

Infecciones Perinatales: un desafío para el pediatra

Sífilis: un problema de siempre

Córdoba, 28/09/2017

Dra. Elizabeth Liliana Asís
Neonatóloga - Infectóloga pediatra
Hospital Materno Neonatal "Ministro Ramón Carrillo"
Miembro del Comité de Infectología de la SAP Filial Córdoba



Paul Gauguin (Francia) Espíritu de la muerte



Enfermos de sífilis 1496



Las Viejas de Goya encontramos que una de ellas padece sífilis crónica, como se aprecia en la nariz deformada



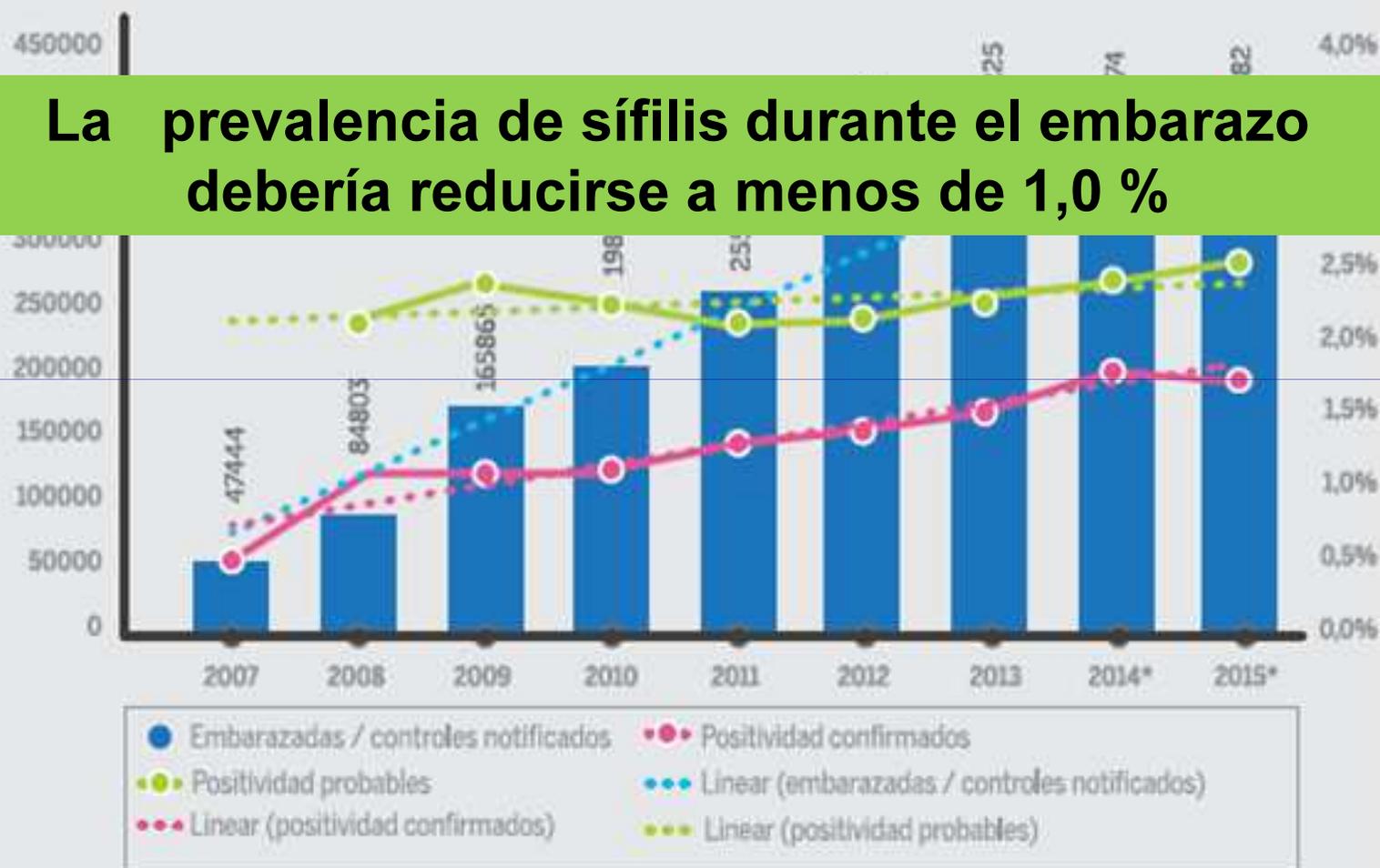
Retrato realizado por Rembrandt



El guayaco contra la sífilis

Número de controles prenatales notificados y casos de sífilis probables y confirmados. Argentina (2007-2015)

