

**CARACTERIZACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LA SIFILIS  
CONGENITA Y GESTACIONAL EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE  
INDIAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 01 DE ENERO  
DE 2013 A 31 DE DICIEMBRE DE 2013**

**ANA ELEODORA DEL PORTILLO MARTINEZ**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA  
ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA**

**CARTAGENA DE INDIAS D. T . H. Y C.**

**2014**

**CARACTERIZACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LA SIFILIS  
CONGENITA Y GESTACIONAL EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE  
INDIAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 01 DE ENERO  
DE 2013 A 31 DE DICIEMBRE DE 2013**

**ANA ELEODORA DEL PORTILLO MARTINEZ  
MD.PEDIATRIA**

**TUTORES**

**CARLOS ORTA LOPEZ**

**Neonatologo Pediatra, Docente Facultad de Medicina de la Universidad de  
Cartagena. Colombia**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA  
ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA**

**CARTAGENA DE INDIAS D. T . H. Y C.**

**2014**

**CARACTERIZACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LA SIFILIS  
CONGENITA Y GESTACIONAL EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE  
INDIAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 01 DE ENERO  
DE 2013 A 31 DE DICIEMBRE DE 2013**

**Clinical and epidemiologic characteristics congenital syphilis and district  
gestational Cartagena in the period from 01 January 2013 to 31 December  
2013**

**Del Portillo Martínez Ana Eleodora<sup>1</sup>, Carmona Zenem<sup>2</sup>, Orta López Carlos<sup>3</sup>,**

Correspondencia: [anadelportillo2011@hotmail.com](mailto:anadelportillo2011@hotmail.com)

## **RESUMEN**

**Introducción:** La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por *Treponema pallidum* perteneciente al grupo de bacterias *treponemataceae*, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal. La sífilis gestacional y congénita es considerada un problema de salud pública y se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo.

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo fue describir las características clínicas y epidemiológicas de la sífilis congénita y gestacional en recién nacidos y gestantes del distrito de Cartagena de 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2013.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo de corte transversal para evaluar las características clínicas y epidemiológicas de la sífilis congénita y gestacional se incluyeron todos los recién nacidos de la ciudad de Cartagena a los cuales se analizaron las fichas epidemiológicas e historias clínicas del Departamento administrativo distrital de salud en un periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2013.

**Resultado:** Un total de 152 casos de sífilis gestacional se presentaron durante el periodo de estudio en la ciudad de Cartagena de los cuales 58.6% fueron clasificados como sífilis primaria, 6.6% fueron sífilis secundaria, 34.2% resultaron en sífilis latente; 33 casos (21.7%) resultaron en neonatos con sífilis congénita, de los cuales uno falleció a causa de la enfermedad.

**Conclusiones:** Se encontró en el periodo evaluado 152 casos de sífilis gestacional, de los cuales el 21,7% transcurrió a sífilis congénita.

**Palabras claves:** Sífilis, VDRL, prevalencia, congénita.

## **SUMMARY**

**Introduction:** Syphilis is an infectious disease caused by *Treponema pallidum* Treponemataceae belonging to the group of bacteria, perinatal sexual transmission, blood and. Gestational and congenital syphilis is considered a public health problem and it is estimated that two-thirds of pregnancies result in spontaneous abortion or congenital syphilis.

**Objective:** The objective of this study was to describe the clinical and epidemiological features of congenital syphilis in newborns and gestational pregnant Cartagena district of January 1, 2013 to December 31, 2013.

**Materials and Methods:** Prospective study of transverse cut to evaluate the clinical and epidemiological features of congenital syphilis and gestational included all newborns Cartagena to which the demographic and medical histories of the county administrative department of health were analyzed in a period beginning between January 1, 2013 to December 31, 2013.

**Result:** A total of 152 cases of gestational syphilis occurred during the study period in the city of Cartagena of which 58.6% were classified as primary

syphilis, secondary syphilis were 6.6%, 34.2% resulted in latent syphilis; 33 cases (21.7%) resulted in infants with congenital syphilis, one of whom died from the disease.

**Conclusions:** It was found in the period under review 152 cases of gestational syphilis, of which 21.7% went to congenital syphilis.

**Keywords:** Syphilis, VDRL, prevalence, congenital.

1. **Médico. Residente de Pediatría .Facultad de Medicina .Universidad de Cartagena nivel III**
2. **Magister en ciencias básicas biomédicas, Docente facultad de medicina. Universidad de Cartagena. Asesor el área de investigación**
3. **Neonatólogo Pediatra, Docente Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.**
4. **Médico. Asesor el área de investigación**

## **INTRODUCCIÓN**

Entre las primeras causas de enfermedad en el mundo se encuentra las infecciones de transmisión sexual las cuales conllevan consecuencias económicas, sociales y sanitarias; La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por *Treponema pallidum* perteneciente al grupo de bacterias *treponemataceae*, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal. La sífilis gestacional y congénita es considerada un problema de salud pública y se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo (1–3).

