciones de variables clínicas como son el tabaquismo el cual fue positivo en 2 pacientes de los casos. drogadicción se identificó en una paciente siendo ésta adicta a la marihuana y en 6 pacientes de los casos se encontró antecedente de ETS como VPH y sífilis con un valor de $p = 0.03$.

En la Tabla V se describen las variables perinatales de los casos, encontrándose que la mayoría acudió a control prenatal con un valor de $p = 0.049$, en cuanto al número de visitas a control prenatal en las pacientes del grupo de los casos fue de 5.70 ± 4 y los controles de 8.46 ± 4.6 consultas con un valor de $p = 0.045$. La edad gestacional al nacimiento fue similar, en los caso fue de 38.05 ± 3 semanas y las pacientes control de 37.53 ± 3.07 .

En la Tabla VI se comparan las variables neonatales encontrando que el peso y talla fueron menores en los RN de las pacientes del grupo de los casos que en los controles y en ambos grupo fue similar el perímetro cefálico, en el grupo de los casos solo un RN presentó una complicación neonatal por asfixia recuperada y sepsis y en el grupo de los controles se encontró a 13 RN con complicaciones neonatales como taquipnea transitoria del recién nacido, hidrocefalia, enterocolitis, retención de líquido pulmonar y sepsis.

En la Tabla VII se comparan variables de la pareja sexual encontrando edad menor en los casos en comparación con los controles las cuales fueron de 26.47 ± 6.46 años contra 29.1 ± 7.3 años. En relación a la ocupación, 9 de las parejas estaban empleados y 8 eran subempleados, en 3 de las parejas de los casos se encontró ETS y solamente en una pareja se encontró drogadicción con adicción a marihuana y cocaína.

En el análisis epidemiológico las variables identificadas como factores de riesgo para sífilis materna están descritas en la Tabla VIII, las pacientes en el grupo de los casos la mayoría eran residentes de la ciudad de México, la residencia en un medio urbano representó un riesgo con un OR 8.1 y un IC al 95% de 1.03 a 64.24. Con respecto al estado civil la mayoría de las pacientes eran solteras, divorciadas o vivían en unión libre representando un riesgo con un OR de 3.5 y un IC al 95% de 1.2 a 10.4. Otro factor de riesgo fue el antecedente de ETS presentándolo 6 de los 20 casos lo que representó un riesgo con un OR de 4.5 y un IC al 95% de 1.5 a 15.3. En cuanto al control prenatal en el grupo de los casos no tuvieron seguimiento 2 de las pacientes en comparación con los controles las cuales todas acudieron a control prenatal, la ausencia presentó un riesgo con un OR de 12.8 y un IC al 95% de 1.3 a 129.8.

TABLA II. COMPARACIÓN DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS.

Variables	Casos n = 20	Controles n = 80	Valor de p
Edad	24.4 ± 7.6	27.9 ± 7.5	0.06
Lugar de Nacimiento			
Cd. de México	17	62	0.6
Provincia	3	18	
Lugar de residencia			
Cd. de México	19	56	0.04 (*)
Provincia	1	24	
Escolaridad			
Básica	7	12	0.08
Media y Superior	13	68	
Ocupación			
Remunerada	1	17	0.2
No remunerada	19	63	
Estado Civil			
Casadas	6	51	0.03 (*)
Otras	12	29	

(*) Estadísticamente significativo.

TABLA III. COMPARACIÓN DE VARIABLES GINECO-OBSTÉTRICAS.

Variables	Casos n = 20	Controles n = 80	Valor de p
IVSA (*)	17.25 ± 2.27	19.54 ± 4.65	0.03 (*)
Gestas			
Primigestas	6	33	0.5
Multigestas	14	47	
Antecedentes de abortos:			
Si	5	25	0.7
No	15	55	
Hijos vivos			
Si	10	38	0.9
No	10	42	
Edad gestacional al ingreso	19.75 ± 8.45	20.55 ± 5.30	0.6

IVSA (*): Inicio de Vida Sexual Activa.

(*): Estadísticamente significativo.

TABLA IV. COMPARACIÓN DE VARIABLES CLINICAS.

