

Marzo 2008

Artículo del mes

SÍFILIS MATERNO FETAL

INTRODUCCION:

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países. Las complicaciones afectan generalmente a mujeres y niños.

En el caso de la Sífilis puede afectar a embarazadas y transmitirse al feto.

Se estima que dos terceras partes de estos embarazos resultan en sífilis congénita o aborto **(1)** complicaciones que deberían ser prevenibles con métodos accesibles y de bajo costo.

Agente infeccioso

Treponema pallidum, subespecie *pallidum*. Es una espiroqueta móvil, delgada, muy difícil de cultivar, que sobrevive solo por periodos breves fuera del huésped. Este microorganismo no se ha cultivado con éxito en medios artificiales. El reservorio es el ser humano.

Modo de transmisión

Durante las relaciones sexuales, por contacto directo con exudados infecciosos de lesiones iniciales húmedas, evidentes o no manifiestas, de la piel y de las membranas mucosas; la exposición casi siempre tiene lugar durante el coito. En raras ocasiones se transmite por el beso o al acariciar niños con sífilis congénita temprana. La infección del feto desde la madre infectada suele producirse durante el embarazo por transmisión transplacentaria.

Se puede transmitir la sífilis por transfusión de sangre, si el donante está en la fase temprana de la enfermedad. En teoría, es posible contraer la infección por contacto con objetos contaminados, pero esto sería extraordinariamente raro. Algunos profesionales de la salud han contraído lesiones primarias en las manos después del examen clínico de lesiones infecciosas.

Período de incubación

De 10 días a tres meses, por lo común tres semanas.

PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD

Se transmite cuando están presentes lesiones mucocutáneas húmedas de la sífilis primaria y secundaria. Sin embargo, la diferencia entre los 2 periodos infecciosos y la

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

etapa latente temprana no infecciosa de la enfermedad es algo arbitraria en lo tocante a la transmisibilidad, porque las lesiones en las etapas primaria y secundaria tal vez no se adviertan muchas veces en el individuo infectado.

Las lesiones de la sífilis secundaria pueden reaparecer con frecuencia cada vez menor, en un lapso de hasta cuatro años después de la infección. Sin embargo, la transmisión de la infección es rara después del primer año.

La transmisión de la sífilis de la madre al feto es más probable si ella está en la fase temprana de la enfermedad, pero puede producirse durante todo el período de latencia. Los pequeños infectados pueden tener lesiones mucocutáneas húmedas, más generalizadas que en la sífilis del adulto, y constituyen una fuente posible de infección.

TRANSMICION VERTICAL:

La transmisión de madre a hijo puede ocurrir en cualquier momento del embarazo. La tasa de transmisión vertical de la sífilis en mujeres no tratadas es de hasta un 80%, dependiendo de la evolución de la infección materna **(2,3)**. Parece ser que el 50% de las madres en fases primaria y secundaria y el 30% en fases latente y terciaria darían a luz a un niño prematuro **(4)**. La sífilis durante el embarazo puede dar lugar a nacidos muertos, aborto espontáneo, retraso en el crecimiento intrauterino, o parto prematuro en un 50% de los casos **(5)**. La sífilis materna no tratada da lugar a muerte perinatal hasta en un 40% de los casos y algunos autores sugieren que aún si la sífilis se adquirió durante los cuatro años previos al embarazo, es posible que pueda dar lugar a infección del feto en más del 70% de los casos **(6)**.

Aproximadamente el 52% de las muertes por sífilis congénita tienen lugar antes de las 30 semanas de la gestación **(7)**. El tratamiento de la sífilis materna con menos de 30 días antes del parto se considera inadecuado para prevenir la Sífilis Congénita en los niños **(2)**.

El tratamiento de la sífilis durante el primer trimestre del embarazo representa la estrategia central para la prevención y eliminación de la sífilis congénita.

SUSCEPTIBILIDAD Y RESISTENCIA

La susceptibilidad es universal, aunque solo cerca del 30% de las exposiciones culminan en infección.

La infección genera inmunidad contra *Treponema pallidum* en forma gradual y, en cierta medida, contra treponemas heterólogos. A menudo no se genera inmunidad si el paciente se ha sometido a tratamiento temprano en las fases primaria y secundaria.

Definición de caso: SÍFILIS MATERNA

Para fines de vigilancia epidemiológica, el criterio recomendado para definir un caso de sífilis materna es:

- Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación.

