******UNIVERSIDAD NACIONAL** **DE ITAPUA**

**Creada por Ley 1009 de fecha 03 de Diciembre de 1996.**

**Facultad de Medicina**

CURSO DE ESPECIALIZACION EN CLINICA PEDIATRICA

**Prevalencia de sífilis connatal y factores de riesgo asociados en el Departamento de Itapúa, registrados en el Hospital Regional de Encarnación en el periodo 2013-2014**

**Autor: Dr. Juan Ruiz**

**Encarnación- Paraguay**

**2015**

INDICE

[I. INTRODUCCIÓN 2](#_Toc411341161)

[1.1 Antecedentes 2](#_Toc411341162)

[1.2 Marco Teórico 4](#_Toc411341163)

[1.3 Justificación 9](#_Toc411341164)

[1.4 Pregunta de Investigación 9](#_Toc411341165)

[II. OBJETIVOS 10](#_Toc411341166)

[2.1 Objetivo general 10](#_Toc411341167)

[2.2 Objetivos específicos 10](#_Toc411341168)

[III. MATERIAL Y MÉTODOS 11](#_Toc411341169)

[3.7 Tipo de muestreo 12](#_Toc411341170)

[3.8 Variables de interés 12](#_Toc411341171)

[3.10 Cuestiones estadísticas 13](#_Toc411341172)

[3.10.1 Hipótesis 13](#_Toc411341173)

[3.10.2 Medio tecnológico 13](#_Toc411341174)

[3.10.3 Cuestiones éticas 13](#_Toc411341175)

[IV. RESULTADOS 14](#_Toc411341176)

[V. DISCUSIÓN 17](#_Toc411341177)

[VI. CONCLUSIONES 18](#_Toc411341178)

[VII. BIBLIOGRAFÍA 19](#_Toc411341179)

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Antecedentes

La sífilis continúa siendo un problema grave a escala mundial, a pesar de que existen medidas preventivas y terapéuticas eficaces (1).

En el mundo, especialmente en los países desarrollados la prevalencia de la sífilis gestacional y congénita es relativamente baja, aunque puede diferir entre la Europa Occidental y la llamada Federación Rusa donde se informa que la incidencia de la sífilis congénita es alta Mientras tanto, en el Mediterráneo, específicamente en España la tasa de incidencia de la enfermedad parece aumentar entre 2001 y 2003 (2,3,4).

Se calcula que en la Región de las Américas cada año cerca 164.000 y 344.000 nacen con sífilis congénita(2).

Utilizando datos correspondientes al periodo 1997-2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que, de los más de 2 millones de casos anuales de sífilis gestacional que se produjeron en todo el mundo, hasta el 25% habían tenido lugar en América Latina y el Caribe, donde se calculaba que la prevalencia de sífilis gestacional alcanzaba el 3,9%, porcentaje por encima del promedio mundial de 1,8%. Esto se traduce en unos 460.000 casos anuales de sífilis gestacional, de los cuales no se sabe cuántos fueron diagnosticados y recibieron tratamiento, y de 164.000 a 344.000 casos anuales de sífilis congénita. Además, cada año más de 100.000 embarazos concluyen con la muerte fetal o un aborto espontáneo a causa de la sífilis gestacional o materna. Según los informes de los países correspondientes al año 2006, en los seis países de América Latina y el Caribe (ALC) que disponían de información sobre la prevalencia de sífilis gestacional, dicha prevalencia osciló entre el 0,08% en Chile y el 5,19% en el Paraguay. Según los datos de los países del mismo año, la incidencia de sífilis congénita osciló de ningún caso por 1.000 nacidos vivos en Cuba a 1,6 casos por 1.000 nacidos vivos en el Brasil (5).

En 1991, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzó a tomar medidas para eliminar la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. En 1995, elConsejo Directivo de la OPS aprobó el *Plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita en la Región de las Américas*. La meta principal de dicho plan era eliminarpara el año 2000 la sífilis congénita como problema de salud pública, reduciendo su incidencia a menos de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos, incluidos los mortinatos(6).