Variabes	Casos <i>n</i> = 20	Controles <i>n</i> = 80	Valor de p
Tabaquismo			
Si	2	11	0.9
No	18	69	
Drogadicción			
Si	1	3	0.7
No	19	77	
Antecedentes de ETS			
Si	6	7	0.03 (*)
No	14	73	

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

(*) Estadísticamente significativo.

TABLA V. COMPARACIÓN DE VARIABLES PERINATALES.

Variabes	Casos <i>n</i> = 20	Controles <i>n</i> = 80	Valor de p
Control Prenatal			
Si	18	80	0.049 (*)
No	2	0	
No. de consultas de Control prenatal	5.70 ± 4	8 ± 4.6	0.045 (**)
Edad Gestacional al Nacimiento	38.05 ± 3	37.53 ± 3.07	0.5

(*) Estadísticamente significativo.

TABLA VI. COMPARACIÓN DE VARIABLES NEONATALES.

Variables	Casos <i>n</i> = 20	Controles <i>n</i> = 80	Valor de p
Peso	2844 ± 647.07	2992.9 ± 748.78	0.4
Talla	47.20 ± 4.03	48.35 ± 4.25	0.3
Perímetro Cefálico	33.45 ± 2.61	33.71 ± 2.21	0.6
Complicaciones neonatales			
Si	1	13	0.3
No	19	66	

TABLA VII. COMPARACIÓN DE VARIABLES DE LA PAREJA SEXUAL.

Variables	Casos <i>n</i> = 20	Controles <i>n</i> = 80	Valor de p
Edad	26.47 ± 6.46	29.1 ± 7.3	0.15
Tipo de Ocupación			0.5
Empleado	9	50	
Subempleado	8	27	
Antecedentes de ETS			0.06
Si	3	2	
No	14	73	
Drogadicción			0.8
Si	1	1	
No	16	74	

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

TABLA VIII. FACTORES DE RIESGO PARA SÍFILIS
EN MUJERES EMBARAZADAS.

Factor	Casos <i>n</i> = 20	Controles <i>n</i> = 80	OR (IC 95%)
Lugar de Residencia			
Cd. de México	19	56	8.1 (1.03- 64.24)
Provincia	1	24	
Estado civil			
Casados	6	51	3.5 (1.2- 10.4)
Otros	12	29	
Antecedentes de ETS			
Si	6	7	4.5 (1.5- 15.3)
No	14	73	
Control Prenatal			
Si	18	80	12.8 (1.3 – 129.8)
No	2	0	

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

DISCUSIÓN.

En el estudio se incluyó la revisión de 20 expedientes clínicos de mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis y la revisión de 80 expedientes clínicos de mujeres embarazadas sanas. El promedio de edad en las pacientes del grupo de los casos fue de 24.4 ± 7.6 años con una mediana de 23 y un intervalo de 15 a 41 años, seis (30%) pacientes tenían 18 o menos años. Estos hallazgos coinciden con reportes previos de la literatura que señalan a este grupo de edad como los más vulnerables para contraer ETS entre ellas la sífilis. En el estudio de MacFarlin y cols.⁽¹³⁾ incluyeron embarazadas con sífilis e identificaron factores de riesgo durante el embarazo asociados con infección congénita; ellos evaluaron 253 expedientes de pacientes embarazadas con VDRL y FTA-ABS positivos en un período de Septiembre de 1991 a Octubre de 1992 encontrando que las mujeres con sífilis durante el embarazo eran de raza negra en forma predominante, solteras y con edad materna en promedio de 25.5 años. En el estudio de Martin y cols.⁽¹⁴⁾ en Estados Unidos ellos encontraron que el rango de la edad en las pacientes era de 16 a 40 años predominantemente de raza africo-americana.

En cuanto al factor de riesgo del lugar de residencia, la infección por sífilis en las mujeres embarazadas que viven en la ciudad de México se encontró un OR de 8.1 con un IC al 95% de 1.03 a 64.94, en comparación con las que viven en la provincia, en el estudio de Martin y cols.⁽¹⁴⁾ también encontraron que el lugar de residencia de las pacientes era el medio urbano encontrando un RR de 2.7 con un IC al 95% de 2.4 a 3.0 con una $p < .001$, en comparación con la provincia datos con los cuales nuestro estudio es similar.