La sífilis se desarrolla en etapas agudas asintomática o sintomática hasta infecciones crónicas causante de graves secuelas y discapacidades sino es detectada y tratada adecuadamente (4). Se caracteriza inicialmente con una lesión primaria (chancro) la cual aparece tres semanas después de la

exposición como una úlcera indolora e indurada, esta lesión puede ser oculta en recto, canal vaginal, cuello uterino u orofaringe, esta lesión involuciona acerca de la cuarta a sexta semana sin tratamiento. Se presenta una segunda manifestación generando como una clásica erupción maculopapulosa simétrica con linfadenopatía acompañante con resolución espontánea en término de una semana a doce meses y si no es tratado puede durar latente durante semanas o años. En cualquier momento puede producirse la enfermedad del sistema nervioso central ya sea en forma meningoencefalitis sífilítica aguda, meningovascular y por último en la forma de paresia o tabes dorsal (2).

La sífilis es una enfermedad de rara ocurrencia en países industrializados (2), Según la organización panamericana de salud en el 2003 la prevalencia estimada de sífilis en gestantes en América Latina y el Caribe era de 3,1 por cien gestantes evaluadas, el Salvador con una prevalencia de 6,2 está en el primer lugar de América Latina seguidamente de Paraguay, Bolivia y Honduras; Colombia se ubica en el quinto lugar con una prevalencia de 2,2 (5). En Colombia los casos de sífilis congénita tiene una tasa de 1,3 – 3 por mil recién nacidos vivos, Estos datos presentan limitaciones, ya que la sub-notificación de casos de sífilis materna y sífilis congénita es elevada. En el caso de la incidencia de sífilis congénita los abortos y los nacidos muertos no se incluyen en casi ningún país. Por lo tanto, no se conoce la verdadera magnitud del problema (2,5)

La sífilis congénita es el resultado de la transmisión de la infección por vía perinatal, la cual su definición se estableció como “todo producto del parto (nacido vivo o muerto) de una mujer con resultado positivo en la prueba serológica de sífilis en el parto que no recibió tratamiento adecuado durante el embarazo”(6). La infección se presenta con mayor frecuencia después del cuarto mes de embarazo porque las células de Langhans se atrofian produciéndose la treponema con afectación sistémica (4,7). La infección se

trasmite al feto en cualquier fase de la enfermedad siendo 60-100% en la sífilis secundaria (2).

La infección sifilítica del feto produce: aborto tardío espontáneo (20 - 40%), mortinato (20 - 25%), parto pretérmino (15 - 55%) con infección congénita, recién nacido vivo a término con infección congénita (40 - 70%) (3). Esta infección sifilítica puede ser dividida en etapas, la sífilis congénita precoz la cual se manifiesta hasta los dos primeros años de vida y puede manifestarse con aborto, hidrops fetal, mortinatos, hepato-esplenomegalias, linfadenopatías, edema, erupciones cutáneas, Osteocondritis, secreción nasal acuosa, pseudoparálisis, anemia hemolítica, trombocitopenia; y la sífilis congénita tardía la cual se manifiesta después de los dos años de edad, que al no recibir el adecuado tratamiento puede tener periodo de latencia y generar neurosífilis y rara vez sífilis cardiovascular, también pueden presentar queratitis intersticial, sordera, Triada de Hutchinson ,genovaro anterior, frente prominente, molares en forma de mora, nariz en silla de montar, articulaciones de Clutton (4).

El diagnóstico de la sífilis congénita según la definición de CDC Atlanta para diagnóstico de sífilis congénita ;definen caso confirmado como el recién nacido o lactante en que se identifica *treponema pallidum* en la placenta, cordón umbilical u autopsia, caso presuntivo hijo de madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada al momento del parto, y recién nacido con serología positiva asociada con signos de sífilis congénita y aborto sífilico muerte fetal con más de veinte semanas de gestación o peso mayor de 2500 gramos si la madre tiene sífilis no tratada o inadecuadamente tratada (2,8,9,).

Las pruebas serológicas de sífilis se encuentra pruebas treponémicas y no treponémicas las cuales se diferencian en los antígenos utilizados y el tipo de anticuerpo que se determina. En las pruebas no treponemicas se determina reaginicos que se detentan con el antígeno cardiolopina – lectina altamente purificado, se puede citar el VDRL (Venereal Disease Research laboratory) la

cual es una prueba no treponemica de flocculación no especifica para la sífilis. Las pruebas treponemicas el antígeno es *Treponema pallidum*, por lo cual tiene alta especificidad son utilizadas para confirmar los datos obtenidos en las pruebas no treponemicas (2,5).