La prevalencia de sífilis durante el embarazo debería reducirse a menos de 1,0 %

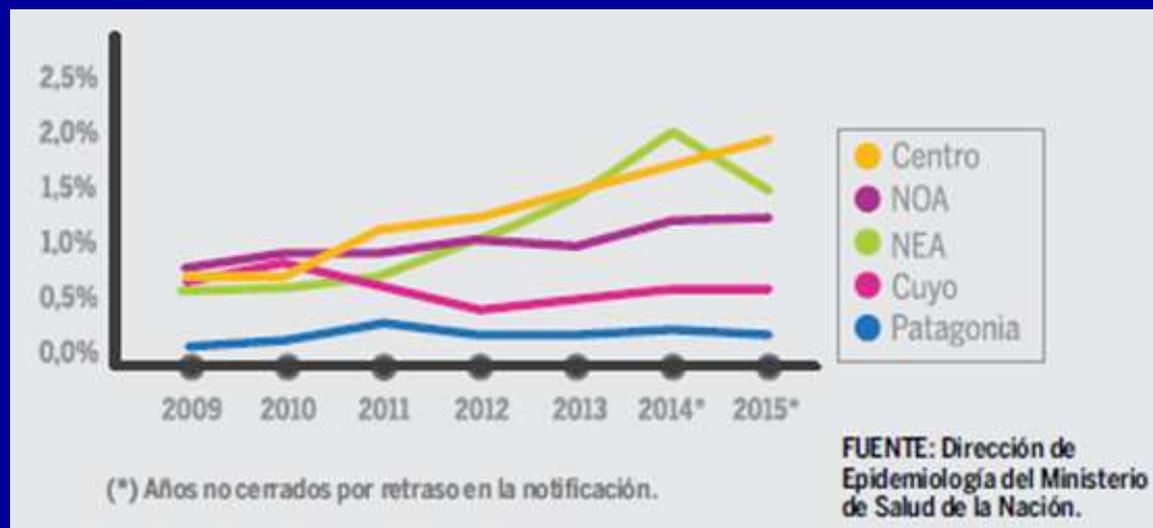


(*) Años no cerrados por retraso en la notificación.

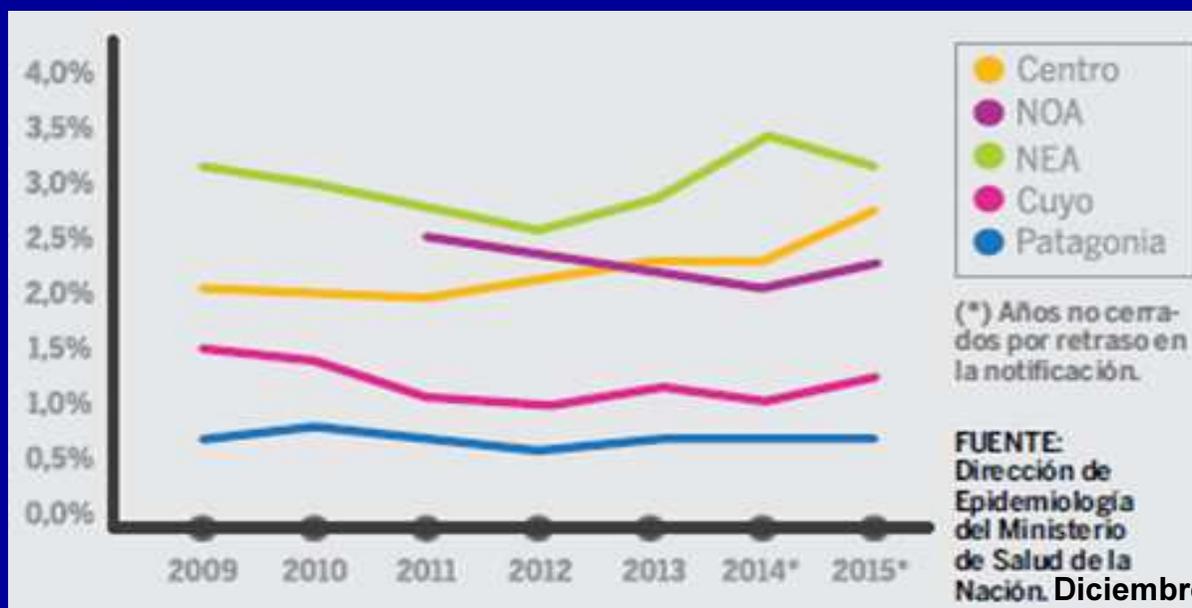
FUENTE: Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre 2016

Proporción de positividad para sífilis en embarazadas (2009-2015)