En el 2006, el UNICEF y la OPS forjaron una alianza con países centroamericanos y con la República Dominicana que contribuyó a la acción conjunta centrada en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. En noviembre del 2009, la OPS y el UNICEF pusieron en marcha la *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénitaen América Latina y el Caribe*. Esta iniciativa de eliminación estaba respaldada por mecanismos regionales claves que incluían a los médicos jefes del Caribe y al comité de ministros de la Comunidad del Caribe (CARICOM). La Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y de la República Dominicana(COMISCA) ha incluido la prevención conjunta de la transmisión maternoinfantil(PTMI) del VIH y de la sífilis como una prioridad en el Plan Regional Estratégico de Salud de Centroamérica para el periodo 2010-2015. En el 2010, la Reunión de Ministros de Salud de la Región Andina (REMSA) respaldó la asignación de prioridades con el *Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y paramantener con vida a sus madres*.(7-8-9).

En septiembre del 2010, los Estados Miembros de la OPS aprobaron la *Estrategiay plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita* mediante la resolución CD50.R12 aprobada en el 50.º Consejo Directivo,8 con el propósito de:

• reducir la transmisión maternoinfantil del VIH hasta ≤2%;

• disminuir la incidencia de casos pediátricos de infección por el VIH a ≤0,3

casos por 1.000 nacidos vivos; y

• reducir la incidencia de sífilis congénita hasta ≤0,5 casosi por 1.000 nacimientospara el 2015(7).

La sífilis congénita es un grave problema de salud en Paraguay por lo que se ha implementado protocolos de manejo en embarazadas y recién nacidos(10).

Según estudios realizados en puérperas en el año 2006, en el Paraguay la prevalencia de sífilis en embarazadas es de 3,89%, osea 4 de cada 100 embarazadas estaban infectadas por treponema pallidum. La incidencia de sífilis congénita en Paraguay es una de las más altas en América Latina 8,3 x 1000 nacidos vivos. Siendo que con el correcto manejo de las embarazadas y sus parejas se puede disminuir esta cifra(10).

En un estudio realizado por el Dr. Mafaldo López en el Hospital Regional de Encarnación en el año 2010 ha demostrado que la prevalencia de sífilis congénita de un total de 2200 nacimientos registrados, 20 recién nacidos fueron diagnosticados con sífilis congénita, lo que representa 1% del total y 2180 recién nacidos sin sífilis congénita que representa el 99%. Grupo etario: el grupo etario materno más frecuente corresponde a edades comprendidas 15 – 19 años: 45%. Entre 20 – 24años: 25%; 25 – 29 años: 10%; 30 – 34 años:15%; mayor 35 años: 5%. Escolaridad materna:del total de 20 madres, el 100% no concluyo sus estudios primarios. Control prenatal previo:el 65% de los casos, que corresponde a 13 madres, realizó algún control prenatal previo, 35% que representa a 7 madres, no realizó ningún control prenatal previo. Uso de anticonceptivos de barrera: del total de 20 madres, 55% utiliza anticonceptivo de barrera y el 45% no utiliza ningún método de barrera. Tratamiento de la pareja: se demostró que en el 100% de los casos no se realizó tratamiento de la pareja (10).

## 1.2 Marco Teórico

Revelaciones recientes de archivos de la Universidad de Pittsburg indican que médicos estadounidenses infectaron 700 guatemaltecos con sífilis entre 1946 y 1948, para probar la penicilina (11).

El reporte permite evocar el estudio Tuskegee en el que los médicos le negaron el tratamiento a 399 hombres negros incluidos en el estudio. SusanReverby, construyó el marco histórico de la ética en salud pública. Se basó en un estudio del Servicio Público de Salud de los Estados Unidos de América, que se inició en 1932, realizado en Tuskegee – Alabama. El nombre del estudio es “TuskeggeStudy of untreatedsyphilis in the negro male”, y trataba de la observación de la evolución natural de la sífilis, sin proveer el tratamiento adecuado en 399 hombres negros con sífilis (12).