Definición de caso: SÍFILIS CONGÉNITA (SC)

Para fines de vigilancia epidemiológica, el criterio recomendado para definir un caso de sífilis congénita es:

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

- Todo niño, aborto o mortinato cuya madre tiene evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) o con prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente.

○

- Todo neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los títulos maternos (por ejemplo, de 1:16 a 1:4).

○

- Todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita al examen físico y/o evidencia radiográfica de sífilis congénita y/o resultado reactivo de una prueba treponémica o no treponémica.

Manifestaciones clínicas sugestivas de SC: Distrofias, neumopatías, laringitis (llanto ronco y continuado), gastroenteritis, hepato-esplenomegalia, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia, lesiones mucocutáneas (pápulas, placas infiltradas rojizas en región peribucal, miembros, palmas, plantas, perianales y perigenitales, roseolas de grandes manchas, ampollas palmoplantares)

○

- Todo producto de la gestación con demostración de *T. pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.

EPIDEMIOLOGIA:

La sífilis que es rara en países industrializados pero persiste en los Estados Unidos y países en vías de desarrollo. En los Estados Unidos la incidencia de sífilis adquirida y congénita aumentó de manera sustancial durante fines de la década de 1980 y principios de 1990 **(8)**.

Según estimaciones de la OMS, en 1999 el número de casos nuevos de sífilis en el mundo fue de 12 millones. En América Latina y el Caribe se estimó un total de tres millones de casos nuevos **(9)**.

La sífilis en América Latina y el Caribe (ALC), afecta a personas sexualmente activas y presenta prevalencia elevadas en grupos vulnerables. Así, en Centroamérica, en el año 2003, la prevalencia de sífilis en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) osciló entre un 5%, en Honduras, y un 13,3% en Guatemala; y en trabajadoras comerciales del sexo (TCS) osciló entre 6,8 % en Honduras y 15,3%, en El Salvador. En consumidores de drogas en Argentina y Uruguay se estimó una prevalencia de sífilis del 4,2% y 4,1% respectivamente **(10)**.

En el año 2003, la prevalencia estimada de sífilis en embarazadas en la Región era de 3,1%, con un rango entre 0,4% en Panamá y 6,2% en El Salvador. La incidencia de sífilis congénita presentaba un rango entre 0,0 por 1.000 nacidos vivos en Cuba y 2,5 por 1.000 nacidos vivos en Honduras.

Estos datos presentan limitaciones, ya que la sub-notificación de casos de sífilis (materna y 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.

MANIFESTACIONES CLINICAS EN LA MADRE

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

La sífilis es una treponematosi aguda y crónica que se caracteriza clínicamente por una lesión primaria, una erupción secundaria que afecta la piel y las membranas mucosas, con largos periodos de latencia y lesiones tardías en la piel, huesos, las vísceras, el sistema nervioso central y cardio-vascular. La lesión primaria (chancro) aparece unas tres semanas después de exposición, en la forma de una úlcera indurada e indolora, con exudado seroso en el sitio de la invasión inicial. Antes de la lesión inicial se produce invasión del torrente sanguíneo y generalmente surgen ganglios linfáticos satélites indoloros, no fluctuantes y firmes.

La infección puede darse sin la presencia manifiesta de un chancro; es decir, puede estar oculta en el recto, canal vaginal, en el cuello uterino o en la oro-faringe. Después de cuatro a seis semanas, incluso sin tratamiento específico, el chancro comienza a involucionar y en aproximadamente un tercio de los casos no tratados, puede surgir una erupción secundaria generalizada, a menudo con síntomas generales leves. Se considera como clásica la erupción maculo-papulosa simétrica que abarca las palmas de las manos y las plantas de los pies, y su linfadenopatía acompañante. Las manifestaciones secundarias muestran resolución de modo espontáneo en el término de semanas a 12 meses; una vez más, aproximadamente un tercio de los casos de sífilis secundaria no tratados terminarán por ser clínicamente latentes durante semanas o años. En los primeros años de la latencia pueden reaparecer las lesiones infecciosas de la piel y de las membranas mucosas.