Pruebas confirmatorias

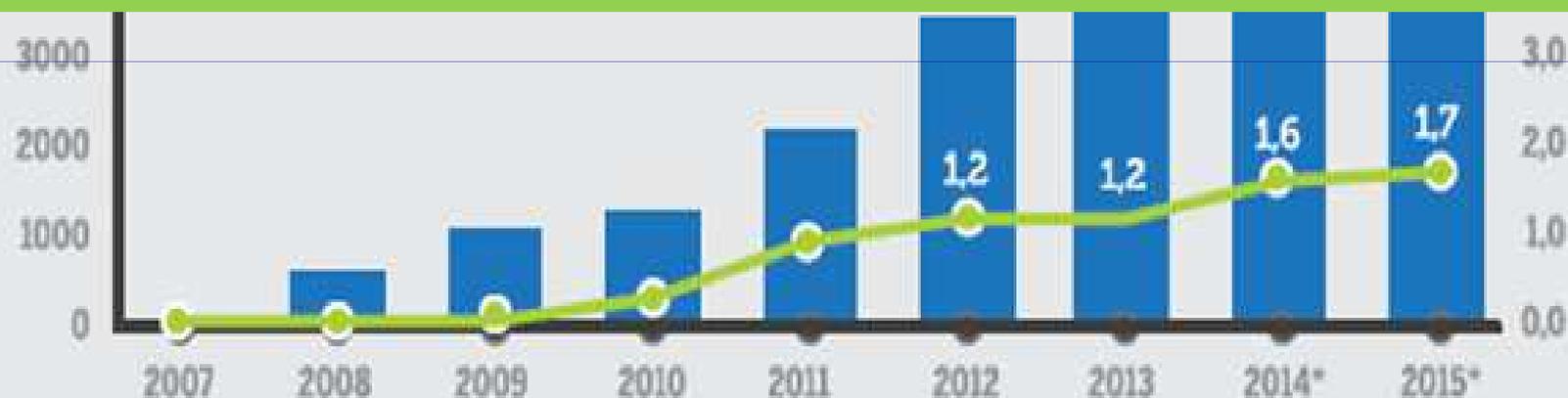


Pruebas no treponémicas



**Total de embarazadas con diagnóstico confirmado de sífilis y tasa de sífilis congénita cada 1.000 nacidos vivos.
Argentina (2007- 2015)**

Eliminación de la sífilis congénita: reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por 1.000 nacidos vivos.

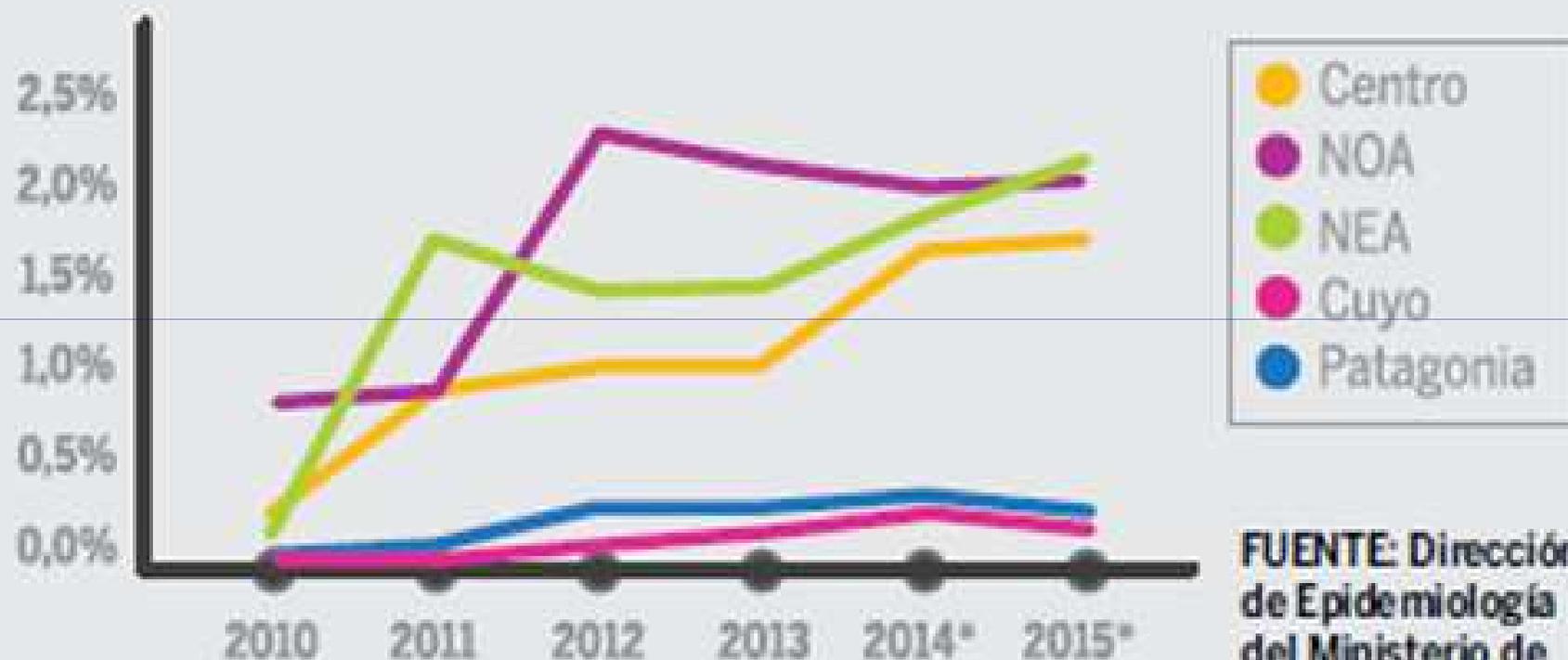


● Embarazadas confirmadas ●● Tasa sífilis congénita

FUENTE: Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, Diciembre 2016

(*) Años no cerrados por retraso en la notificación.