El tratamiento de la sífilis gestacional depende de la edad gestacional. Si es mayor de 34 semanas, debe utilizarse penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante 10 a 14 días. Si existe amenaza de parto pretérmino se remitirá por alto riesgo. Si la edad gestacional es menor de 34 semanas, el esquema se seleccionará según el estadio. La Sífilis de evolución indeterminada, o latente tardía, o terciaria excepto neurosífilis se realiza tratamiento con penicilina benzatínica intramuscular a 2'4 millones de UI cada semana por tres dosis. Si es una Sífilis primaria, o secundaria, o latente temprana con penicilina benzatínica intramuscular a 2'4 millones de UI una dosis. (1,8)

El Tratamiento de la sífilis congénita se constituye con dos esquemas antibióticos que utiliza solamente la penicilina, porque no hay tratamiento alternativo que garantice su resolución. Se debe utilizar Penicilina Cristalina G acuosa 100,000 a 150,000 unidades/kg/día intravenosa, administrados en dosis fraccionadas de 50,000 unidades/kg cada 12 horas durante los 7 primeros días de edad, y cada 8 horas después, por un total de 10-14 días. Si hay compromiso de Sistema Nervioso Central durante 14 días o Penicilina G procaínica 50,000 unidades/kg/dosis intramuscular, una vez al día durante 10-14 días. Si el tratamiento se interrumpe, debe reiniciarse. Este último esquema de tratamiento con penicilina procaínica no requiere atención intrahospitalaria. Si el recién nacido tiene VDRL positivo en líquido cefalorraquídeo, el tratamiento se hará con penicilina cristalina durante 14 días. (1,8,10)

El propósito de este trabajo fue describir las características clínicas y epidemiológicas de la sífilis congénita y gestacional en recién nacidos y

gestantes del distrito de Cartagena de 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2013.

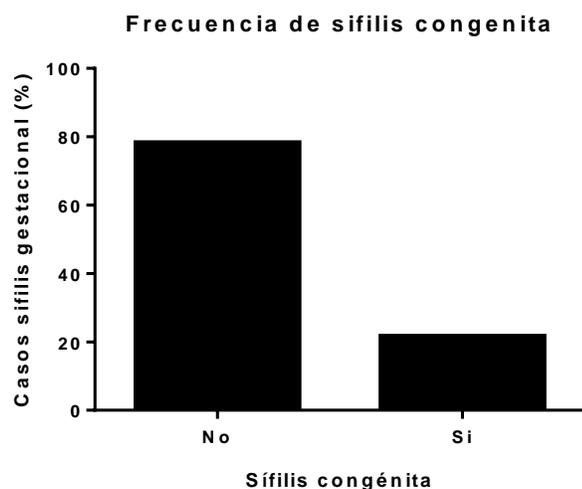
## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo de corte transversal para evaluar las características clínicas y epidemiológicas de la sífilis congénita y gestacional se incluyeron todos los recién nacidos de la ciudad de Cartagena a los cuales se analizaron las fichas epidemiológicas e historias clínicas del DADIS (Departamento administrativo distrital de salud en un periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2013, se tomaron los datos de ambos registros y se analizó la prevalencia de la enfermedad y características clínicas y epidemiológicas con respecto a los resultados de la prueba de VDRL , con resultados reactivos.

El tamaño de muestra correspondió a todo recién nacido de la ciudad de Cartagena entre el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2013 que cumplió con el diagnóstico de sífilis congénita y ficha epidemiológica completa, se excluyeron las fichas epidemiológicas mal diligenciadas o incompletas

## **RESULTADOS**

Un total de 152 casos de sífilis gestacional se presentaron durante el periodo de estudio, mientras que de sífilis congénita solo se presentaron 36 casos durante el año 2013. De los 152 embarazos con sífilis, 33 (21.7%) resultaron en neonatos con sífilis congénita, de los cuales uno falleció a causa de la enfermedad (Figura 1).



**Figura 1.** Frecuencia de casos de sífilis congénita nacidos de gestantes con sífilis gestacional en Cartagena de Indias en el año 2013.

La edad promedio de las pacientes con sífilis gestacional fue de 24.4 años. La tabla 1 presenta la distribución de casos de sífilis gestacional por año de edad en el que fueron diagnosticadas. Como se puede observar, se nota un aumento de casos en el rango de edad de 21 a 30, y una disminución de los mismos después de los 30. El 58.6% (89 casos) de los pacientes con sífilis gestacional provenían de la localidad La Virgen y el resto del sector industrial y del sector histórico (Tabla 1). En cuanto al tipo de régimen de seguridad social de los pacientes, la gran mayoría pertenecía al régimen subsidiado, el cual está relacionado con un estrato socioeconómico más bajo respecto a los otros regímenes (contributivo, vinculado y otros).