En cualquier momento puede producirse la enfermedad del sistema nervioso central: en la forma de meningoencefalitis sífilítica aguda en la sífilis secundaria o latente temprana; mas tarde en la forma de sífilis meningo-vascular y por último, en la forma de paresia o tabes dorsal. La latencia a veces persiste durante toda la vida. En otros casos y en forma impredecible, aparecen lesiones tardías e incapacitantes (de 5 a 20 años después de la infección inicial) en la aorta (sífilis cardiovascular) o surgen gomas en la piel, las vísceras, los huesos, las superficies mucosas o en todos estos órganos. En las primeras etapas, rara vez se produce la muerte o incapacidad grave; las manifestaciones tardías acortan la vida, afectan la salud y limitan la productividad de la persona.

MANIFESTACIONES CLINICAS EN EL NIÑO

La infección del feto se produce con gran frecuencia en las infecciones tempranas no tratadas de las mujeres embarazadas y con menor frecuencia, en etapas posteriores de la fase de latencia. A menudo, la infección materna ocasiona aborto o muerte del feto y puede causar la muerte del lactante debido al parto prematuro de un producto de bajo peso al nacer o por enfermedad sistémica. La infección congénita puede producir manifestaciones tardías, entre ellas el ataque del sistema nervioso central y otros estigmas, como los dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, tibias en sable, queratitis intersticial y sordera. La sífilis congénita puede ser asintomática, especialmente en las primeras semanas de la vida.

DIAGNOSTICO:

Las pruebas diagnósticas disponibles para sífilis se han agrupado en no treponémicas y treponémicas (Tabla 1).

Las **pruebas no treponémicas** más extendidas en la Región son el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y el RPR (rapid plasma reagin). Una prueba no treponémica reactiva puede indicar infección actual, infección reciente tratada o no tratada, o un falso positivo. Un resultado falso positivo ocurre entre 1%-3% de la

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

población general **(11)**. Las pruebas no treponémicas se negativizan con el tiempo después del tratamiento; sin embargo, en algunos pacientes los anticuerpos no treponémicos pueden permanecer con un título bajo durante un largo tiempo e incluso durante toda la vida. La serología secuencial en un paciente debe ser realizada con una misma prueba, ó VDRL ó RPR y preferiblemente por el mismo laboratorio. Los resultados cuantitativos del RPR y VDRL no pueden ser comparados entre sí **(12)**.

Las pruebas treponémicas, se utilizaron para valorar los resultados positivos de las pruebas no treponémicas, como ser el FTA-ABS (Inmunofluorescencia indirecta con absorción y doble tinción), el test TPHA (microhemoaglutinación) y la prueba de ELISA IgG de alta sensibilidad y especificidad. Estas dan positivos antes que las pruebas reagínicas y muchas veces quedan positivas indefinidamente. Sus desventajas es que son costosos y crean dudas en comenzar o no el tratamiento. Un estudio realizado en USA **(13)** encuentra que 54 niños con FTA-ABS positivos 31% tenían sífilis congénita evidente al nacer, mientras que de 142 niños con FTA-ABS test negativo 10% tenían sífilis congénita.

Tabla 1 – Pruebas Diagnósticas para la Sífilis

	No Treponémicas	Treponémicas
Características	VDRL, RPR, USR	TPHA, TP-PA, MHA-TP, FTAabs, Pruebas rápidas.
Ventajas	Muy difundidas y disponibles. Permiten seguimiento y diagnostican recurrencia.	No seguimiento. Muchas requieren personal capacitado. La cuantificación no es fiable.
Desventajas	Baja especificidad. Subjetividad.	Permanecen positivas de por vida. No distinguen sífilis actual o pasada.

Los costos y la complejidad son más bajos en las Pruebas No treponémicas.

VDRL (Venerean Disease Research Laboratory)

RPR (Rapid Plasma Reagin).

USR (Unsheated Serum Reagine)

TPHA (Hemoaglutinación del Treponema Pallidum)

TP-PA (Anticuerpos Anti Treponémicos)

MHA TP (Microhemoaglutinación del Treponema Pallidum)

FTA abs (Anticuerpos treponémicos fluorescente absorbidos reactivos)

TABLA 2 - Pruebas Diagnósticas y su Interpretación

Se puede observar los distintos tipos de respuestas a las pruebas VDRL , TPHA.