En cuanto al estado civil se encontró que seis pacientes estaban casadas (30%) y 12 no contaban con una pareja estable (70%), con un valor de $p = 0.03$ para sífilis en las mujeres embarazadas sin pareja estable (solteras, divorciadas, separadas) con un OR de 3.5 con IC

al 95% de 1.2 a 10.4, en comparación con las mujeres embarazadas casadas. En el estudio de Klass y cols.⁽¹⁵⁾ en un hospital de Estados Unidos examinaron la incidencia de sífilis prenatal y correlacionaron datos epidemiológicos con sífilis congénita encontrando en relación al estado civil de las pacientes que la mayoría no estaban casadas. Datos similares en el estudio de Martin y cols.⁽¹⁴⁾ en el cual también encontraron que el estado civil en la mayoría de las pacientes eran no casadas con un RR de 5.0 con IC del 95% de 3.3 a 10.0 y con un valor de $p < .001$.

Otro dato que también se comparte con la literatura es el promedio de IVSA el cual en nuestro estudio fue de 17.3 años, con una mediana de 17 y un intervalo de 14 a 22 años.

Con relación a las variables clínicas del uso de tabaquismo se encontró en 2 de los casos y en 2 de los controles con un valor de $p = 0.9$ y en uno de los casos se encontró drogadicción con consumo de cocaína y marihuana, en relación con 3 de los controles en que se encontró un valor de $p = 0.7$, en el estudio de Reyes y cols.⁽¹⁶⁾ realizado en Detroit donde estudiaron factores de riesgo para sífilis materna y congénita, evaluaron a 148 mujeres embarazadas (33.8%) de las pacientes incluidas en el estudio tenían historia de uso de cocaína, de éstas el 96% de las mujeres usaron cocaína crack y 6 (12%) usaron heroína intravenosa. Es importante señalar que en nuestra población estudiada, la drogadicción no representó un problema, siendo su incidencia baja y sin asociación con sífilis.

En relación con el estudio de casos y controles de Mobley y cols.⁽¹⁷⁾ realizado también en Estados Unidos en el Sur de Carolina, evaluaron factores de riesgo para sífilis congénita incluyendo 186 casos y 487 controles, encontrando en las pacientes uso de drogas como cocaína tanto en los casos en 24 (87.5%) como en los controles en 100 (43.0%), con un OR de 9.3 con un IC al 95% de 2.6 a 33.1. Además en el estudio de MacFarlin y cols.⁽¹³⁾ también revisaron la historia de abuso de drogas encontrando que el 35.8% de la población

total de su estudio usaron cocaína, esto refleja que en estos dos estudios realizados en Estados Unidos comparados con nuestro país las mujeres tienen un mayor poder adquisitivo para conseguir este tipo de drogas y la incidencia de drogadicción en ese país es mayor.

En relación al antecedente de ETS se encontró en seis de los casos y siete de los controles con un valor de $P=0.03$, y un OR de 4.5 con IC al 95% de 1.5 a 15.3. En el estudio de Martin y cols.⁽¹⁴⁾ ellos encontraron que en las mujeres coexistían enfermedades de transmisión sexual en un 44%. Además en el estudio de Klass y cols.⁽¹⁵⁾ ellos encontraron que las principales ETS fueron gonorrea en 2 casos al igual que HIV, 3 casos de infección por *Chlamydia* y un caso herpes simple al igual que de hepatitis B.

En nuestro estudio se observó 12 veces mayor riesgo para sífilis en la mujer embarazada sin control prenatal en comparación de las pacientes embarazadas con un control prenatal adecuado. Este resultado fue similar a los hallazgos del estudio de Mobley y cols.⁽¹⁷⁾ que encontraron que el cuidado prenatal fue significativo para sífilis congénita con un OR de 2.2 con IC al 95% de 1.2 a 3.1, cuando se obtuvo en su estudio un cuidado prenatal adecuado fue clasificado por trimestre la primera visita encontrando que los OR se incrementaron con la iniciación tardía del cuidado prenatal en 1.2, 1.4 y 2.5 para el segundo trimestre, tercer trimestre y sin cuidado prenatal respectivamente.

