

Sífilis congénita: auditorías en tiempo real

Dres. Caroline Agorio*, Bremen De Mucio†, Inés Iraola‡, María Hortal‡

Investigación financiada por el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)

Resumen

Introducción: en el Centro Hospitalario Pereira Rossell se registró un aumento progresivo de gestantes y recién nacidos (RN) con prueba de detección para sífilis (VDRL) reactivos. Frente a esa situación el Programa Nacional de Salud de la Niñez realizó una investigación para identificar los factores contribuyentes a la ocurrencia de sífilis congénita (SC) mediante auditorías de historias clínicas.

Material y método: es un trabajo descriptivo cuya fuente de datos fueron la historia clínica del binomio madre-hijo complementada por el interrogatorio a madres y médicos tratantes. En cuatro meses de auditoría (octubre 2007 - enero 2008) se identificaron a todos los RN con VDRL reactivos y sus madres. La información se incorporó a una base de datos en EpiInfo 6.4. **Resultados:** se captaron 58 RN correspondientes a 56 madres. Los antecedentes maternos permitieron considerar la reactividad serológica de 12 RN como un recuerdo inmunológico. Diez gestantes infectadas no tuvieron controles prenatales y en otras 12 se comprobó la infección pero no fueron tratadas. Se infectaron o reinfectaron en el último trimestre 24 (52,2%) de las gestantes. Relataron episodios de sífilis anteriores 41,9% y problemas tales como abortos, óbitos, bajo peso. Cinco de los RN presentaron manifestaciones clínicas o paraclínicas de SC. Estos y los RN con SC probable recibieron penicilina durante diez días. Los servicios responsables no lograron captar las parejas sexuales y sólo notificaron 44% de las SC.

Conclusiones: las auditorías ampliaron la información, evidenciando debilidades en los registros, fallas en los controles prenatales, frecuencia de reinfecciones y subnotificación de los casos de SC.

Palabras clave: SÍFILIS CONGÉNITA.
AUDITORÍA CLÍNICA.

Keywords: SYPHILIS, CONGENITAL.
CLINICALAUDIT.

* Prof. Adjunto Cátedra Dermatología. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Asesor, Centro Latinoamericano de Perinatología/SMR. Uruguay.

‡ Programa Nacional de Salud de la Niñez, Dirección General de la Salud (DIGESA), Ministerio de Salud Pública (MSP). Uruguay.

Correspondencia: Caroline Agorio, MD

Francisco Bilbao 3835, CP 11400, Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico: agorio@hc.edu.uy

Recibido: 19/12/09.

Aceptado: 28/12/09.

Introducción

Las autoridades sanitarias nacionales están comprometidas en el control de la mortalidad infantil, procurando que en los casos de muertes evitables se apliquen las medidas disponibles de prevención, diagnóstico y terapéutica⁽¹⁾. En ese marco se inscribe el problema de la sífilis materna y congénita.

Independientemente del número de casos de sífilis congénita (SC), su ocurrencia es inadmisibles en Uruguay, donde, a pesar de que se dispone de una amplia red de servicios, alta cobertura perinatal, diagnóstico de laboratorio y tratamiento efectivo de muy bajo costo, se registran casos de sífilis congénita (SC)⁽²⁾. Es, por lo tanto, necesario hacer visible la problemática de la SC, elaborar e implementar un programa nacional para su prevención, llevando al terreno la voluntad política expresada por las principales autoridades sanitarias nacionales.

En ese sentido, la salud pública nacional se sumó a las acciones recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para que en 2015 se alcance en América Latina y el Caribe la meta de 0,5/1.000 nacidos con SC⁽³⁾.