Tasa de sífilis congénita cada 1.000 nacidos vivos Argentina 2010- 2015

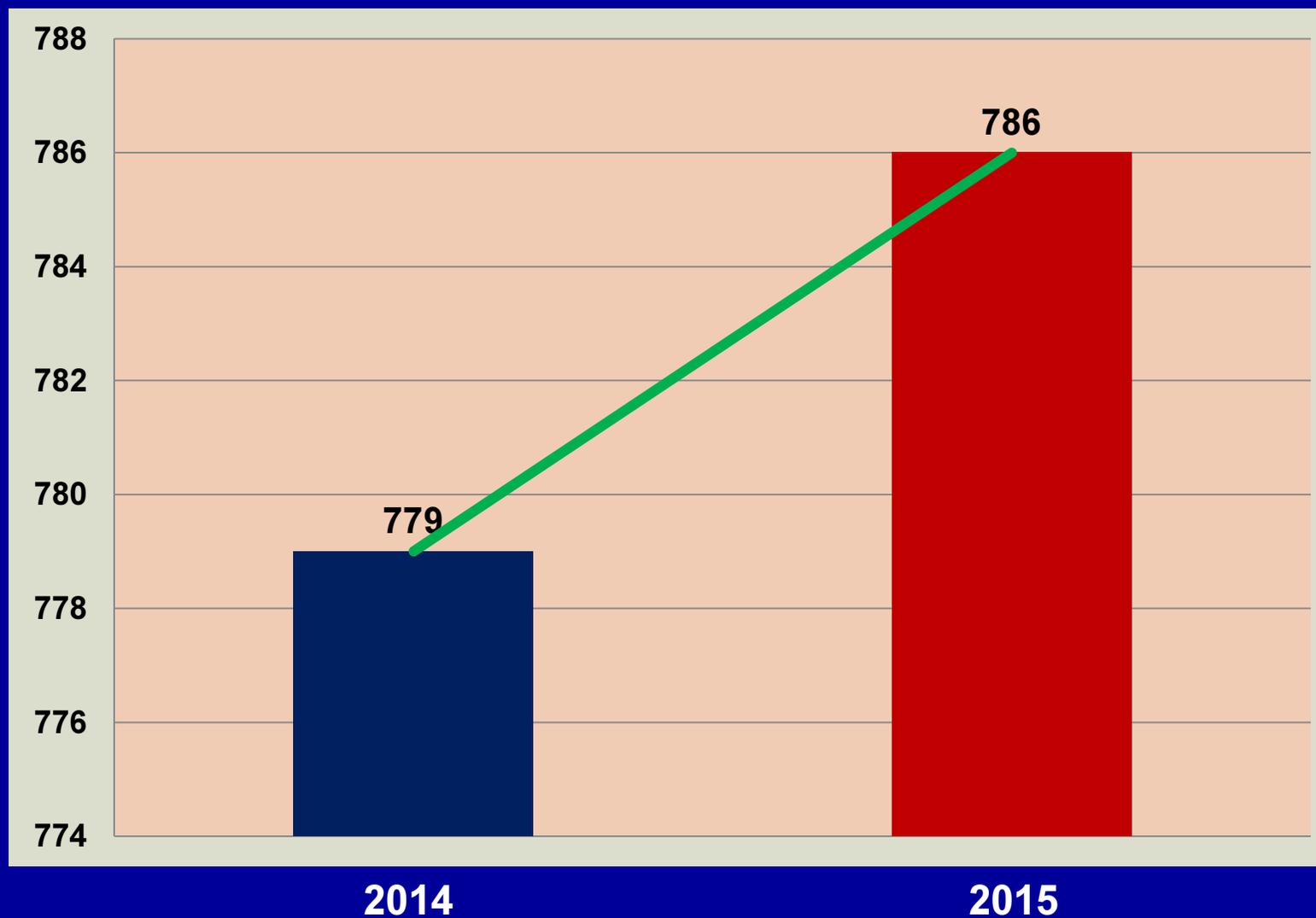


(*) Años no cerrados por retraso en la notificación.

FUENTE: Dirección
de Epidemiología
del Ministerio de
Salud de la Nación.

Diciembre 2016

Casos acumulados confirmados de sífilis congénita hasta la semana 46°



Sífilis congénita
Casos Acumulados hasta la 33ª semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia. Años 2016 - 2017