El término Sífilis se generaliza como consecuencia de una pandemia, que afloró en Europa a finales del siglo XV, con el mayor pico hacia 1495. El nombre de Sífilis, nace con un poema compuesto en 1300 por el médico y poeta veronés GirolamoFracastoro, quien titula su poema: "Sífilis o de la enfermedad francesa", influido por su patriotismo y su juventud. Italia, no existía como estado, y la ciudad de Verona, junto con Venecia y Nápoles bajo el mando de Maximiliano I Habsburgo, emperador del Sacro Imperio Romano, acompañado por el Papa, estaban contra la invasión francesa (13).

El poema, en la primera parte (1510) defiende la tesis del origen francés de la enfermedad, y su relación con la guerra, y rechaza que la epidemia tuviera origen en las naves españolas que retornaban del Nuevo Mundo, porque se produjo y difundió muy rápido y al mismo tiempo. Se consideran las causas naturales contra las ideas de maldiciones divinas. En la segunda parte (1510) considera que la salvación está en el conocimiento y el buen vivir: ejercicios, dietas saludables y frugales y la privación de la actividad sexual, que la relaciona con el gasto de energía en las relaciones sexuales y no porque fuera fuente de contagio, las sangrías, la sudoración (usando baños de vapor), los purgantes, el mercurio como factor de equilibrio humoral (emplastos, ingesta, vapores). La descripción es poética, con componentes mitológicos, sobre *Ilceus*, un cazador, que mata al venado sagrado de Diana, y Apolo (gemelo de Diana), con la furia propia de su rango, lo castiga con el humor de la enfermedad. Acude en ayuda del cazador, la diosa Callirhoe quien se apiada y le enseña los poderes curativos del mercurio (13)

En 1520 crea la tercera parte, donde el cazador es reemplazado por el pastor y cazador de nombre *Syphilis(o Syphilus)*, en lugar del pastor *Ilceus.* Toda la obra se publicó en 1530 (13).

Fracastoro, en 1546, habla ya del origen venéreo de la Sífilis en su obra "Del contagio y de las enfermedades contagiosas y su tratamiento", refiriendo que "la infección ocurre solamente cuando dos cuerpos se unen en contacto mutuo intenso como ocurre en el coito". También indica que las madres enfermas pueden transmitir la enfermedad a sus hijos, al nacimiento o durante la lactancia. En esta obra nueva describió los modos de transmisión y los signos y síntomas de la Sífilis en sus tres etapas. Ya menciona la existencia de agentes muy pequeños a los que llama semillas (*semina*) de la Sífilis, como cuerpos diminutos capaces de automultiplicarse. Los hallazgos de Fracastoro fueron olvidadas en el renacimiento, dominadas por Paracelso hasta que Koch y Pasteur, nos devuelven sus tesis (13).

Con relación al origen de la sífilis existen 3 hipótesis: su probable origen en el Nuevo Mundo, la mutación de otras treponematosis ya presentes en Europa y el transporte desde el Viejo al Nuevo Mundo. La enfermedad treponémica deja cicatrices óseas, en forma de reacción perióstica, remodelación de la tibia (tibia en sable) y destrucción ósea, conocida como "goma". Microscópicamente, en el hueso se puede distinguir la reacción perióstica del daño óseo *post mortem,* que es un proceso que ocurre en forma externa al margen cortical. La alteración histopatológica debida a la reacción perióstica produce un patrón diferente. La sífilis afecta en promedio dos grupos óseos, y las manos y los pies rara vez se ven afectados, en contraste con el compromiso poliostótico del pian, con compromiso frecuente de manos y pies (14).

En los casos hallados del siglo XIII d. C. en Inglaterra e Irlanda, la frecuencia de de reacción periósticapoliostótica en la población fue de 20% a 40%. La frecuencia y el carácter de esta reacción son clásicas del pian. Cristóbal Colón provenía de Europa continental, donde no existe evidencia de ningún caso de treponematosis previo a 1492. Las treponematosis se originaron en África en forma de pian, que pasó a través de Asia hasta América del Norte, lo que resultó en una mutación, con la forma de bejel, en el camino.

El bejel también pasó por Asia hasta América del Norte. Sin embargo, fue en esta última región que existió otra mutación que dio lugar a la sífilis (14).

Las características óseas de la sífilis se encuentran ausentes en especímenes de Europa precolombina, África y Asia. Respecto de América del Norte y del Sur, estas características han sido identificadas en América del Norte 8 000 años atrás en diferentes sitios (Florida, Nueva York, Ohio y Alaska) (14).