En los últimos dos años, el Sistema Informático Perinatal (SIP) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) registró un aumento progresivo de gestantes y RN con prueba de detección para sífilis (VDRL) reactivos^(4,5). Frente a esa situación que afecta a la salud infantil, el Programa Nacional de Salud de la Niñez elaboró un proyecto en colaboración con el Centro Panamericano de Perinatología/SMR con el objetivo de identificar los factores que interfieren con el control de la SC y disponer de información para proponer estrategias e intervenciones efectivas. En este trabajo se presentan los datos obtenidos mediante auditorías de historias clínicas correspondientes al binomio madre-hijo aún hospitalizados.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo efectuado en el CHPR. Diariamente, entre octubre de 2007 y enero de 2008, se incluyeron en el estudio todos los RN con VDRL reactivos registrados en el Servicio de Neonatología.

La fuente de datos fueron las historias clínicas del binomio madre-hijo del alojamiento conjunto, complementada por el interrogatorio a las madres y a los médicos tratantes. En todos los casos los datos de la madre y del RN se volcaron en un formulario padronizado basado en un modelo propuesto por la OPS⁽³⁾. A su vez, esa información fue ingresada en una base de datos en Epi-Info 6.4, que también se empleó para el análisis de la información. Se utilizó la prueba χ^2 considerándose significativo un valor de p igual o menor de 0,05.

Definiciones

A continuación se enumeran las definiciones operativas de casos de SC propuestas por el Centro de Enfermedades Comunicables (CDC) de Estados Unidos y empleadas en la región⁽⁶⁾.

- RN o el niño con una o varias manifestaciones sugestivas de SC al examen clínico, y/o evidencia radiográfica y/o resultado reactivo de una prueba treponémica o no treponémica.
- Hijo de madre con VDRL reactivo que no ha sido tratada o ha sido insuficientemente tratada, o que se le ha administrado un antibiótico diferente a la penicilina.
- Todo neonato con VDRL en suero cuyo título es cuatro veces mayor que el de la madre.
- Visualización por diferentes métodos del *Treponema pallidum* en fluidos orgánicos del feto o del RN.

Resultados

Durante los cuatro meses de la auditoría se captaron 58 RN con VDRL reactivo (dos gemelares) correspondientes a 56 madres.

Las historias clínicas de las madres y la información obtenida durante los interrogatorios revelaron diversas situaciones. Doce gestantes infectadas recibieron un oportuno y adecuado tratamiento con penicilina benzatínica, certificado posteriormente por un VDRL no reactivo o con títulos en franco descenso, lo que permitió concluir que la reactividad registrada en la sangre del cordón de los RN se debía a un recuerdo inmunológico. Ante esa evidencia, los RN no fueron tratados con penicilina, refiriéndolos al primer nivel de atención con recomendación de su seguimiento clínico-serológico.

Las restantes gestantes ($n=46$) plantearon problemas diferentes. Diez no tuvieron controles prenatales y fue recién un VDRL reactivo en el momento del parto que puso en evidencia la infección. De las otras 36 gestantes, 12 presentaron un VDRL reactivo mayor a 1/4 unidades con prueba treponémica confirmatoria en algún momento del embarazo, pero no recibieron tratamiento, ya sea por pérdida de la oportunidad de administrarle la medicación correspondiente o porque se negaron a recibirla. Al parto, los títulos de VDRL se mantuvieron o aumentaron, y el RN en todos los casos presentó serología positiva para sífilis (VDRL reactivo y prueba treponémica confirmatoria positiva). Otras 24 madres se infectaron o reinfectaron en el último trimestre de la gestación (52,2%). Dieciocho de ellas en el curso del embarazo tuvieron por lo menos un VDRL no reactivo, pero hacia el final de la gestación o en el parto presentaron VDRL reactivos (confirmados) con títulos que variaron entre 1/2 y 1/128. Cabe destacar que otras seis gestantes, luego de una captación precoz y tratamiento

comprobablemente exitoso se reinfectaron. Se consideran reinfectadas a aquellas madres que inicialmente tuvieron un VDRL reactivo, que tratadas con penicilina benzatínica, según lo pautado, mostraron VDRL con títulos en descenso o no reactivos, pero que al parto tuvieron títulos de VDRL en franco ascenso o estos volvieron a ser reactivos. En ninguno de los 24 casos de infección o reinfección en el último trimestre de la gestación se consiguió la captación y el tratamiento de las parejas sexuales.