La edad promedio de los casos de sífilis congénita fue de 9.53 días (DS=8.27), el peso promedio fue de 3027.36 gramos (DS= 735.5), la talla promedio fue de 48.75 cm (DS= 3.3). El 55.6% de los casos pertenecía al género masculino. El 38.9% de los casos provenían de la localidad de La Virgen y el 36.1% provenía del sector industrial. La mayoría de los casos (72.2%) estaban cobijados bajo el régimen subsidiado de seguridad social (Tabla 2).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de casos de sífilis gestacional.**

	<b>n = 152</b>	<b>%</b>
<b>Grupos de edad (años)</b>		
15 - 20	42	27.6
21 - 30	85	56%
31 - 40	25	16.4%
>40	0	0
<b>Localidad</b>		
Historica	32	21,1
Industrial	31	20,4
La virgen	89	58,6
<b>Régimen Seguridad social</b>		
Subsidiado	110	72.4
Otro	42	27.6

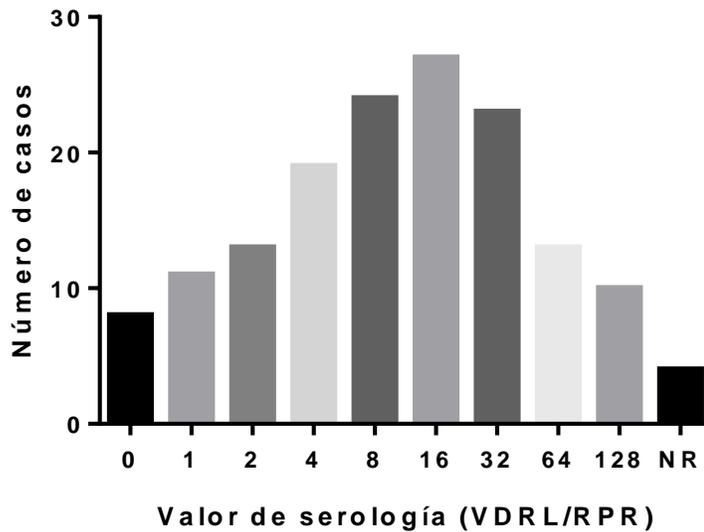
---

**Tabla 2. Características socio-demográficas de los casos de sífilis congénita.**

<b>Variables</b>		
<b>Edad (días)</b>	Media	9.53
	Desviación típica	8.27
<b>Talla (cm)</b>	Media	48.75
	Desviación típica	3.39
<b>Peso (gramos)</b>	Media	3027.36
	Desviación típica	735.56
<hr/>		
	<b>Niveles</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	55.6%
	Femenino	44.6%
<b>Localidad</b>	La virgen	38.9%
	Industrial	36.1%
	Histórico	25%
<b>Régimen Seguridad social</b>		
	Subsidiado	72.2%
	Otro	27.8%

### Caracterización clínica de la sífilis congénita y gestacional.

La prueba treponemica confirmatoria se realizó a 100 de los 152 casos registrados, de los cuales 92 resultaron positivos para la prueba, mientras que los resultados de VDRL fueron positivos en 148 (97.4%) de los pacientes con sífilis gestacional (Figura 2). La mayoría de los pacientes tenían títulos de serología moderadamente altos (> 8 diluciones).



**Figura 2.** Distribución de casos según el resultado de serología (VDRL/RPR).

Valores de serología están dados en DILS, NR: no reactivo.

Respecto a los factores de riesgo evaluados, la mayoría (80.9%) de los casos no presentó historia previa de sífilis, el 94.1% de los casos no reporta haber tenido otra infección de transmisión sexual, solo 3 casos reportaron alergia a la penicilina (Tabla 3) y de acuerdo a la historia obstétrica las pacientes, la mayoría (78.9%) había tenido de 1 a 3 embarazos, y el 40.8% de los casos reportó haber tenido uno o más abortos.

Otras características clínicas evaluadas fueron las relacionadas con el diagnóstico materno. La mayoría de los casos fueron diagnosticados durante el

embarazo (79.6%), y el 13.2% (20 casos) lo fue luego de un aborto. Solo 5 casos fueron diagnosticados durante el parto. El 77.6% de los casos (118 casos) se realizó al menos un control prenatal (Tabla 3), la mayoría de los pacientes (72.9%) se realizó entre 1 y 5 controles prenatales (Figura 3).

Cuando todos estos factores se analizaron en una tabla de contingencia para evaluar su efecto sobre la manifestación de sífilis congénita en los respectivos neonatos, ninguno mostro una relación estadísticamente significativa (Tabla 3). De igual forma la semana de gestación a la cual se realizó el diagnóstico de sífilis gestacional no mostró un efecto estadísticamente significativo en la adquisición de sífilis congénita en los neonatos (Figura 4).