Parece evidente que la sífilis se encontraba en el Nuevo Mundo al momento de la llegada de Colón. En especial, es pertinente la documentación sobre la sífilis en el área en la que desembarcó el navegante: República Dominicana. La reacción perióstica característica de la sífilis ha sido reconocida en 6% a 14% de los esqueletos de El Soco (800 d. C.), Juan Dolio (1400 d. C.), La Caleta (1200 a 1300 d. C.) y Atajadizo (1200 a 1300 d. C.). El número promedio de grupos óseos afectados era de 1.7 a 2.6. Con frecuencia, la remodelación de la tibia "en sable" era tan marcada como para borrar todas las indicaciones superficiales de reacción perióstica. Según el autor, la evidencia ósea documenta la presencia de sífilis en República Dominicana, donde desembarcó Colon. La tripulación de Colón tuvo la oportunidad y los medios para contraer y diseminar la enfermedad venérea que ahora llamamos sífilis (14).

EL AGENTE INFECCIOSO Y LA ENFERMEDAD

La espiroqueta *Treponema pallidum,* descubierta en 1905 por Schauddin y Hoffman es el agente causal de la enfermedad sistémica crónica conocida como sífilis. Tiene un período de incubación de 10 a 90 días, tres semanas en promedio. Se transmite durante las relaciones sexuales, aunque también por contacto con las lesiones o por transfusión de sangre cuando el donante está en fase temprana de la enfermedad (15).

La evolución natural de la enfermedad sin tratamiento se divide en cuatro estadios: sífilis primaria, secundaria, latente y terciaria. La sífilis primaria se caracteriza por la aparición del chancro, úlcera indolora que dura de dos a seis semanas, junto con linfadenopatía regional. Después de semanas o meses pueden producirse una erupción cutánea y síntomas generales inespecíficos, como el cansancio, la pérdida del apetito y las adenopatías. Posteriormente puede haber un período que se caracteriza por ausencia de síntomas y baja contagiosidad (sífilis latente). Cerca de un tercio de las personas que han padecido sífilis secundaria desarrollan las complicaciones de la sífilis terciaria, en la que se afectan el corazón, las articulaciones, el cerebro, el sistema nervioso y casi cualquier parte del cuerpo (15).

De acuerdo al artículo “Consecuencias de la Sífilis e implicaciones del diagnóstico tardío”, las manifestaciones oculares de la sífilis son poco comunes. De cinco casos en los que se presenta sífilis ocular, cuatro de ellos presentaron un diagnóstico tardío. Cuatro de los pacientes eran hombres que sostenían sexo con otros hombres, y cuatro de ellos eran pacientes HIV negativos (16).

La sífilis en una gestante pone en riesgo la salud de la madre y también la del niño. La infección puede transmitirse de forma vertical, a través de la placenta, de madre a hijo, dando lugar a mortinatalidad y abortos, muerte neonatal y otros 20 trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas; la transmisión puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, pero las lesiones se presentan después del cuarto mes, cuando empieza a desarrollarse la competencia inmunológica. El riesgo de que el feto se infecte durante sífilis materna temprana no tratada se calcula entre 75 y 95%. El tratamiento adecuado de la madre antes de la 16º semana de gestación debe prevenir toda lesión fetal. Las manifestaciones de la sífilis congénita pueden dividirse en 1) Manifestaciones tempranas, que aparecen en los primeros dos años de vida, son infecciosas y se parecen a las de la sífilis grave del adulto; el signo más temprano suele ser la “rinitis sifilítica”, seguida de lesiones mucocutáneas que pueden incluir ampollas, vesículas, descamación, petequias, condilomas planos. También pueden presentarse osteocondritis y osteítis, especialmente de las metáfisis de huesos largos, que progresan durante los primeros seis meses de vida, 2) manifestaciones tardías, que aparecen después de los dos años y no son infecciosas, y se presenta más frecuentemente en forma de queratitis intersticial, sordera del VIII par y artropatía recurrente; derrames articulares en ambas rodillas, conocido como articulaciones de Clutton, y neurosífilis, 3) los estigmas residuales de la sífilis, son los dientes de Huttchinson, fascies anormal con prominencias frontales, nariz en silla de montar y maxilar mal desarrollado, rágades (cicatrices lineales en los ángulos de la boca como consecuencia de infección bacteriana temprana), sordera, coriorretinitis, atrofia del nervio óptico, opacidades de la córnea (15).