El interrogatorio a las madres posibilitó además completar los antecedentes y aumentar la precisión de lo consignado en las historias clínicas auditadas. A 43 madres se las interrogó sobre episodios de sífilis anteriores y 18 (41,9%) respondieron afirmativamente, con una frecuencia que aumentaba con la edad. Entre los problemas obstétricos posiblemente asociados a la sífilis, 22,2% relataron abortos, óbitos o RN de bajo peso. Entre otros antecedentes que representaban un riesgo para la gestación se registraron siete madres drogadictas, cuatro trabajadoras sexuales y dos VIH positivas.

Se destacó el valor del análisis de la historia del binomio madre-hijo y muy especialmente de los resultados de la serología de ambos en forma conjunta. El promedio de los títulos de VDRL de las madres en el momento del parto fue 1/16 (rango 1/2-1/64), y los títulos en la sangre del cordón umbilical de los RN fue igual o menor al título materno, excepto en un caso en que cuadruplicó el título materno, lo que diagnosticó una SC.

En sólo 5 (10,4%) de los 46 RN se comprobó una o más manifestaciones clínicas o paraclínicas de SC: neurolues, osteocondritis, anomalías hepáticas, seroconversión mayor de cuatro veces el título del VDRL materno. Los restantes 43 RN fueron asintomáticos y se les clasificó como SC probables en base a los antecedentes maternos o debido a la falta de certeza en esa información. Todos esos RN recibieron penicilina por vía parenteral durante diez días y luego se les refirió al primer nivel de atención con un llamado de alerta por medio del Programa Aduana.

Cabe destacar que 19 de 46 RN con SC o probable, tuvieron peso insuficiente para la edad gestacional: 10 con menos de 1.500 g, 19 con bajo peso (< 2.500 g) y, además, 14 nacieron con menos de 38 semanas de gestación.

Del total de los casos de SC investigados menos de la mitad (44,6%) fueron notificados al Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública por el servicio correspondiente en cumplimiento del decreto N° 64/004 del año 2004.

Discusión y conclusiones

La auditoría en tiempo real ofreció ventajas tales como una revisión pormenorizada de las historias clínicas, consolidación de información dispersa y oportunidad de efectuar un interrogatorio directo a las madres.

Se detectaron debilidades de los registros y falta de información en variables importantes, entre otras, el tratamiento oportuno de las gestantes con VDRL reactivos y su seguimiento serológico.

Se identificaron puntos críticos en los que es necesario focalizar las acciones para lograr el control de la infección. Los controles prenatales insuficientes, así como la comprobación de que gestantes que reiteradamente se controlaron llegaron al parto infectadas, ponen en evidencia fallas en el proceso de atención de la embarazada.

Las infecciones del último trimestre de gestación se deben fundamentalmente al fracaso en captar y tratar a las parejas sexuales, a lo que se agrega la falta de una consejería oportuna a las gestantes, destacando los riesgos de la transmisión vertical de la sífilis.

Además, el tratamiento de la sífilis en el hombre es esencial para cortar el círculo vicioso que afecta a las gestantes y es un modo eficaz de reducir su endemia en la comunidad⁽⁷⁾. En el país no se dispone de información sobre la prevalencia de la sífilis en la población general, pero datos proporcionados por el Servicio Nacional de Sangre muestran que 25 de cada 1.000 donantes de sangre tienen VDRL reactivos confirmados por pruebas treponémicas (A Miller, comunicación personal). Es de destacar también que los casos de SC diagnosticados en el CHPR no representan lo que ocurre a nivel nacional y revelan apenas el vértice de un gran iceberg pues se ignora la contribución del *Treponema pallidum* como agente causal de abortos y óbitos fetales^(8,9).

Asimismo, las gestantes con historia previa de sífilis o antecedentes de interrupciones de la gestación, probablemente debidas a la acción feticida de la sífilis, deberían ser consideradas como pertenecientes a grupos de riesgo especiales, que ameritan un seguimiento más activo por el equipo de salud⁽¹⁰⁾.