Pruebas Diagnósticas	Interpretación
VDRL – TPHA -	Se excluye infección si ella se produjo después de los 21 días.
VDRL + TPHA +	Se confirma infección. La duda es si es reciente o no. Hay que hacer seguimiento con VDRL cuantitativo.
VDRL – TPHA +	Refleja persistencia de anticuerpos. Específica casi en el 100% de los casos.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

FDRL + TPHA -	No muy específica. Puede ser debida a otras patologías. Falso positivo.
---------------	---

Diagnóstico de Sífilis en el Recién Nacido

- El diagnóstico de SC basado en el laboratorio es difícil debido a la transferencia placentaria de anticuerpos (inmunoglobulina G) treponémicos y no treponémicos de la madre al feto, lo cual dificulta la interpretación de serologías reactivas en los niños. Por ello, el tamizaje sistemático del niño no está recomendado (2).
- Todos los niños nacidos de madres con una prueba treponémica o no treponémica reactiva deberán ser evaluados con una prueba no treponémica (RPR/VDRL) realizada en suero, ya que la sangre del cordón umbilical puede estar contaminada con sangre materna y por lo tanto, dar un resultado falso positivo. Así, todo neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los maternos (por ejemplo de 1:16 a 1:4) se considera un caso de SC. Además, se les debe realizar un examen físico exhaustivo.
- No es necesario realizar pruebas treponémicas en los recién nacidos. En caso de sospecha epidemiológica, a los neonatos con prueba no treponémica no reactiva se le debe repetir la prueba después de los tres meses de vida. En el diagnóstico de sífilis del recién nacido, la información que se pueda obtener sobre la madre juega un papel muy importante. Así, se deberá tener en cuenta: a) antecedentes y/o identificación de sífilis en la madre; b) momento del embarazo en que fue tratada, c) con qué medicamentos y d) si se completó el tratamiento. Idealmente, también se debe entrevistar y examinar a la pareja.

Otras pruebas que pueden apoyar el diagnóstico de SC son: el **estudio microscópico en campo oscuro ó la inmunofluorescencia** de lesiones sospechosas o fluidos corporales (como por ejemplo, secreción nasal) y el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR). Estas se realizarán dependiendo del nivel de atención al que acuda la paciente. Actualmente, todavía no hay pruebas de IgM comercializadas que puedan ser recomendadas.

En niños mayores hay que descartar la sífilis adquirida, la cual es frecuentemente causada por abuso sexual.

TRATAMIENTO:

EMBARAZADAS

En las gestantes con pruebas serológicas positivas y en su o sus pareja sexuales, la duración del tratamiento dependerá de una minuciosa evaluación en la que se debe determinar la infección concomitante con otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la presencia o ausencia de manifestaciones clínicas. La mayoría de los casos se encuentran en estadios de latencia por lo que existe dificultad en diferenciar con exactitud entre sífilis temprana y latente. Por lo tanto, ante la duda o la imposibilidad de realizar las pruebas necesarias, existe consenso en que es mejor tratar por exceso que por defecto.

Cualquiera que sea la edad gestacional y el estadio de la sífilis, la penicilina continúa siendo la droga de elección ya que cura a la madre, previene la transmisión vertical y trata al recién nacido.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

Todas las mujeres que cumplan con el criterio de "caso de sífilis" y que no refieran alergia a la penicilina deben recibir tratamiento con penicilina. Las siguientes recomendaciones están basadas en las guías de la OMS **(14)**.

En situaciones en que pueda determinarse el estadio de la sífilis:

- **Sífilis temprana** (primaria, secundaria o latencia temprana; es decir, menor de 2 años de evolución):
- Recomendación de tratamiento:

Elección

Penicilina G benzatínica: 2,4 millones UI por vía intramuscular, en una dosis única. Debido al volumen, habitualmente esta dosis se administra en dos inyecciones de 1,2 millones cada una en cada glúteo.

Sinónimos de penicilina G benzatínica: bencilpenicilina benzatínica; benzatina bencilpenicilina; penicilina benzatínica.

Algunos expertos recomiendan una segunda dosis de 2,4 millones UI, a los 7 días **(15)**

Alternativo:

Penicilina G procaína, 1,2 millones UI, por inyección intramuscular, una al día durante 10 días.

Sinónimos de penicilina G procaína: procaína bencilpenicilina, penicilina G procaínica.

Régimen alternativo para gestantes alérgicas a la penicilina:

Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días.

En general, la eritromicina se debe recomendar como última opción, pues no hay evidencia disponible de su efectividad y el efecto sobre la curación del feto no es certero **(14, 15)**.