## 1.3 Justificación

La sífilis sigue siendo un problema de salud pública vigente en nuestro país a pesar de las campañas de prevención de ITS que se realizan en los respectivos puestos de salud familiar. Es una las causas de muerte intrauterina y perinatal, por lo que es importante el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado en mujeres gestantes para prevenir abortos espontáneos, lues connatal y muerte fetal.

En el departamento de Itapúa no existen datos actuales sobre prevalencia de lues connatal, y factores de riesgo asociados. Con esta investigación se obtuvo un panorama general de la epidemiologia de la misma en nuestro departamento.

Con este proyecto se identificó los factores de riesgos frecuentes asociados a lues connatal e incentivar a las Unidades de Salud Familiar a intensificar las campañas de prevención y detección precoz de sífilis en la embarazada.

## 1.4 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de sífilis connatal y factores de riesgo asociados en el Departamento de Itapúa, registrados en el Hospital Regional de Encarnación?

# II. OBJETIVOS

## 2.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de sífilis connatal y factores de riesgo asociados en el Departamento de Itapúa, registrados en el Hospital Regional de Encarnación en el periodo 2013-2014

## 2.2 Objetivos específicos

1-Determinar las características socio-demográficas de las madres con sífilis gestacional en el H.R.E en el periodo 2013-1014.

2-Identificar las caracteristicas ginecológicas de las madres con sífilis gestacional.

3-Indagar la adherencia al tratamiento de los padres del Recién Nacido.

4-Establecer la frecuencia de sífilis connatal en recién nacidos del H.R.Eaños 2013-2014

5-Caracterizar manifestaciones clínico-radiológicos-laboratoriales de recién nacidos con sífilis connatal.

# III. MATERIAL Y MÉTODOS

**3.1** Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal, con componente analitico

**3.2** Descripción del lugar de investigación

Hospital Regional de Encarnación. Departamento de Itapúa. Ciudad de Encarnación.

**3.3** Periodo de estudio

Febrero del 2013 a diciembre del 2014.

**3.**4 Población enfocada

Recién nacidos con Lues connatal.

**3.5** Población accesible

Recién nacidos con Lues connatal del Hospital Regional de Encarnación en el periodo 2013-2014.

**3.6** Muestra

**3.6.1** Criterios de inclusión

1. Niños y Niñas nacidos en el servicio de maternidad del HRE, hasta los 28 dias de vida.
2. Recién nacidos vivos de todas las edades gestacionales
3. Con examen físico compatible con sífilis congénita,
4. Títulos no treponémicos mayor a 4 veces los maternos (2 diluciones)
5. Hijos de madre no tratada, tratada inadecuadamente o sin registro de tratamiento.
6. Madre tratada con eritromicina u otro diferente a penicilina, o
7. Madre tratada en las últimas 4 semanas del embarazo.

.

**3.6.2** Criterios de exclusión

1. Hijos de madres sin evidencia de recaída o reinfección.
2. Hijos de que recibieron tratamiento adecuado antes del embarazo y los titulo de VDRL permanecieron estables < 1:4.
3. Hijos de madres en quienes se ha descartados sífilis gestacional con otro método diagnóstico (FTA Abs )

## 3.7 Tipo de muestreo

No probabilístico de casos consecutivos

## 3.8 Variables de interés

**Datos sociodemográficas de los padres:**

* Edad. Menor de 15 años, e/ 15 y 30 años, mayor de 30 años
* Tipo de trabajo: estable, inestable, no trabaja
* Estado civil: soltera, casada, unión libre
* Procedencia: rural o urbana
* Nivel de instrucción: nada, ha oído sobre la enfermedad, conoce bien.
* Pareja estable: si-no

**Datos gineco-obstétricos**

* Control prenatal: suficiente, insufieciente, nulo.
* Tratamiento recibido de la madre: no recibió, incompleto, completo.
* Adherencia al tratamiento del padre: no recibió, incompleto, completo.