Los datos obtenidos de diversas fuentes coinciden en que es imperativo lograr la detección precoz de la sífilis materna⁽¹¹⁾. Para ello es imprescindible aumentar y mejorar la calidad de los controles prenatales, el tratamiento y seguimiento de las embarazadas con sífilis, y de sus parejas sexuales cuya oportunidad diagnóstica podría mejorarse mediante el empleo de pruebas rápidas de diagnóstico, como ya está siendo implementado por el MSP⁽¹²⁾.

El personal de salud y la población general piensan que la sífilis es un problema de salud del pasado⁽¹³⁻¹⁵⁾. Es esencial sensibilizar a la población sobre los riesgos que genera esta enfermedad que no sólo compromete a la descendencia, sino que librada a su progresión afecta la salud, la calidad de vida de los individuos y hasta su supervivencia. El equipo de salud no puede permanecer indiferente frente a un problema grave pero de fácil solución si se le enfrenta con la estrategia y la firmeza adecuada.

Agradecimientos

Al personal de los servicios de Neonatología, Obstetricia y Laboratorio del CHPR por la colaboración brindada durante las auditorías.

Summary

Introduction: a progressive increase in VDRL positive pregnant women and newborns was registered at the Pereira Rossell Hospital Center. For this reason the Programa Nacional de Salud de la Niñez (Children's Health National Programme) conducted research to identify the factors that contribute to congenital syphilis by auditing medical histories.

Method: we conducted a descriptive study based on the information arising from the mother-child binomial medical record and on interviews to mothers and treating doctors. For four months (October 2007-January 2008) we identified all VDRL positive newborns and their mothers. Data were analyzed with EpiInfo 6.4. software.

Results: we found 58 newborns that corresponded to 56 mothers. Maternal precedents led us to consider serologic activity in 12 newborns as an immune memory. Ten pregnant women had no prenatal controls and infection was proved in other 12 women, although they were not treated. 24 (52.2%) were infected or re-infected in the last trimester. 41.9% informed about previous episodes of syphilis and problems such as abortions, fetal death or low weight. Five newborns presented clinical or para-clinical manifestations of congenital syphilis. The latter and the newborns with probable congenital syphilis were treated with penicillin for ten days. Responsible services failed to reach sexual partners and only reported 44% of congenital syphilis.

Conclusions: audits provided more information, evidencing weaknesses in records, failures in prenatal controls, re-infection frequency and the fact that CS is under-reported.

Résumé

Introduction: dans le Centre Hospitalier Pereira Rossell, on a repéré une augmentation progressive de femmes enceintes et de nouveau-nés (NN) dont le test de détection pour syphilis (VDRL) fut réactif. Face à cette réalité, le Programme National de Santé de l'Enfance fit une recherche afin d'identifier les facteurs qui contribuent à l'apparition de syphilis congénitale (SC) au moyen d'audits des histoires cliniques.

Matériel et méthode: il s'agit d'un travail descriptif dont la source des données fut l'histoire clinique du binôme mère-enfant complétée par l'interrogation aux mères et aux

médecins responsables. Au long des quatre mois d'audit (octobre 2007-janvier 2008), on a repéré tous les NN ayant VDRL réactifs et leurs mères. L'information s'est incorporée à une base de données en EPI Info 6.4.

Résultats: repérage de 58 NN correspondants à 56 mères. Les antécédents maternels ont permis de considérer la réactivité sérologique de 12 NN tel un souvenir immunologique. Dix enceintes infectées n'avaient pas eu de contrôles prénataux et 12 étaient infectées et pas traitées. 24 (52.2%) des femmes enceintes se sont infectées ou réinfectées au cours du dernier trimestre. 41.9% ont parlé d'épisodes de syphilis précédents et de problèmes tels qu'avortements, décès, bas poids. Cinq des NN ont présenté des manifestations cliniques ou para cliniques de SC. Ces derniers ainsi que les NN avec probabilité de SC ont reçu de la pénicilline pendant dix jours. Les services responsables n'ont pas réussi à repérer les couples sexuels et n'ont reporté que 44% des SC.