- **Latencia tardía** (infección de más de 2 años de duración sin signos clínicos de infección treponémica):

- Recomendado:

Elección

Penicilina G benzatínica, 2,4 millones UI por vía intramuscular, una vez por semana por 3 semanas consecutivas.

Sinónimos de penicilina G benzatínica: penicilina G benzatínica; benzatina bencilpenicilina; penicilina benzatínica.

Este tratamiento debe ir acompañado de una buena consejería para que la paciente cumpla con las tres dosis de tratamiento.

Alternativo:

Penicilina G procaína, 1,2 millones UI, por inyección intramuscular, una al día durante 20 días.

Sinónimos de penicilina G procaína: procaína bencilpenicilina.

Régimen alternativo para gestantes alérgicas a la penicilina:

Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días.

En general, la eritromicina se debe recomendar como última opción, pues no hay

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

evidencia disponible de su efectividad y el efecto sobre la curación del feto no es certero **(16)**.

- **Neurosífilis:**
- Recomendado:

Elección

Bencilpenicilina acuosa, 12 a 24 millones UI por inyección intravenosa, administrada diariamente en dosis de 2 a 4 millones UI, cada 4 horas durante 14 días.

Sinónimos de la bencilpenicilina acuosa: bencilpenicilina potásica; bencilpenicilina sódica, penicilina cristalina; penicilina G potásica; penicilina G sódica.

Alternativo:

Penicilina G procaína, 1,2 millones UI por vía intramuscular, una vez al día, y probenecid 500 mg por vía oral, 4 veces al día, ambos agentes deben administrarse durante 10 a 14 días.

Sinónimos de penicilina G procaína: procaína bencilpenicilina, penicilina G procaínica.

- **En situaciones en que no sea posible determinar el estadio de la sífilis:**
Elección Penicilina G benzatínica, 2,4 millones UI por vía intramuscular, una vez por semana, por 3 semanas consecutivas.
Este tratamiento debe ir acompañado de una buena consejería para que la paciente cumpla con las tres dosis de tratamiento.

RECIEN NACIDO

Todos los niños nacidos de mujeres que hayan sido diagnosticadas con sífilis durante el embarazo, deben ser examinados en el momento del nacimiento y a intervalos regulares, aprovechando las visitas de inmunización y/o control del crecimiento hasta que se confirme la negatividad y la estabilidad de las pruebas serológicas. Los anticuerpos transmitidos de madre a hijo generalmente desaparecen durante los 3-6 primeros meses. Idealmente se debe valorar también a la pareja.

La OMS **(17)** recomienda el tratamiento especificado en la tabla 3. Asimismo, ante toda sospecha de sífilis congénita el niño debe ser tratado inmediatamente, en el establecimiento de salud en el que se realiza la consulta y a la vez, ser referido a un servicio de pediatría. El seguimiento del niño, se debe realizar aprovechando las visitas de inmunización y/o control del crecimiento y desarrollo del niño.

TABLA 3 – Esquema Terapéutico para el tratamiento de la Sífilis Congénita el primer año de vida

NIÑO	SEROLOGIA MATERNA		
	RPR – VDRL REACTIVA	RPR – VDRL DESCONOCIDA (realice la prueba)	RPR – VDRL NO REACTIVA (repita la prueba)
Sífilis Probable*	1 - Penicilina G cristalina acuosa 100.000 a 150.000 u/K/día, vía IM o EV cada 12	Comenzar tratamiento 1 ó 2 mientras espera	Comenzar tratamiento 1 ó 2 mientras espera

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

	horas (7 días) y cada 8 horas (3 días).	resultados	resultados
Sífilis Posible **	2 - Penicilina G cristalina 50.000 u/kg/día en dosis IM única durante 10 días.	REACTIVO Continúe tratamiento	NO REACTIVO Investigue causas
Signos de Sífilis Congénita ***	Penicilina G Benzatínica 50.000 u/Kg/día dosis única IM	REACTIVO Realice Prueba a la madre	NO REACTIVO No tratamiento

***Sífilis Probable** - Erupciones vesiculares en palmas de manos o pies; hepato-esplenomegalia; pseudo parálisis; edema, ascitis, fiebre, petequias, hemorragias, hiperbilirrubinemia no conjugada.

****Sífilis Posible** – Dos o más signos sugestivos, fiebre (1er semana de vida), ictericia, anemias, petequias, púrpura, hemorragias, bajo peso, facies sífilítica.