**Datos del RN:**

* Edad gestacional: pretérmino, de término
* Caracteristicas clínicas, radiológico y laboratorial del RN:

1. **Manifestaciones cutáneas(pénfigo palmo- plantar, fisuras alrededor de la boca o en regiones genitales)si-no**
2. **Rinitis serosanguinolenta: si-no**
3. **Manifestaciones viscerales(hepatoesplenomegalia)si-no**
4. **Manifestaciones oseas(Rx de huesos largos)si-no**
5. **Manifestaciones hematológicas(anemia, leucocitosis)si-no**
6. **Manifestaciones diversas(neumonía alba,linfadenopatias)si-no**
7. **Resultado de VDRL(reactivo, no reactivo)**
8. **Resultado de LCR(positivo , negativo)**

* Tratamiento

No recibió

Si recibió(completo-incompleto).

**3.9** Manual de instrucciones/procedimientos

## 3.10 Cuestiones estadísticas

## 3.10.1 Hipótesis

No se plantea hipótesis por el tipo de estudio

## 3.10.2 Medio tecnológico

Se utilizó soporte tecnológico de planilla electrónica de Microsoft Office, Excel 2007.

## 3.10.3 Cuestiones éticas

Se solicitó autorización a los directivos de la institución, se respetó la confidencialidad de los pacientes en estudio.

Este trabajo será presentado a las instancias correspondientes para su realización en cumplimiento de los requisitos para la promoción del curso de especialización de Clínica Pediátrica.

No maleficencia : no se realiza consentimiento informado por utilizar las fichas clínicas neonatales.

Justicia: se respeta la identidad de los pacientes.

Autonomía: no cumple por utilizar fichas elaboradas.

Beneficencia: Trabajo de investigación presentado en cumplimiento de los requisitos de la promoción del curso de especialización de Clínica Pediátrica .

# IV. RESULTADOS

**Fuente: Servicio de Neonatologia. HRE**

**Fuente: Servicio de Neonatologia. H.R.E**

**Tabla 1:Distribución de mujeres con sifilis gestacional según procedencia, nivel de instrucción y estado civil. Hospital Regional de Encarnación. Enero 2013 a Diciembre 2014**

****

**Fuente: Servicio de Neonatologia. H.R.E**

**Tabla 2: Caracteristicas ginecológicas de las madres de Recién nacidos con lues.**

****

**Fuente: Servicio de Neonatologia. H.R.E**

**Tabla 3: Adherencia del padre al tratamiento**

****

**Tabla 4: Frecuencia de sífilis connatal en recién nacidos del H.R.E**

**años 2013-2014**

**Fuente : Historia Clinica Perinatal**

**Tabla 3: Manifestaciones clínico-radiológicos-laboratoriales de Recién Nacidos con diagnóstico de Lues Connatal.**

****

**Fuente : Historia Clinica Perinatal**

## V. DISCUSIÓN

La Lúes connantal es una enfermedad infectocontagiosa, causada por el treponema pallidum, afecta recién nacidos en todo el mundo, por lo que la detección temprana es muy importante debido a la alta probabilidad de transmisión al producto principalmente en etapas posteriores al cuarto mes de gestación( 17,18)

Son pocos los estudios realizados sobre Lúes connatal en nuestro país y en el departamento de Itapúa, a pesar de ser problema de salud a nivel mundial ya que se presentan más de 4 millones de casos anuales (17-21)

El grupo de edad predomínate de las madre con Lúes gestacional era entre 15 y 30 años (63%) llama además la atención que hubieron muchas mujeres menores de 15 años(34%), en estudios similares se han encontrado escenarios similares siendo predominante las menores de 30 años.