| PROVINCIA | 2016 | | 2017 | | Variación porcentual / Dif. absoluta 2017-2016 | Variación porcentual / Dif. absoluta 2017-2016 |
|---------------------|-------------|------------|-------------|------------|--|--|
| | Notif. | Confir. | Notif. | Confir. | | |
| Buenos Aires | 430 | 299 | 538 | 348 | 25,11% | 16,38% |
| CABA | 181 | 47 | 207 | 42 | 14,36 | -10,6 |
| Córdoba | 102 | 51 | 162 | 125 | 58,82% | 145,0% |
| Entre Ríos | 5 | 5 | 8 | 4 | 3 | -1 |
| Santa Fe | 93 | 7 | 83 | 7 | -10,7% | 0 |
| Centro | 811 | 409 | 998 | 526 | 23,05% | 28,60% |
| La Rioja | 2 | 0 | 21 | 0 | 19 | 0 |
| Mendoza | 82 | 0 | 34 | 1 | -58,5% | 1 |
| San Juan | 85 | 6 | 75 | 6 | -11,7% | 0 |
| San Luis | 16 | 5 | 9 | 4 | -7 | -1 |
| Cuyo | 185 | 11 | 139 | 11 | -24,8% | 0 |
| Corrientes | 41 | 31 | 30 | 26 | -26,8% | -16,1% |
| Chaco | 122 | 48 | 70 | 4 | -42,6% | -91,6% |
| Formosa | 9 | 9 | 12 | 4 | 3 | -5 |
| Misiones | 221 | 30 | 221 | 33 | 0% | 10% |
| NEA | 393 | 118 | 333 | 67 | -15,2% | -43,2% |
| Catamarca | 0 | 0 | 14 | 2 | 14 | 2 |
| Jujuy | 76 | 1 | 26 | 8 | -65,7% | 7 |
| Salta | 72 | 37 | 35 | 34 | -51,3% | -8,10% |
| Santiago del Estero | 16 | 8 | 23 | 15 | 7 | 7 |
| Tucumán | 93 | 48 | 58 | 34 | -37,6% | -29,1% |
| NOA | 257 | 94 | 156 | 93 | -39,2% | -1,06% |
| Chubut | 6 | 4 | 8 | 3 | 2 | -1 |
| La Pampa | 16 | 2 | 21 | 0 | 5 | -2 |
| Neuquén | 6 | 4 | 2 | 2 | -4 | -2 |
| Río Negro | 19 | 2 | 21 | 5 | 2 | 3 |
| Santa Cruz | 2 | 0 | 6 | 2 | 4 | 2 |
| Tierra del Fuego | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | -1 |
| Sur | 50 | 13 | 60 | 12 | 20% | -1 |
| Total PAIS | 1696 | 645 | 1686 | 709 | -0,58% | 9,922% |

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS -C2/SIVILA

Caso 1

RNPT/PEG FN: 12/04/17

PN 1250 gr Talla: 33 cm PC: 24,5 cm

EG 32sem Apgar 4-7

Antecedentes maternos

20 años, primigesta, primípara

Oligoamnios

Embarazo 2 controles (28 y 30 semanas EG)

23/03/17 VDRL 128 dils ELISA reactivo



Resultados

Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia

Eco cerebral: aumento ecogenicidad periventricular.