Conclusions: les audits ont élargi l'information, les faiblesses des registres s'avérant évidentes, ainsi que des failles aux contrôles prénataux, de fréquentes réinfections et le manque de rapports des cas de SC.

Resumo

Introdução: no Centro Hospitalar Pereira Rossell foi registrado um aumento progressivo de gestantes e recém-nascidos (RN) com exames para diagnóstico de sífilis (VDRL) positivos. Por essa razão o Programa Nacional de Saúde da Criança realizou uma auditoria de prontuários de pacientes para identificar os fatores que favoreciam o aparecimento de casos de sífilis congênita (SC).

Material e método: este é um estudo descritivo realizado com dados obtidos dos prontuários de paciente do binômio mãe-filho complementada com perguntas realizadas a mães e médicos. Foram identificados todos os RN com VDRL positivos e suas mães durante os quatro meses de auditoria (outubro 2007 - janeiro 2008). Os dados foram registrados em uma base de dados no programa EpiInfo 6.4.

Resultados: foram identificados 58 RN correspondentes a 56 mães. Os antecedentes maternos possibilitaram considerar a reação sorológica de 12 RN como memória imunológica. Dez gestantes portadoras de sífilis não haviam realizado controles pré-natais e em outras 12 a infecção foi diagnosticada, porém não foram tratadas. Vinte e quatro gestantes (52,2%) foram infectadas ou reinfetadas no último trimestre de gestação. 41,9% informaram episódios anteriores de sífilis e problemas como abortos, mortes e baixo peso. Cinco RN apresentaram manifestações clínicas ou laboratoriais de SC. Estes RN e os que eram portadores prováveis de SC foram tratados com penicilina durante 10 dias. Os serviços de saúde não pude-

ram captar os parceiros sexuais e somente 44% deles foram notificados.

Conclusões: as auditorias permitiram ter acesso a mais informação mostrando debilidades nos registros, falhas nos controles pré-natais, frequência de reinfecções e subnotificação de casos de SC.

Bibliografía

1. **World Health Organization.** The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. Switzerland: WHO, 2007.
2. **Valderrama J, Zacarías F, Mazin R.** Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Pública.* 2004; 16(3): 211-17.
3. **Organización Mundial de la Salud.** Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington: OMS, 2005.
4. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Centro Hospitalario Pereira Rossell. Hospital de la Mujer. Informe de Gestión Maternidad. Montevideo: MSP; 2006.
5. **Fescina RH, Butrón B, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rosello JL, Camacho V, et al.** Historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. Publicación CLAP/SMR N° 1563. Montevideo; OPS, CLAP/SMR, 2007.
6. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Congenital Syphilis-United States 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001; 50(27): 573-7.
7. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Programa ITS/SIDA. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para el diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico. Montevideo: MSP, 2005.
8. **Hortal M, Iraola I, Agorio C, De Mucio B, Fescina R.** Sífilis congénita: un problema tan antiguo como actual. *Rev Med Urug* 2008; 24(2): 146-9.
9. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población.** Código nacional sobre enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria. Montevideo: MSP, 2004.
10. **Mobley JA, McKeown RE, Jackson KL, Sy F, Parham JS, Brenner ER.** Risk factors for congenital infection in infants from women with syphilis in South Caroline. *Am J Public Health* 1998; 88(4): 597-602.
11. **Cuevas L, De Oliveira R** Sífilis congénita: un desafío nacional. *Arch Gin Obstet* 2005; 43(3): 143-7.
12. **Peeling RW, YE H.** Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6): 439-4.
13. **Salle B.** WHO/CDC Technical Consultation on the Global Elimination of Congenital Syphilis. Geneva: WHO, 2007.
14. **Stroube RB.** Infectious syphilis: from past to present. *Medscape Infectious Diseases*, 2008. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/573073>. Fecha de acceso:
15. **Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Martínez G, Abreu M, Camacho V, et al.** Salud sexual y reproductiva; guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Publicación científica CLAP/SMR N° 1562. Montevideo: OPS, CLAP/SMR, 2008.