Se evalúo el nivel socio económico de las madres, donde el tipo de trabajo de la mayoría era inestable (51%), el 35 % tenían un empleo estable y 14% eran madres desempleadas. Provenían principalmente de la zona rural (56%) y el resto de la zona urbana, no conocían de la enfermedad el 59%, y el 62 % eran madres solteras. En la literatura también se describe como factores que contribuyen al aumento de la enfermedad, la pobreza, el desconocimiento de la enfermedad y la promiscuidad (22,23)

Comprobamos que todas las madres gestantes con diagnóstico de lúes connatal tuvieron control prenatal insuficiente (100%), en comparación a otros trabajos revisados donde se menciona que solo el 60% de las madres estudiadas no tuvieron control prenatal o fueron insuficiente(24-25),no recibieron tratamiento el 77% y el 23% recibió tratamiento incompleto, todos los recién nacidos encontrados en esta serie fueron de término.,

Según los resultados de este estudio se encontraron 71 recién nacidos con lúes connatal, en el año 2013 se incluyeron en el estudio 47 pacientes y en el 2014, 24 pacientes , número que supera ampliamente a trabajo realizados en países de América, en la Microregión de Sumaré, Estado de San Pablo- Brasil, se realizó un estudio retrospectivo de los años 2003 al 2005 , donde se encontraron apenas 45 casos de lues connatal,(26) en el departamento de Itapúa se realizó ademas 1 trabajo donde e registraron 20 neonatos con lues connatal en un año(10)

## VI. **CONCLUSIONES**

* **El grupo de edad más frecuentes de madres con sífilis gestacional es entre 15 y 30 años.**
* **Los factores maternos asociados que se presentaron con mayor frecuencia son: procedencia rural, madres solteras, poco nivel de instrucción sobre la enfermedad, control prenatal insuficiente.**
* **La prevalencia de Lues connatal en el Hospital Regional de Encarnación es similar a los reportes de las literaturas nacionales. Pero mayor en comparación a trabajos realizados en años anteriores.**
* **No se ha detectado manifestaciones clinicas evidentes y no ha influido sobre edad gestacional y peso al nacer.**

## VII. BIBLIOGRAFÍA

1) OPS/OMS. Eliminación mundial de la sífilis congénita. Fundamentos y estrategias para la acción 2008

2) Huertas H. Informe del evento sifilis gestacional y congenita, hasta la semana epídemiológico 52 del año 2009. Grupo ITS Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Bogotá, D.C. 2008-2009

3) Tikinova L, Salakhov E, Southwick K, Shakarishvili A, Ryan C, Hillis S. (2010). SexuallyTransmittedInfections. Sífilis Congénita en la Federación Rusa: magnitud, determinantes y consecuencias. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. Atlanta, GA, USA.

4) Díaz-Franco A, Noguer-ZambranovI, Cano-Porteroba R. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. Área de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III*.* Madrid. 1995-2003.

5) PAHO. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in América Latina yel Caribe. Washington, DC, 2009.

6) OPS. Resolución CD38.R8: Eliminación de la sífilis congénita en las Américas. 38.º Consejo Directivo. Washington, DC,1995.

7) OPS. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en AméricaLatina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; 2009 [consultado el 10 de noviembre del

2011]. Puede encontrarse en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Documento%20Conceptual%20-%20Eliminación%](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Documento%20Conceptual%20-%20Eliminación%25)20de%20la%20transmisión%20maternoinfantil%20del%20VIH%20y%20de%2 la%20sífilis%20congénita.pdf.

8) REMSA. Eliminación de la sífilis congénita, de la transmisión vertical del VIH y disminución del VIH pediátrico. ResoluciónREMSA XXIV/3. Caracas, 2010.

9) UNAIDS. Countdown to Zero: Global Plan towards the Elimination of New HIV Infections among Children by 2015and Keeping Their Mothers Alive 2011–2015. Geneva, 2011.

10)Pediatría. Órgano oficial de la Sociedad paraguaya dePediatría. Resúmenes de temas libres. Pediatría volumen 38. Suplemento 2011.

11)Sanburn, J. Brief History: Secret Medical Testing. Periódico TIME. Octubre, 2010

12) Reverby, S.. Examining Tuskegge. The infamous study and its legacy. 2009. Chapel Hill. University of North Carolina.

13) Barrio C. Sífilis en la Historia. Folia Dermatológica Peruana. 2000 Dic; 11(3)

14) Rothschild BM. History of Syphilis.Clinical Infectious Diseases. 2005; 40(10): 1454-1463.