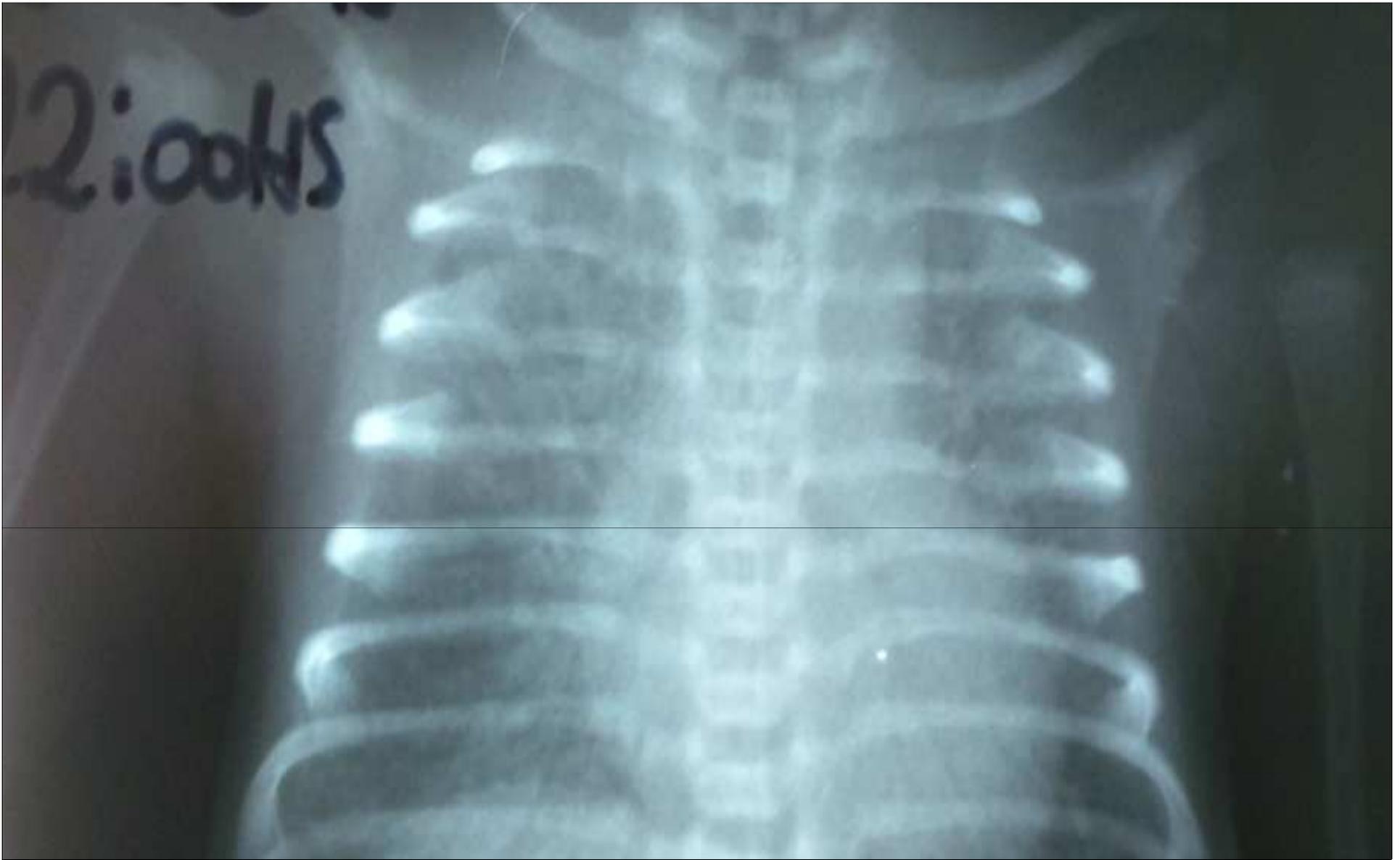
Hto 42%

Plaquetas 10.000/mm³

PCR: 99,6 mg/L

VDRL: 64 dils

Fallece a las 12h de vida



Neumonía alba



Rx. huesos largos



Caso 2

Lactante 2 meses, concurre a control de niño sano.

Derivado a dermatología y, de allí, a Infectología

Antecedentes:

RNT/PEG (37 semanas EG/ PN: 2470 g)

Madre de 21 años con embarazo controlado con serologías negativas 4 meses antes del parto.

Alta conjunta posparto a las 72 h

Ex. físico:

Irritabilidad



Descamación palmo-plantar.



Máculas eritematosas de 0,5 a 1 cm Ø en piernas y brazos.



**Hígado a 6 cm y bazo a 5 cm
Circulación colateral abdominal.**

Resultados

Hemograma normal

GOT 204 U/L, GPT 160 U/L, GGT 30 U/L,

BT 1,68 mg%, BD 0,66 mg%

Serología materna:

HIV , HBsAg, Toxoplasmosis, Chagas no reactivos

Sífilis: VDRL 16 dils APTP reactiva

Padre: VDRL 4 dils APTP reactiva

Resultados

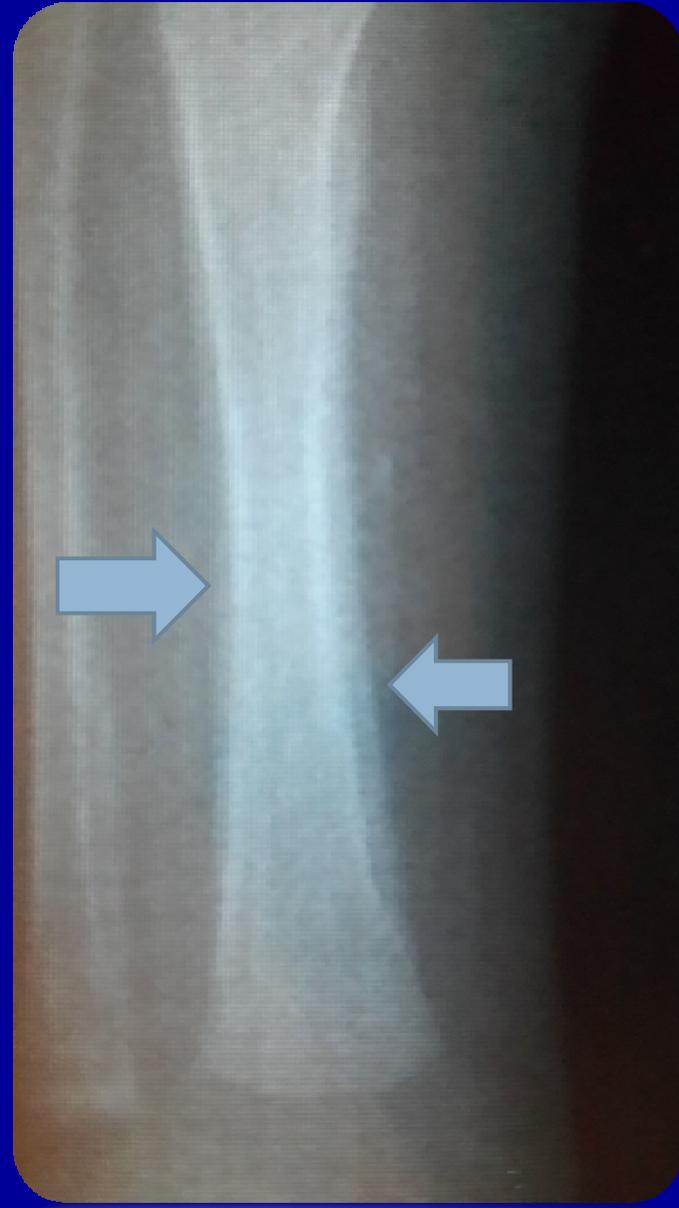
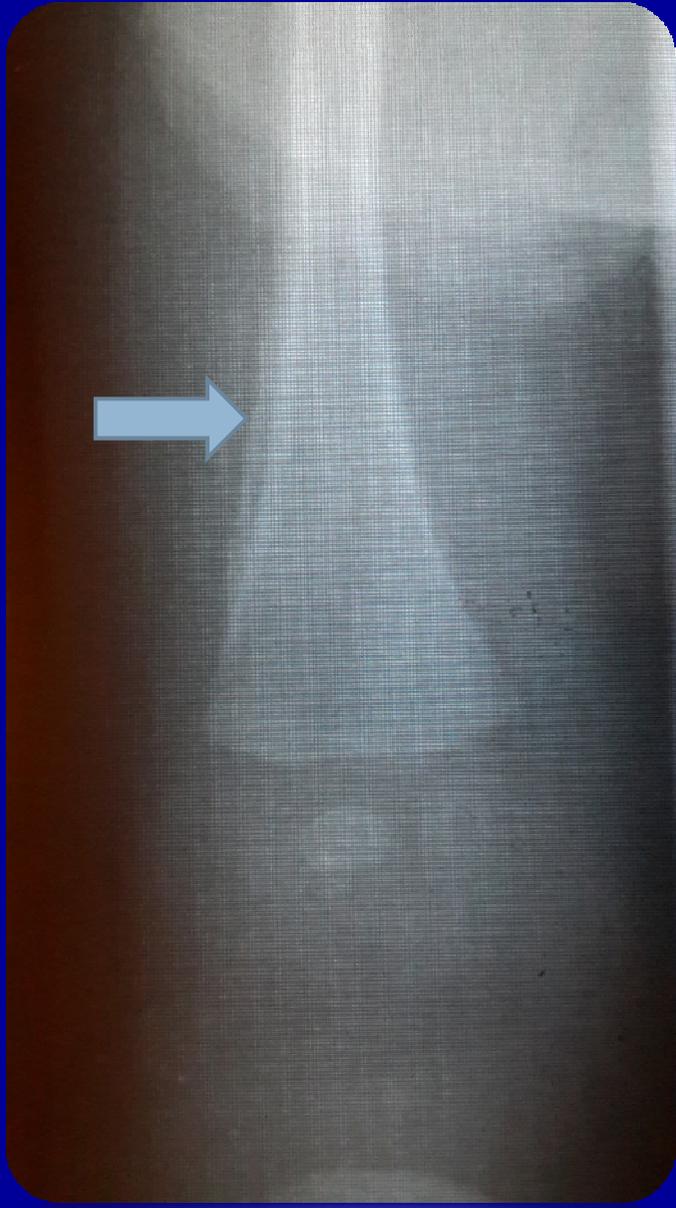
Fondo de ojo **normal**