De los recién nacidos 14 (70%) fueron mujeres y 6 (30%) hombres quienes nacieron con una edad promedio de gestación de 38 semanas y un intervalo de 26 a 41 semanas. Hubo solamente un parto pretérmino de 26 semanas que correspondió a un óbito. En el estudio de Martin y cols.⁽¹⁴⁾ encontraron en los recién nacidos un 45% que fueron clasificados como probables casos de sífilis congénita y en 2 de los casos que se confirmó sífilis congénita fueron óbitos.

El peso promedio de los niños al nacimiento fue $2\,844 \pm 647$ g, la talla promedio fue de 47.2 ± 4 cm y el PC promedio de 33.5 ± 2.5 cm. En nuestro estudio 3 niños nacieron con infección congénita que representó el 15% de la población estudiada y con datos clínicos de la infección. Las manifestaciones de la infección congénita fueron óbito con retraso en el crecimiento, hepatomegalia, hiperbilirrubinemia, anomalías esqueléticas, peso bajo para la edad gestacional, anemia y rinitis purulenta. En el caso del óbito el estudio postmortem mostró funisitis muerte fetal intrauterina mayor a 3 días, hipotrófico sin malformaciones congénitas, la placenta se reportó que correspondió al segundo trimestre con corioamnionitis moderada y obliteración de los vasos sanguíneos. En los casos también reportados por Martín y cols.⁽¹⁴⁾ el peso al nacimiento fue de 2 995 g en promedio, significativamente menor que en los controles con un peso de 3236 g con un valor de $p = 0.04$, en los casos de probable sífilis congénita se encontró en dos casos (6%) que tenían evidencia clínica de sífilis congénita presentando hydrops, Coagulación Intravascular Diseminada y neurosífilis, muriendo horas después del nacimiento.

En cuanto a las deficiencias del estudio realizado en el INPer observamos que las historias clínicas en los expedientes no son completas debido a que se omiten algunos antecedentes importantes en cuanto a factores de riesgo para la enfermedad y en algunos casos diagnosticados con sífilis no se encontraron los expedientes ya que éstos fueron destruidos o extraviados en el archivo clínico en la sección de archivos no activos no pudiéndose completar el total de mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis y que han sido detectadas en los últimos 10 años por el Departamento de Infectología e Inmunología Perinatal.

CONCLUSIONES.

En el estudio se puede concluir que:

- 1) Las pacientes con un inadecuado control prenatal tienen mayor riesgo de presentar sífilis en el embarazo.
- 2) Las pacientes que no tienen una pareja sexual estable tienen mayor probabilidad de tener más de una pareja sexual, que conlleva a mayor riesgo para enfermedades de transmisión sexual entre ellas sífilis.
- 3) La infección por sífilis en la mujer embarazada se encontró más frecuente en aquellas menores de 18 años, y encontrándose con respecto a su estado civil que todas eran solteras, no contaban con una pareja estable y la mayoría contaban con una escolaridad básica.
- 4) A pesar del tratamiento administrado en todas las pacientes se encontraron 3 casos de muerte fetal esto es porque la detección no se realizó en forma oportuna.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

PROPUESTAS.

Es indispensable el conocer las características con respecto a las pacientes menores de 18 años ya que ellas presentan mayor susceptibilidad a presentar sífilis anexando al expediente clínico un formato en el que se incluyan factores de riesgo de las pacientes así como de la pareja o parejas sexuales.

Es conveniente hacer hincapié sobre la práctica segura del sexo, promover el uso del condón en relaciones sexuales ocasionales, así como informar a la pareja sobre riesgos y consecuencias.