***** Sífilis Confirmada**

COMENTARIO FINAL:

La mayor parte de los países de la Región tienen una normativa de tamizaje de sífilis en embarazadas, pero ésta no se aplica de forma sistemática. Así, a pesar de tener servicios de control prenatal funcionando, el conocimiento de cómo prevenir la infección y disponer de la tecnología adecuada, la eliminación de la sífilis congénita es todavía un asunto pendiente.

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública, cabe destacar la falta de percepción de los proveedores de salud de que la sífilis materna y congénita pueden tener consecuencias graves; barreras al acceso a los servicios de control prenatal; y el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual, en general.

Actualmente, se dispone de pruebas diagnósticas, simples y rápidas, que se pueden utilizar en la consulta externa y que requieren únicamente una capacitación y apoyo logístico básico. La penicilina es un fármaco barato que figura en el listado de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud y de muchos países de bajo y mediano ingreso, y puede darse a las madres o bebés afectados.

El aumento de la sífilis materna y congénita en los países en vías de desarrollo, contribuye al incremento de las tasas de mortalidad infantil, situación que de no modificarse se traducirá en el retroceso de los logros alcanzados por los Planes de Salud Reproductiva a nivel mundial. La sífilis también tiene un impacto negativo en la salud materna y en la transmisión del VIH/SIDA.

El personal de salud y quienes formulan políticas de salud, los gestores de servicios de salud, así como las usuarias y sus familias, deben entender la magnitud y la gravedad de este problema y de esta manera se daría un paso adelante en la prevención y eliminación de la sífilis.

BIBLIOGRAFIA

1) Organización Panamericana de la Salud, Unidad VIH/SIDA. Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington, D.C., febrero de 2004. Hallado en: http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf . Acceso: 1 de mayo de 2004.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

- 2) Ingraham NR. The value of penicillin alone in the prevention and treatment of congenital syphilis. *Acta Dermatovenereología*. 1951; 31(24):60-88.
- 3) Fiumara NJ. Syphilis in newborn children. *Clin Obstet Gynecol* 1975;18(1):183-9.
- 4) Fiumara, N. The incidence of prenatal syphilis at the Boston City Hospital. *New England Journal of Medicine* 1952; 247:48-52.
- 5) Schulz KF, Cates W, O'Mara PR. Pregnancy loss, infant death, and suffering: the legacy of syphilis and gonorrhea in Africa. *Genitourin Med* 1987; 63: 320-25.
- 6) Ingraham NR. The value of penicillin alone in the prevention and treatment of congenital syphilis. *Acta Derm Venereol* 31 (suppl 24):60,1951.
- 7) Gust DA, Levine WC, St Louis ME, Braxton J, Berman SM. Mortality associated with congenital syphilis in the United States, 1992-1998. *Pediatrics*. 2002 May;109(5): E79-9.
- 8) Pickering L, Baker C, Long S, Mc Millan J. RED BOOK:Enf. Infecciosas en pediatría 27a ed-Buenos Aires: Medica Panamericana.2007 (663)
- 9) World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: Overview and estimates. Geneva: WHO; 2001. (WHO/CDS/CSR/EDC/2001.10). Hallado en [http:// www.who.int/hiv/pub/sti/pub7/](http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub7/) en Acceso: 10 de septiembre de 2004.
- 10) Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2004;16(3):211-217.
- 11) Van Dyck E, Meheus AZ, Piot P. Laboratory diagnosis of sexually transmitted diseases. Geneva: World Health Organization; 1999.
- 12) Centers for Disease Control. Sexually Transmitted Diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51 (No RR-6). Hallado en <http://www.cdc.gov/std/treatment/rr5106.pdf> . Acceso: 28 de diciembre de 2004.
- 13) Rawstron SA, Metha S, Marcelino L, Rempel J, Chery F, Bromberg K. Congenital syphilis and fluorescent treponemal antibody test reactivity after the age of 1 year. *Sex Transm Dis*. 2001 Jul;28(7):412-16.
- 14) World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva. WHO; 2003.
- 15) Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD001143. DOI:10.1002/14651858.CD001143.
- 16) Alexander JM, Sheffield JS, Mayfield J, Wendel GD Jr. Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*1999; 93(1): 5-8.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

17) World Health Organization. Sexually transmitted and other reproductive tract infections. A guide to essential practice. Geneva; 2005.