Ecografía cerebral **normal**

VDRL **1024 dils**

LCR: Citoquímico **normal**, VDRL en LCR **no reactivo**

Rx huesos largos: lesiones de **periostitis**



Control a los 2 meses...

VDRL 128 dil

Hígado y bazo no palpables

Sin lesiones en piel.

Control auditivo normal



Seguimiento 18 meses...

VDRL no reactivo

La sífilis en embarazadas es una enfermedad infecciosa sistémica con alto riesgo de contagio fetal dependiendo de la etapa evolutiva de la infección, por lo que constituye una urgencia su detección, tratamiento y control.



Momento de contagio de la sífilis en la embarazada (sífilis adquirida en el embarazo vs tiempo de gestación)

Al inicio del embarazo

Muerte fetal (12-16 semanas)

RN gravemente enfermo

Al final del embarazo

RN aparentemente sano

(con manifestaciones de sífilis meses o años después)

VDRL en sangre (+)

VDRL en sangre (-)

Sífilis y embarazo

Riesgo fetal

| | 1°- 2° | L Temprana | L Tardia |
|---------------------|--------|------------|----------|
| RNPT | | 20% | 9% |
| Aborto | 50% | 16% | 10% |
| M. Neonatal | | 4% | 1% |
| S. Congénita | 50% | 40% | 10% |
| RN sano | | 20% | 70% |

¿A que se considera caso de Sífilis congénita?

- 1. Todo RN o mortinato cuya madre tuvo sífilis no tratada o tratada inadecuadamente, independientemente de los signos o síntomas o resultados de laboratorio.**
- 2. Todo niño que presente prueba no treponémica (TNP)(+) y alguna de las siguientes condiciones:**
 - Signos y síntomas sugestivos de sífilis congénita**
 - Rx . de huesos largos compatible con sífilis**
- 3. Niño menor de 18 meses con PNT o PT reactivas (en los que no se pueda constatar el adecuado tratamiento de la madre)**
- 4. Niño mayor de 18 meses con PT positivas en los que se hubiese descartado abuso sexual.**

Se considera madre adecuadamente tratada y seguida, cuando:

- ❖ **El tratamiento fue con penicilina único considerado adecuado para el feto.**
 - ❖ **Recibió 3 dosis separadas por 1 semana cada una.**
 - ❖ **La última dosis 1 mes antes del parto.**
 - ❖ **Tiene control de PNT cada 2 meses y luego durante el seguimiento, tiene títulos estables o en descenso.**
- (Se considera normal los títulos de VDRL que permanecen estables durante los primeros 3 meses de tratamiento y luego comienzan a descender).**

Seguimiento de recién nacidos hijos de madres VDRL (+)

Examen físico y PNT en sangre

Ex. Físico normal

Ex. Físico anormal compatible con sífilis congénita

Madre adecuadamente tratada y con seguimiento serológico

Madre no tratada o inadecuadamente tratada

Hemograma. GOT, GPT, Rx. de huesos largos, sed. Orina LCR (VDRL, células y proteínas)

Seguimiento clínico y con VDRL 1,2,3,6 y 12 meses

RN con PNT en sangre (-)

RN con PNT en sangre (+)

Penicilina G EV 50.000 U/Kg/dosis 10 días c/12 h < 7 días c/8 h > 7 días

Hemograma, GOT, GPT - LCR (VDRL, células y proteínas) RX de huesos largos.

Normal

Anormal

Con posibilidad de seguimiento

Sin posibilidad de seguimiento

Penicilina benzatínica 50.000UI/k

Penicilina G EV 10 días

Seguimiento clínico y con VDRL 3, 6 y 12 meses LCR si fue anormal Examen oftalmológico y auditivo

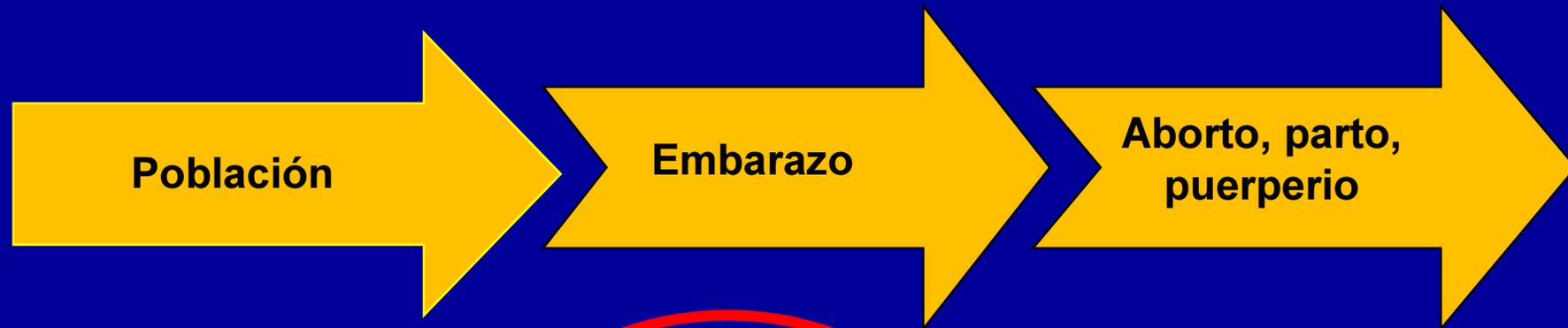
Si no se asegura el seguimiento o la pareja no fue tratada

Penicilina G benzatínica 50.000 U/kg/dosis IM 1 dosis

Prevención de la transmisión perinatal de Sífilis, Hepatitis B y VIH

Recomendaciones Nacionales para el equipo de salud. 2016

El diagnóstico como oportunidad para la detección de la sífilis adquirida materna y congénita



Poblaciones: mujeres y hombres en edad fértil

Riesgo: variable

Dificultad: alta

Poblaciones: mujeres embarazadas y sus parejas

Riesgo: elevado

Dificultad: media

Poblaciones: parturientas y recién nacidos

Riesgo: muy elevado

Dificultad: baja

Sífilis congénita infección prevenible

¿Qué objetivos debemos plantearnos para evitarla?

Captar tempranamente para control a la mujer embarazada y solicitar serología para sífilis en los 3 trimestres y en el puerperio.

Jerarquizar la importancia del control y tratamiento de la pareja, como parte del tratamiento adecuado de las mujeres embarazadas.

Evitar las demoras operativas para la asistencia y los estudios de laboratorio.

Lograr coordinación y comunicación entre el laboratorio y la parte clínica para implementar tratamiento precoz.

Realizar un adecuado seguimiento de los pacientes tratados.

Desarrollar actividades preventivas para evitar ITS .

Notificar los casos para la correcta vigilancia epidemiológica.

La panza es de ella



El embarazo es de los dos

Si estás embarazada o pensás estarlo, es bueno para los dos cumplir con todos los controles para detectar a tiempo enfermedades que, como la **Sífilis**, pueden afectar el embarazo y también a la criatura.

Tienen el derecho de consultar a un profesional de la salud, obtener información, aclarar dudas y acceder a los estudios prenatales.

Todo en forma absolutamente gratuita.

La Sífilis Congénita es prevenible y tratable.
Acérquense al centro de salud más cercano.
Por ustedes. Por el bebé.

Proyecto Reducción de Sífilis Congénita

Dique El Cajón, Capilla del Monte (Córdoba – Argentina)

Gracias