Toda mujer embarazada debe someterse en su primera visita prenatal, a una prueba tamiz como VDRL o el RPR. Esta prueba debe repetirse cada trimestre, en aquellas pacientes en que se identificaron factores de riesgo; con respecto a ello, se debe implementar en el hospital ya que en este momento se realiza solamente la determinación inicial.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Zacarías F, García de Alva J, Chávez C, Victoria OT. Sífilis. Algunos aspectos sobre su ecología y comportamiento epidemiológico. *Salud Pública Mex* 1976; 18: 519-45.
2. Gutman LT. Sífilis. En: Feigin RD, Cherry JD. *Tratado de Infecciones en Pediatría*. 3ra ed. Philadelphia, Pennsylvania. Interamericana McGraw Hill. 1995: 614-27.
3. González NS, Coria LJJ, Chacón JCS. Sífilis congénita. En González NS, Saltigeral PS, Macías MP. *Infectología neonatal*. México, D.F. Editorial Trillas 1997:273-81.
4. Rodríguez MAW. Sífilis congénita. En Asociación Latinoamericana de Pediatría A.C. *Temas de perinatología. Infecciones Perinatales*. México, D.F. Interamericana McGraw Hill. 1999: 145-53.
5. Green T, Talbot MD, Morton RS. The control syphilis, a contemporary problem: a historical perspective. *Sex Transm Infect* 2001; 77: 214-17.
6. Hook EW, Marra CM. Acquired syphilis in adults. *N Engl J Med* 1992; 326: 1060-69.
7. Gene M, Ledger WJ. Syphilis in pregnancy. *Sex Transm Infect* 2000; 76: 73-79.
8. Wendel GD. Gestational and congenital syphilis. *Clin Perinatol* 1988; 15: 283-303.
9. Bam RH, Cronjé HS, Muir A, Griessel DJ, Hoek BB. Syphilis in pregnant patients and their offspring. *Int J Gynecol Obstet* 1994; 44:113-18.
10. Conde GCJ. Sífilis. En PAC Infecto-1 (Programa de Actualización continua en infectología). Tomo II. Ed. Intersistemas, 1998: 10-14.
11. Ingall D, Sánchez PJ. Syphilis. En: Remington JS, Klein JO. *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*. 15ª. ed. Philadelphia, Pennsylvania. W.B. Saunders Company. 2001: 643-81.

12. Center for Disease Control and Prevention. 1998 Guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR* 1998; 47 (No. RR-1): 28-34.
13. McFarlin BL, Bottoms SF, Dock BS, Isada NB. Epidemic syphilis: Maternal factors associated with congenital infection. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 535-40.
14. Martin DL, Bertrand JR, McKegney CP, Thompson LR, Belongia EA, Mills WA. Congenital syphilis surveillance and newborn evaluation in a low-incidence state. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155: 140-4.
15. Klass PE, Brown ER, Pelton SI. The incidence of prenatal syphilis at the Boston city hospital: A comparison across four decades. *Pediatrics* 1994; 94: 24-8.
16. Reyes MP, Hunt N, Ostrea EM, George D. Maternal/Congenital syphilis in a large tertiary-care urban hospital. *Clin Infect Dis* 1993; 17: 1041-46.
17. Mobley JA, McKeown RE, Jackson KL, Sy F, Parham JS, Brenner ER. Risk factors for congenital syphilis in infants of women with syphilis in South Carolina. *Am J Public Health* 1998; 88:597-602.

ANEXO 1.**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS DE MUJERES EMBARAZADAS CON SIFILIS.****FICHA CLINICA:**

Folio: _____

Nombre: _____
 Registro: _____ Edad: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Lugar de nacimiento: _____ Lugar de Residencia: _____
 IVSA: _____ No. De Parejas Sex: _____ Estado civil: _____ Estable: _____ Inestable: _____
 Escolaridad: Básica _____ Media _____ Superior: _____
 Ocupación: _____ Ocupación remunerada: _____ no remunerada: _____
 Antc. Gineco-obstetricos: Gestas _____ Para _____ Abortos _____ FUM _____
 Cesáreas _____ Obitos _____ Hijos vivos _____ RPM _____
 Antc. de ETS: Gonorrea _____ Herpes genital _____ Chlamydia trachomatis _____
 Sífilis _____ Estadio: _____
 VIH _____ Estadio: _____
 VPH _____ Estadio: _____
 Vaginosis Bacteriana _____ Candidosis Vaginal _____ Tricomoniiasis _____
 Otras ETS: _____
 Tabaquismo Si _____ No _____ SI ¿cuánto y duración? _____
 Alcoholismo: Si _____ No _____ SI ¿cuánto y duración? _____
 Uso de drogas: _____
 Laboratorio: VDRL : _____ FTA-ABS _____