15)Fauci A. S., Braunwald E, Kasper D. L. Principios de Medicina Interna. 17ª ed. México. McGraw Hill. Interamericana Editores. 2009.

16) Muldoon E, Hogan A, Kilmartin D, McNally C, Bergin C. Syphilis consequences and implications in delayed diagnosis: five cases of secondary syphilis presenting with ocular symptoms. SexuallyTransmittedInfections. 2009; 86:512-513 doi:10.1136/sti..041863.

17) Noyola DE, Malacara-Alfaro O, Lima-Rogel V, Torres-Montes A. Seroprevalencia de sifilis en mujeres embarazadas en San Luis Potosi. Salud Publica Mex 2006; 48: 151-154.

18) Parra H, Wilka N, Sánchez FA. Sifilis congenita en el servicio de neonatologia del Hospital “Dr. Ramon Madariaga”. Revista de Posgrado de la Via Catedra de Medicina 2007: No. 165: 6-10.

19) Gómez Gómez E. Genero, Mujer y Salud en las Americas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1997. (Publicacion Cientifica 541).

20) Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. 17a. Ed. Washington, D.C.: Organizacion Panamericana de la Salud; 2001. Publicacion Cientifica y Tecnica 581. 74

21) Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV, STD and TB Prevention. National Center for HIV, STD and TB Prevention. Division of Sexually Transmitted Diseases. Syphilis 2004. Halladoen:http://www.cdc.gov/std/Syphilis/STDFact-Syphilis.thm. Ultimo acceso: 18 de mayo de 2004.

22) Dueñas B, Israel. Prevalencia de sifilis congenita en el Hospital Regional Universitario de Colima. TE Pediatria, 2009; 36 pp, tablas.

23) Valera Silva YT. Frecuencia de sifilis congenita en el Hospital Pediatrico Dr. Agustin Zubillaga. Barquisimeto Colombia (2004-2005). TE Pediatria UCO-Lisandro Alvarado de Barquisimeto, 2006; 52 pp, cuadros, graficos.

24) Peña A, Cardiel-Marmolejo LE, Matamoros-Márquez M, Iturbide-Cruz un caso y revision de la literatura. Rev Med Hosp Gen Mex 2001; LA, Avalos-Martínez JL, García HJ. Sifilis congenita. Presentacion de 64:240-245.

25) Reyes-Gómez U, Carbajal-Rodríguez L, López-Cruz G, Cortes- Galván A, Sánchez-Chávez NP. Sifilis congenita, analisis de 10 casos y revision de la literatura. Archivos de Investigacion Pediatrica de Mexico 2004; 2: 181-189.

26) Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita: Brasília: MS; 1993

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS MATERNOS** | | | | |
| Edad | Menor de 15 años | Entre 15 y 30 años | Mayor de 30 años |  |
| Tipos de trabajo | Estable | Inestable | No trabaja |  |
| Estado Civil | Soltero | Casado | Unión libre |  |
| Procedencia | Rural | Urbana |  |  |
| Nivel de instrucción | Nada | Ha oido s/ la enfermedad | Conoce bien |  |
|  |  |  |  |  |
| **DATOS DEL PADRE** | | | | |
| Tratamiento | No recibió | Incompleto | Completo |  |
| Pareja Estable | si | no |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **DATOS GINECO- OBSTETRICOS** | | | | |
| Gestas anteriores | si | no |  |  |
| Control Pre natal | Suficiente | Insuficiente | Nulo |  |
| Trimestre de 1ra. VDRL | 1ro. | 2do. | 3ro. | No se realizó |
| Tratam. Recibido | No recibió | Incompleto | Completo |  |
| **DATOS DEL RN** | | | | |
| Edad gestacional | Pre- término | De término |  |  |
| Manifestaciones cutáneas | si | no |  |  |
| Renitis serosanguíneolenta | si | no |  |  |
| Manifestaciones viscerales | si | no |  |  |
| Manifestaciones óseas (RX) | si | no |  |  |
| Anemía | si | no |  |  |
| Resultado VDRL | Reactivo | No reactivo |  |  |
| Resultado LCR | Positivo | Negativo |  |  |
| Tratamiento | Completo | Incompleto | No recibió |  |