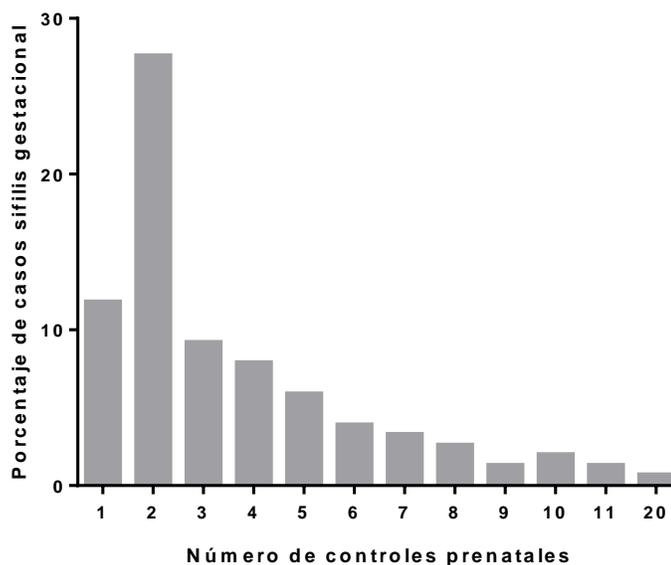
**Tabla 3. Factores de riesgo asociados a sífilis gestacional**

<b>Característica</b>	<b>n = 152</b>	<b>%</b>
<b>Historia previa de sífilis</b>		
No	123	80.9
Si	29	19.1
<b>Otras ITS</b>		
Hepatitis B	4	2.6
VIH	2	1.3
Otra	3	2.0
Ninguna	143	94.1
<b>Alergia a penicilina</b>		
No	149	98.0
Si	3	2.0
<b>Control prenatal</b>		

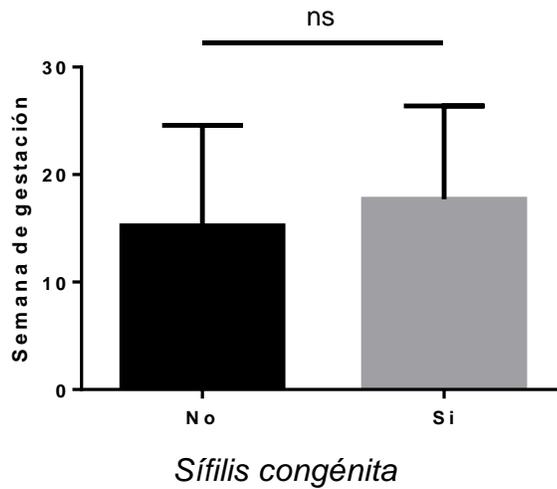
No	34	22.4
Si	118	77.6
<b>Condición al momento del diagnóstico*</b>		
Embarazo	121	79.6
Parto	5	3.3
Post aborto	20	13.2
Puerperio	6	3.9

\* Asociación estadísticamente significativa con la adquisición de sífilis congénita,  $p < 0.05$

De los 152 casos de sífilis gestacional reportados, 89 (58.6%) fueron clasificados como sífilis primaria, 10 (6.6%) fueron sífilis secundaria, 52 (34.2%) resultaron en sífilis latente (14.5% temprana y 19.7% tardía) (Figura 5).

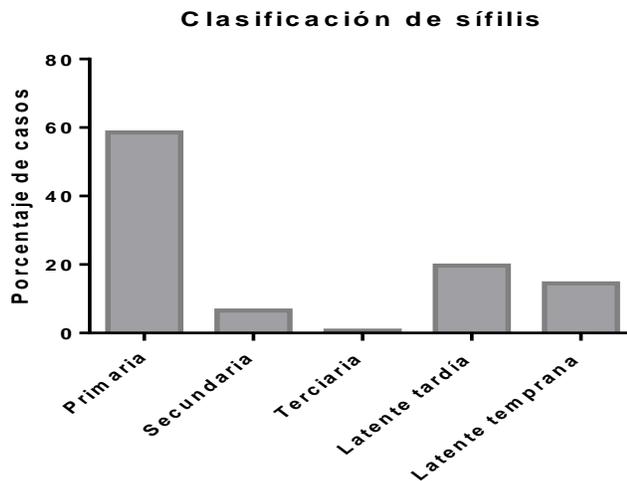


**Figura 3. Distribución de casos de sífilis gestacional según el número de controles prenatales**



**Figura 4.** Relación entre el número de semana gestacional en la que se realizó el diagnóstico y aparición de sífilis congénita.