FICHA CLINICA DE LA PAREJA:

Datos de la Pareja Actual: Edad _____ Ocupación _____
 Escolaridad: Básica _____ Media _____ Superior _____
 Empleado _____ Subempleado _____ Desempleado _____
 ETS: Gonorrea _____ Herpes genital _____ Chlamydia trachomatis _____
 Sífilis _____ Estadio _____
 VIH _____ Estadio _____
 VPH _____ Estadio _____
 Otras ETS: _____
 Tabaquismo Si _____ No _____ Si ¿cuánto y duración? _____
 Alcoholismo Si _____ No _____ Si ¿cuánto y duración? _____
 Uso de drogas _____
 Laboratorio: VDRL _____ FTA-ABS _____

FICHA CLINICA DE LA PAREJA PREVIA.

Edad: _____ Ocupación _____
 Escolaridad: Básica _____ Media _____ Superior _____
 Empleado _____ Subempleado _____ Desempleado _____
 ETS: Gonorrea _____ Herpes genital _____ Chlamydia trachomatis _____
 Sífilis _____ Estadio _____
 VIH _____ Estadio _____
 VPH _____ Estadio _____
 Otras ETS: _____
 Tabaquismo Si _____ No _____ Si ¿cuánto y duración? _____
 Alcoholismo Si _____ No _____ Si ¿cuánto y duración? _____
 Uso de drogas _____
 Laboratorio: VDRL: _____ FTA-ABS _____

DATOS CLINICOS DE LA PAREJA PROBABLE DE RIESGO.

Edad: _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: Básica _____ Media _____ Superior _____
 Empleado: _____ Subempleado _____ Desempleado: _____
 ETS: Gonorrea _____ Herpes genital _____ Chlamydia trachomatis _____
 Sífilis: _____ Estadio _____
 VIH: _____ Estadio _____
 VPH: _____ Estadio _____
 Otras ETS: _____
 Tabaquismo Sí _____ No _____ Sí ¿cuánto y duración? _____
 Alcoholismo Sí _____ No _____ Sí ¿cuánto y duración? _____
 Uso de drogas _____

QUIEN DERIVO A LA PACIENTE AL INPer : Iniciativa propia _____
 Médico particular _____ Otra Institución _____

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD.

Estadio Infección : Primaria _____ Secundaria _____ Latente _____
 Tx: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____
 Tiempo de Tratamiento _____

EVOLUCION:

Control Prenatal INPer: Sí _____ No _____ No. de Consultas: _____
 Edad gestacional a su ingreso: _____

TERMINACION DEL EMBARAZO:

Edad gestacional a su interrupción: _____
 Eutócico: _____ Distócico _____ Cesárea: _____
 Indicación de cesárea: Obstétrica: _____ Fetal _____
 Otras Complicaciones _____
 Sexo: Masc _____ Fem _____ Peso _____ Talla: _____ PC _____ PB _____ SA _____
 PA _____ PT _____ Pie _____ Apgar 1' _____ 5' _____ 10' _____
 F. NAC. _____ Capurro _____
 Complicaciones neonatales. _____
 Infección congénita: Sí _____ No _____
 Laboratorio. VDRL: _____ FTA-ABS _____

DATOS CLINICOS AL NACIMIENTO.

Hepatomegalia _____	Peso menor de 2500 kg _____
Esplenomegalia _____	Rinitis (transparente, mucosanguinolenta) _____
Lesiones cutáneas ampollosas _____	Anemia _____
Lesiones descamativas _____	Edema _____
Neumonía. _____	Hidropesía _____
Hiperbilirrubinemia _____	Anomalias en LCR _____
Neumonía _____	Nefritis _____
Retraso en el crecimiento _____	Masa testicular _____
Hiperbilirrubinemia _____	Hipogamaglobulinemia _____
Coriorretinitis _____	Anomalias esqueléticas _____
OTRAS: _____	

ESTUDIO POSTMORTEM: _____