De todos los factores maternos evaluados, el único que mostró una relación estadísticamente significativa con las manifestaciones clínicas en el neonato fue la condición de la madre al momento del diagnóstico (valor  $p = 0.005$ ) (Tabla 3).



**Figura 5.** Distribución de casos de sífilis gestacional de acuerdo a la clasificación final de sífilis.

La mayoría de las gestantes con sífilis recibió tratamiento (91.4%), el cual fue ambulatorio en 99 pacientes (65.1%) y estuvo basado en la administración de penicilina benzatínica en el 86.2% de los casos (Tabla 4).

**Tabla 4. Distribución de casos de sífilis gestacional de acuerdo al esquema de tratamiento administrado.**

	<b>n = 152</b>	<b>%</b>
<b>Tratamiento</b>		
No	13	8.6
Si	139	91.4
<b>Modalidad de tratamiento</b>		
Ambulatorio	99	65.1
Hospitalario	40	26.3
<b>Medicamento administrado</b>		
Penicilina benzatínica	131	86.2
Penicilina cristalina	8	5.3
<b>Motivo de no tratamiento</b>		
No se ordenó el tratamiento	4	2.6
Otro	3	2.0
Remisión a II o III nivel	4	2.6
Se perdió la paciente	2	1.3

### **Características clínicas de sífilis congénita.**

De acuerdo a las manifestaciones bio-clínicas, el 77.8% de los casos (28 de 36) fueron asintomáticos. Se presentaron dos abortos, un mortinato y solo dos nacieron con prematuridad. Las demás manifestaciones se resumen en la tabla 5.

Las pruebas de serología fueron aplicadas en el 91.7% de los casos, los valores de serología más frecuentes se muestran en la figura 6. La serología del LCR realizada en el 61.1% de los casos solo fue reactiva en dos casos (Tabla 6).

En cuanto al tratamiento de los casos de sífilis congénita, solo 29 de los 36 casos recibió tratamiento, el cual fue principalmente penicilina cristalina. Las razones por las cuales no se aplicó el tratamiento fueron la remisión a II o III nivel (2 casos), el no cumplimiento de la guía 412 de 2000 (2 casos) o por fallecimiento (1 caso) (Tabla 7).

**Tabla 5. Frecuencia de manifestaciones bio-clínicas de sífilis congénita.**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Aborto</b>		
Si	2	5.6
No	34	94.4
<b>Mortinato</b>		
Si	1	2.8
No	35	97.2
<b>Prematuridad</b>		
Si	2	5.6
No	34	94.4

**Alteraciones del LCR**

Si	1	2.8
No	35	97.2

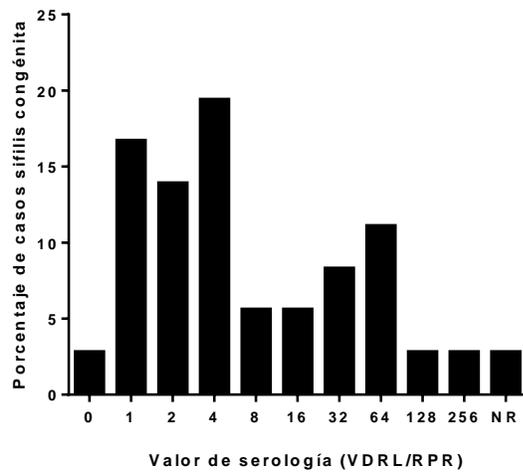
**Lesión cutánea**

Si	1	2.8
No	35	97.2

**Asintomático**

Si	28	77.8
No	8	22.2

---



**Figura 6.** Distribución de casos de sífilis congénita según el resultado de serología (VDRL/RPR). Valores de serología están dados en DILS, NR: no reactivo.

**Tabla 6. Resultados de la serología del Líquido cefalorraquídeo (LCR)**

	n = 152	%
Reactivo	2	5.6
No reactivo	20	55.6
No se tomó	10	27.8
Sin dato	4	11.1
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

**Tabla 7. Distribución de casos de sífilis congénita de acuerdo al esquema de tratamiento administrado.**

	n = 36	%
<b>Tratamiento</b>		
Si	29	80.6
No	7	19.4
<b>Modalidad de tratamiento</b>		
Si	1	2.8
No	28	77.8
<b>Medicamento administrado</b>		

Penicilina cristalina	26	72.2
Penicilina procaínica	1	2.8
Otro	2	5.6
<b>Motivo de no tratamiento</b>		
Remisión a II o III nivel	2	5.6
No cumplimiento de la guía 412 de 2000	2	5.6
Falleció	1	2.8
Otro	2	5.6

## DISCUSIÓN

La sífilis gestacional es un problema de salud pública a pesar de las diferentes políticas nacionales; de la cual sino se obtiene tratamiento adecuado puede generar sífilis congénita en su hijo, lo que conlleva una gravedad clínica que va desde el aborto espontáneo, el mortinato, el *hidrops* fetal no inmune, el bajo peso al nacer, el parto pretérmino y la muerte perinatal hasta secuela serias en los nacidos vivos por infección neonatal e infección latente (11), Recientemente el gobierno nacional ha puesto en marcha un plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis congénita y el VIH. Sin embargo, la aparición de casos de sífilis congénita y gestacional deja ver claras deficiencias de orden estructural y técnico en los servicios de salud ya que aunque la cobertura del sistema de salud sea aceptable y el esquema de tratamiento con penicilina benzatínica promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sea satisfactorio, el impacto de estas estrategias ha sido muy deficiente.

En Colombia, la sífilis congénita y gestacional es de notificación obligatoria, y las cifras reportadas por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (sivigila) son unas de las más altas en Latinoamérica y el Caribe. En el 2011 Colombia reportó 2,9 casos de sífilis congénita/1000 (12). En el año 2013 se reportaron en Colombia 1745 casos de sífilis congénita y 5155 casos de sífilis gestacional, de los cuales 152 provenían de la ciudad de Cartagena. Aunque en los últimos años el sistema de vigilancia y registro de esta enfermedad ha mejorado, las cifras descritas ponen de manifiesto un importante problema en el diagnóstico y subregistro de los casos (13), lo se debe en parte a que los casos de abortos y mortinatos asociados a esta enfermedad no se incluyen, por lo cual no se conoce la verdadera magnitud del problema.

En este estudio, de las 152 mujeres gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional, 33 dieron a luz bebés con sífilis congénita, de los cuales uno falleció a causa de la enfermedad, lo que resulta alarmante, sobre todo si consideramos que un factor importante en la prevención de la transmisión vertical (madre a hijo) es la detección y tratamiento de la infección en la gestante. De hecho, se estima que hasta 90% de los recién nacidos de madres con sífilis no tratada adquirirán la sífilis congénita y muchos no desarrollan síntomas hasta dos semanas a tres meses después de nacidos (13). Además, las manifestaciones clínicas de la sífilis congénita comprenden un espectro que va desde el aborto espontáneo, el mortinato, el bajo peso al nacer, el parto pretérmino, alteraciones hematológicas, hepáticas, renales y oculares, hasta la muerte perinatal.

La mayoría de estas manifestaciones dependen de la edad gestacional a la cual se realice el diagnóstico y la etapa de la enfermedad en la madre. Sin embargo, en este estudio no se encontró una relación directa entre la edad gestacional en la que se realizó el diagnóstico y las manifestaciones bio-clínicas en el neonato.

Si todas las gestantes fueran tamizadas para sífilis, y las positivas fuesen tratadas con al menos una dosis de penicilina, más del 97% de los neonatos evitarían la infección (16). Es por esto que los casos de sífilis congénita en nuestro país son inaceptablemente elevados, y reflejan serios problemas en la atención prenatal de la gestante

Aunque varios estudios reportan la asociación entre la infección por sífilis y el abuso de sustancias psicoactivas y otras infecciones de transmisión sexual como VIH (14), en nuestro estudio se encontraron frecuencias muy bajas de infección por VIH y otras ITS.

El hecho de encontrar una asociación entre la condición de la madre al momento del diagnóstico y la adquisición de sífilis congénita, demuestra que existen serias dificultades en el diagnóstico oportuno y por tanto en el manejo adecuado de las madres con el consecuente incremento en los casos de sífilis congénita (13).

Por último, sabiendo que la sífilis congénita es una enfermedad prevenible que podría eliminarse mediante un tamizaje prenatal eficaz y el tratamiento de las embarazadas infectadas, vale la pena gestionar la implementación de protocolos de tratamiento, diagnóstico y seguimiento en la mayoría de instituciones prestadoras de servicios de salud; ya que en muchos municipios con alta prevalencia de ITS no se cuenta con pruebas rápidas para sífilis, que permitan detección inmediata en el control prenatal, el inicio de un tratamiento adecuado y la vigilancia epidemiológica. Es posible reducir considerablemente la sífilis congénita mediante intervenciones relativamente simples y altamente costo-efectivas centradas en la atención materna y neonatal (15). Ya sea instaurando una consulta preconcepcional con insistencia en la prevención de infecciones de transmisión sexual, su tamizaje y tratamiento, la búsqueda de contactos y su seguimiento; se debe aumentar la demanda y la calidad del control prenatal (11).

## **CONCLUSIÓN**

Se encontró en el periodo evaluado 152 casos de sífilis gestacional en la ciudad de Cartagena, de los cuales el 21,7% evolucionó a sífilis congénita, lo cual configura a esta entidad clínica como un problema de interés en salud pública de alto impacto clínico y social y las subsecuente necesidad de la prevención de la trasmisión vertical mediante la aplicación de un correcto régimen terapéutico, acompañado de un control prenatal de calidad y búsqueda exhaustiva de factores de riesgo en la consulta preconcepcional.

La mayoría de los recién nacidos con sífilis congénita fueron asintomáticos y en muy pocos casos se presentaron síntomas como prematuridad, alteraciones del LCR y lesiones cutáneas.

Los factores maternos más frecuentes en mujeres con sífilis gestacional diagnosticadas en la ciudad de Cartagena en el año 2013 fueron historia previa de sífilis y ausencia de control prenatal, en la mayoría de los casos no se presentaron otras ITS o alergia a la penicilina.

**Conflicto de interés:** Los autores declaramos no tener ningún tipo de conflicto de interés

**FINANCIACIÓN:** Recursos propios de los autores

## **AGRADECIMIENTOS**

Doy gracias a Dios ante todo por darme la fuerza, sabiduría , paciencia para culminar este proyecto , y poder vencer todos los retos durante los tres años de mi formación como especialista en pediatría, Gracias a mi Hermoso y amado esposo , por darme ánimo , apoyarme e impulsarme , a mi mamita por ser un gran pilar y ayudarme cada día a luchar por todos mis sueños , la cual me ha formado y guiado con mucho amor y ese fruto se refleja en lo que soy hoy , antes de ser profesional , una gran mujer , A mi asesor Dr Zenem Carmona, que me ha apoyado en la realización de mi proyecto , a mis docentes y al departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. De la Hoz, F., Duran, M., García, O., Bonilla, H, Carvajal, J., & Montañez, L. Protocolo de Sífilis Congénita y Gestacional, Protocolo de Vigilancia en Salud Pública 2007
2. Neira Safi Freddy Sífilis congénita. Precop SCP, CCAP, Año 5 Módulo 1 Paginas 40-47.
3. Gaviria Uribe Alejandro, Muñoz Muñoz Norman Julio, Burgos Bernal Gerardo, Ortíz Hoyos José Luis .Guia de Atencion de la Sífilis Congenita. Ministerio de salud , Guía de Práctica Clínica, para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de

transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital 2013 - Guía No. 16

4. Parra L, Wilka N, Sanchez F. Sífilis congénita en el servicio de neonatología del hospital Dr. Ramón Madariaga, Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 165 – Enero 2007
5. Casas-p Rodolfo , Rodríguez magda , Rivas Jorge. sífilis y embarazo : ¿ cómo diagnosticar y tratar oportunamente ? revista colombiana de obstetricia y ginecolgia , vol.60 no.1 bogotá jan./mar. 2009
6. Valderrama J, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina : un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica vol.16 n.3 Washington Sep. 2004
7. Galban E, Benzaken Adele S. Situación de la sífilis en 20 países de latinoamérica y el caribe: año 2006. J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(3-4): 166-172 2007;19:166–72.
8. Workowski K a, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. Centers for Disease Control. MMWR Recomm Rep. 2010 Dec 17;59(RR-12):1-110(PubMed)
9. Reyes J. Alejandra, Chorbadjian A. Gonzalo, Parada C. M. Angélica, Turrys C. Jenny, Bravo C. Nieves, Araya F. Carmen G.. Sífilis congénita: Optimizando el diagnóstico en 191 neonatos de madres seropositivas. Rev Chil Infect 2004; 21 (4): 307-311
10. Vanegas-Castillo Nayibe, Cáceres-Buitrago Yenny Nataly, Jaimes-González Carlos Augusto, Ángel-Muller Edith, Rubio-Romero Jorge Andrés. Tratamiento de la Sífilis Gestacional y Prevención de la Sífilis

Congénita en un Hospital Público en Bogotá, 2010. Rev.fac.med.unal Vol. 59, núm. 3 (2011); 167-189

11. Díaz Cruz Luz Amparo. Sífilis gestacional: un problema de salud pública. Rev.fac.med.unal v.59 n.3 Bogotá jul./set. 2011.
12. Cruz Aconcha Adriana Raquel. Situación de la Sífilis gestacional y congénita en Colombia, un desafío al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev Colomb Obstet Ginecol **2012 63(4)** .Redalyc.
13. Ministerio de salud y protección social. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Colombia 2011 – 2015. Bogotá D.C. Febrero 2011.
14. Ávila-Reyes Catalina. Aumentan casos de niños con sífilis en el país. UN Periódico. Impreso 144,2011.
15. Muñoz-López Lucia. Sífilis congénita en Antioquia: una vergüenza pública, Medellín, Colombia, Suramérica año 8 no 98 noviembre del año 2006
16. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. BMC Public Health 2011;11:S9

